

October 10, 2004

World Mental Health Day



**Le Rapport
entre la santé physique
et la santé mentale:
Troubles concomitants**



World Federation for Mental Health

Table des Matieres

Lettre de la présidente honoraires: Mme Rosalynn Carter

Lettre de la présidente de la World Federation for Mental Health: L. Patt Franciosi, Ph. D. et Prof John Copeland

Un Monde de remerciements

Section I: Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

- Introduction
- Le Diabete et les troubles mentaux
- Le Cancer et les troubles mentaux
- Les Maladies cardiovasculaires et les troubles mentaux
- Le VIH-sida et les troubles mentaux
- La Relation entre le corps et l'esprit
- L'incidence des problemes de sante physique chez les personnes atteintes de graves troubles mentaux

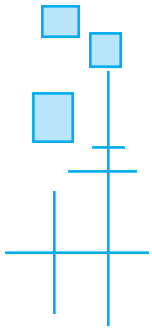
Section II: Agir/Ce que vous pouvez faire

- Du concept au programme: integration des modeles, des systemes et des personnes
- Faire la publicité de vos manifestations
- Exemple de proclamation de la Journée mondiale de la santé mentale 2004
- Candidature de l'adhesion
- Formulaire de compte-rendu

Section III : Renseignements de référence

- World Federation for Mental Health : profil
- Conseil de direction de la WFMH
- Comité international de conseillers de la Journée mondiale de la santé mentale 2004
- Ressources et les sites sur le Web

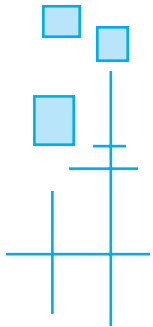
October 10, 2004



Section I: Le Rapport entre la santé physique et la santé mentale

- Introduction
- Le Diabète et les troubles mentaux
- Le Cancer et les troubles mentaux
- Les Maladies cardiovasculaires et les troubles mentaux
- Le VIH-sida et les troubles mentaux
- La Relation entre le corps et l'esprit
- L'Incidence des problèmes de santé physique chez les personnes atteintes de graves troubles mentaux

Introduction



La santé se définit comme étant « l'état d'ensemble du corps et de l'esprit » et « un état de bien-être sain ». Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé est « un état de bien-être physique, mental et social complet et non pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité ». Pour qu'une personne soit considérée comme étant en bonne santé, il convient de regarder la personne globale, dans tout son ensemble. Le bien-être mental ne peut être séparé du bien-être physique. Examiner un aspect sans examiner l'autre est préjudiciable à la santé d'ensemble de la personne. La santé mentale et physique, ainsi que les troubles physiques et mentaux représentent des éléments essentiels de la vie, profondément interdépendants.

Il existe cinq domaines de la santé et du bien-être sur lesquels il convient de s'axer lorsqu'il s'agit de la santé optimale : santé physique, santé affective, santé sociale, santé spirituelle et santé intellectuelle. Nous allons prendre pour point de mire la santé physique et la santé affective dans notre campagne de 2004 pour le bien-être intégral.

Selon les études, chaque domaine a une incidence profonde sur l'autre : il convient de ne pas considérer le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète, le VIH-sida et autres maladies de façon isolée en dehors des problèmes mentaux et psychologiques éventuels de la personne. L'Organisation mondiale de la santé souligne que la présence de troubles physiques importants a une incidence sur la santé mentale des personnes et des familles. En outre, la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être d'ensemble des personnes, des sociétés et des pays.

De nombreux malades souffrant de maladies physiques chroniques, notamment le cancer et le diabète, souffrent de problèmes psychologiques et affectifs qui ne sont souvent pas détectés ni traités de façon adéquate. Bon nombre de personnes souffrant d'une maladie mentale souffrent souvent d'une maladie physique qui n'a pas été diagnostiquée.

-Ministère australien de la Santé et du Troisième âge

Il est courant de trouver chez une même personne deux ou plusieurs troubles mentaux concomitants, ce qui est également vrai pour les maladies mentales et physiques. Les schizophrènes, on le sait souffrent de plus de maladies physiques qui influent sur leur santé et sur leur espérance de vie que ce n'est le cas dans la population générale. Nombre de ces problèmes découlent de comportements qui produisent l'obésité, le tabagisme et la toxicomanie, menant à l'hypertension, aux maladies du cœur, au diabète et au cancer. D'autres sont liés aux médicaments prescrits pour une maladie et qui produisent d'autres morbidités. Les schizophrènes sont souvent réticents ou inaptes à signaler leurs problèmes physiques, signale le Dr Ian Banks (Grande-Bretagne). Ces patients diffèrent souvent leur visite chez le médecin pour se faire soigner.

Selon une étude australienne, les schizophrènes sont 2,9 fois plus susceptibles de mourir de cause naturelle, notamment de maladie cardiovasculaire, que la population générale. Il semble que la détection des maladies physiques chez les schizophrènes est très médiocre. Il existe des raisons pour lesquelles le diagnostic et le traitement des maladies physiques sont difficiles chez les schizophrènes :

- Certains non-psychiatres hésitent à traiter les malades souffrant de maladies mentales graves
- Il existe un manque de suivi chez les patients souffrant de maladies mentales, en raison de leur manque de motivation
- Les malades mentaux changent souvent de médecins traitants, ce qui ne permet pas d'assurer un dossier médical stable
- Certains psychiatres estiment qu'un généraliste devrait se charger des questions de santé physique
- Les examens physiques sont trop rarement effectués par les psychiatres
- L'argent et le temps manquent dans les services de santé mentale pour procéder aux examens physiques des patients.

L'anxiété et la dépression produisent souvent des changements néfastes dans le système immunitaire, ce qui ouvre la voie à un certain nombre de maladies physiques. La santé mentale de la personne a une profonde incidence sur son comportement (régime alimentaire, exercice physique, pratiques sexuelles, tabagisme, etc.), ce qui aggrave les risques de maladies physiques négatives. Les malades mentaux ont parfois des difficultés à communiquer leurs besoins et leurs problèmes physiques. Nombre d'entre eux ont un seuil de douleur très élevé et sont moins sensibles à la douleur en raison de leurs médicaments neuroleptiques. Les patients se présentent souvent pour des troubles physiques qui sont en fait des symptômes de la dépression, par exemple les réactions allergiques, les ulcères, ou autres troubles. Il est manifeste que les médecins des soins primaires devraient examiner les causes potentielles de santé mentale et les conséquences des maladies physiques pour assurer un traitement de la plus haute qualité. Trop souvent, ce lien important est méconnu.

L'Organisation panaméricaine de la Santé indique que de nombreuses découvertes de la santé comportementale sont déjà appliquées, avec succès, aux problèmes de santé cliniques, médicaux et publics, et que la technologie concernant le changement comportemental doit s'appliquer à la promotion de la santé dans de plus nombreux pays et communautés, et qu'il convient de l'enseigner dans toutes les écoles pour les professionnels de la santé. Une conférence innovatrice s'est tenue en mars 2001 au U.S. National Institute for Mental Health (NIMH), intitulée *The Unwanted Cotraveler: Depression's Toll on Other Illnesses*, et a réuni les responsables des pouvoirs publics, les chercheurs, les universitaires, les professionnels de la santé, les consommateurs de la santé mentale et le grand public. L'ancien directeur du NIMH, le Dr Steven Hyman, a souligné le fait que la dépression est une maladie du cerveau qui touche profondément l'être physique, y compris la structure du cerveau. Ainsi, les effets chimiques qui touchent le cerveau, touchent également les maladies physiques importantes, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, etc. Un certain nombre de participants de la conférence a également abordé le rôle de la stigmatisation dans ces équations. Tant que les maladies mentales sont considérées séparément des maladies physiques, elles ne recevront ni l'attention, ni les budgets nécessaires. Un représentant de la National Depressive and Manic Depressive Association a parlé d'une enquête réalisée par cette organisation, indiquant que 78% des Américains souffrant de dépression n'ont, pendant les deux mois précédents la conférence, eu le sentiment de contrôler leur maladie. Elle a également noté que si une maladie chronique, telle que le diabète, suivait ce même schéma, le grand public protesterait immédiatement. En outre, si les malades et les médecins ne peuvent reconnaître les symptômes de la dépression, ou si les dépressifs refusent tout traitement, cette maladie restera très présente, sans diagnostic et sans traitement.

Le comportement humain remplit une fonction essentielle dans le maintien de la santé et la prévention de la maladie.

-U.S. Institute of Medicine (2001)

L'organisation mondiale de la santé est au premier plan du développement de services de santé mentale, notamment dans les pays en développement. Selon l'OMS, quatre des dix causes principales d'invalidité aux Etats-Unis et dans les autres pays industrialisés sont les maladies mentales, y compris la dépression grave, les troubles bipolaires et la schizophrénie. L'une des premières initiatives dans les pays en développement (Brésil, Colombie, Égypte, Inde, Philippines, Soudan et Sénégal) a été l'examen de la factibilité de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé généraux (1975-1981). L'effort le plus récent est la publication du rapport sur la santé dans le monde (2001) sur la santé mentale. Ce rapport appuie le mouvement visant à intégrer la santé mentale dans les services de soins généraux, dans les pays en développement. Plusieurs pays ont adopté cette démarche pour organiser les services de santé mentale essentiels. Dans les pays en développement, aux ressources limitées, cela signifie un nouveau point de départ des soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux. L'Inde a lancé la formation des travailleurs de la santé primaire en 1975, constituant la base du programme national de santé mentale, formulé en 1982. À l'heure actuelle, les pouvoirs publics appuient 100 programmes locaux, dans 30 états. Au Cambodge, le ministère de la Santé a formé un groupe central d'agents de la santé mentale communautaire, qui ont à leur tour formé des effectifs médicaux dans les hôpitaux locaux. En Iran, les efforts d'intégration de la santé mentale ont commencé à la fin des années 80 et le programme depuis lors recouvre tout le pays et les services recouvrent la quasi-totalité de la population rurale (soit environ 20 millions de personnes). Divers pays (Afghanistan, Malaisie, Maroc, Pakistan, Arabie Saoudite, Afrique du Sud, Tanzanie et Zimbabwe) ont adopté des démarches analogues. Certaines études ont été effectuées pour évaluer l'incidence de cette intégration, mais d'autres études doivent être effectuées sans tarder.

Nous vivons à une époque intéressante d'innovation des traitements des maladies. Nombre des maladies corporelles les plus craintes, le cancer, les maladies du cœur, le VIH-sida et bien d'autres sont de plus en plus considérées traitables, survivables et même guérissables. Toutefois, en dépit de ces connaissances sans précédent, obtenues ces dernières décennies, concernant le cerveau et le comportement humain, la santé mentale ne reçoit toujours pas la

priorité qu'elle mérite et dont elle a besoin. En 1999, le rapport sur la santé mentale du ministre de la Santé des Etats-Unis reconnaissait le rapport extrêmement étroit entre la santé mentale, la santé physique et le bien-être. Le ministre de la Santé de l'époque, le Dr David Satcher, précisait que « de fait, l'une des principales contributions à la recherche contemporaine sur la santé mentale, reste l'élimination du clivage néfaste entre la santé mentale et la santé physique ».

Il existe de nombreuses études qui appuient la nécessité de considérer la santé mentale et la santé physique ensemble. Selon une enquête sur la santé communautaire de New York indique qu'une détresse émotionnelle profonde peut avoir une incidence sur la santé physique. Une personne très dépressive ou anxieuse sera plus susceptible que d'autres d'adopter un comportement qui pourra aggraver une mauvaise santé physique et, à son tour la maladie physique pourra aggraver ou même provoquer la dépression et l'anxiété. Il s'agit d'un cercle vicieux. Les bonnes nouvelles ? Un traitement approprié des problèmes affectifs peut nettement améliorer le vécu d'une personne souffrant de maladie physique. Cette étude, et plusieurs autres, démontre que les prestataires de soins primaires peuvent apprendre à reconnaître, à traiter et à aiguiller les personnes souffrant de maladies mentales.

Une déclaration de principe, préparée par la Canadian Psychiatric Association et le College of Family Physicians du Canada, précise : « En théorie, le médecin de famille et le psychiatre sont des associés naturels dans le système de santé mentale. Ni l'un ni l'autre ne peut remplir tous les besoins de leur client souffrant de maladies mentales, chacun peut offrir des services complémentaires, ce qui leur permet de jouer un rôle clef aux différents étapes d'un épisode de la maladie et dans la période ultérieure de rétablissement. Les soins collaboratifs des médecins de famille et des psychiatres sont une étape critique sur le chemin de l'amélioration des soins d'ensemble que reçoivent les malades souffrant de troubles mentaux ». Ce document souligne les problèmes de santé mentale, dans la médecine familiale où, selon les indications, environ un tiers des patients souffre de problèmes identifiables de santé mentale. Il semblerait que les statistiques soient encore plus élevées pour les adolescentes et les personnes du troisième âge. En outre, ces deux organisations ont étudié les difficultés d'accès avec les professionnels de la santé mentale et les médecins de famille, les problèmes de communication et l'absence de contacts personnels. Ces chercheurs demandent instamment la promotion d'une démarche intégrée et holistique aux problèmes de santé mentale et physique, afin de garantir une meilleure continuité des soins.

Le "Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care" de l'Organisation mondiale de la santé précise qu'un patient sur trois ou quatre des généralistes souffre de troubles mentaux. Ce document indique que la manière dont ces services sont fournis souligne l'importance des soins primaires pour les soins de santé mentale, prouvant l'importance de la collaboration entre personnel des soins primaires et le personnel de santé mentale. Des soins de santé mentale de qualité proviennent d'un effort collaboratif englobant les médecins des soins primaires, les infirmières, les conseillers scolaires et les professionnels de la santé mentale.

Selon le U.S. Institute of Medicine (2001) l'un des plus grands progrès réalisés dans l'identification des maladies ces deux dernières décennies reste l'identification des conditions sociales et psychologiques qui influent sur la

Pour que l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé d'ensemble réussisse, il convient que les décideurs étudient les éléments suivants :

- Il convient que les collaborateurs de la santé possèdent les connaissances, les compétences et la motivation pour traiter et gérer les personnes souffrant de maladies mentales
- Il convient que les effectifs possédant les connaissances et la compétence nécessaire pour prescrire des médicaments psychotropes, dans les soins primaires et secondaires, soient suffisants
- Il convient de mettre à disposition, dans les soins primaires et secondaires, des médicaments psychotropes de base
- Les spécialistes de la santé mentale doivent appuyer et assurer le suivi des effectifs de la santé générale
- Il convient de mettre en place des liens efficaces d'aiguillage, entre les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires
- Il convient de mieux répartir les budgets des soins tertiaires en faveur des soins primaires et secondaires, ou de nouveaux fonds doivent être mis à disposition
- Il convient de mettre en place des systèmes d'enregistrement pour permettre le suivi, l'évaluation et la mise à jour permanents des activités intégrées.

- Organisation mondiale de la Santé, rapport 2001

mortalité. Les sciences médicales ont progressé sensiblement dans la compréhension des maladies chroniques, telles que la démence, le diabète, la maladie de Parkinson, etc. Mais parallèlement, le monde est confronté à une augmentation en flèche des maladies non infectieuses telles que les troubles mentaux, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, etc. La compréhension totale de l'interaction entre la santé et le comportement est importante pour la prévention et le traitement de nombreuses maladies dont souffre le monde aujourd'hui.

Ces dernières années ont vu l'accumulation d'études dans les domaines des sciences cliniques et de base, soulignant le rapport manifeste entre les éléments biologiques, psychologiques et socioéconomiques de la vie des êtres humains, tant dans la santé que dans les maladies.

Dr Ahmat Mohit, OMS-EMRO

Le Dr Richard Nakamura du U.S. National Institute of Mental Health invite instamment les médecins des soins primaires à repérer les malades qui souffrent de nombreuses maladies diverses, ce qui peut signaler des indices de dépression qui dissimulent ou qui provoquent d'autres maladies. Selon lui, les symptômes physiques qui masquent la dépression seraient des réactions allergiques, des ulcères et autres troubles. Il estime qu'en considérant les symptômes physiques comme n'étant pas reliés aux troubles mentaux, ou vice versa, l'on méconnaît l'ensemble du tableau de santé du patient.

L'American Psychiatric Association (APA) a souligné qu'il existe des éléments probants, de plus en plus nombreux, reliant les troubles mentaux et les maladies physiques. Plus la pathologie est grave, plus la personne est susceptible de souffrir de problèmes de santé mentale. Le risque de dépression est généralement plus élevé pour les personnes souffrant de maladies graves, par exemple les maladies cardiaques, le cancer et le diabète. En outre, les personnes souffrant de maladies mentales auront des difficultés à vivre une vie normale au quotidien et pourront ne pas suivre les traitements prescrits. Ceux qui souffrent de maladies concomitantes, diagnostiquées et soignées, voient souvent une amélioration d'ensemble de leur pathologie et de leur qualité de vie. L'APA affirme en outre : « Le lien entre les troubles mentaux et les maladies physiques doit être abordé pour que tous ces troubles soient soignés avec succès ». Il est clair que les problèmes de santé mentale peuvent produire les mêmes symptômes que les problèmes physiques : une santé physique médiocre peut aggraver les problèmes mentaux. Il est extrêmement important, selon le Royal College of Psychiatrists, d'effectuer une évaluation opportune de la santé physique chez les patients qui entrent dans les services de santé mentale.

Les médicaments anti-psychotiques sont très importants pour la gestion médicale de nombreux troubles psychotiques, comme l'indique la Consensus Development Conference de 2003 de l'American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists et la North American Association for the Study of Obesity, et comme publié dans le *Journal of Clinical Psychiatry*. Ce que l'on appelle la « seconde génération des médicaments antipsychotiques (SGA) » est un perfectionnement par rapport à la première génération, mais il existe sans doute des effets secondaires qui influent sur certaines maladies, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires. Il a été prouvé, par exemple, que les soins accompagnés de ces médicaments, notamment chez les schizophrènes, peuvent produire une prise de poids rapide au cours des premiers mois, ce qui augmente le risque de ces autres types de maladies.

L'exercice physique et une bonne nutrition constituent des facteurs importants, avérés, d'une bonne santé mentale et du bien-être psychologique. L'activité physique et la nutrition aident à éviter les troubles mentaux, se rétablir des maladies mentales et améliorer la qualité de vie de tous. Ces mêmes facteurs comportementaux influent sur la santé physique, dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement. Ainsi, une démarche interdisciplinaire, incorporant la santé physique et mentale d'une personne constitue la manière la plus efficace d'aborder toutes les questions de santé. La motivation en faveur du bien-être est une question de santé mentale et peut réellement aider à résoudre les problèmes physiques.

Une étude australienne recommande les mesures qu'il convient de prendre pour approfondir le diagnostic et le traitement des troubles mentaux et physiques concomitants :

- Il convient que les médecins recueillent les données à partir d'un aide-mémoire standard et les données essentielles sur une fiche concernant la santé physique
- Il conviendrait que les services psychiatriques soient équipés adéquatement pour assurer les besoins médicaux de base
- Il conviendrait que les psychiatres reçoivent des cours de recyclage réguliers, ainsi que les principaux membres des équipes psychiatriques communautaires multidisciplinaires. Il s'agira notamment de services-conseil pour la détection, la gestion et la prévention

- Il conviendrait de créer des équipes interdisciplinaires spécifiques, comportant des experts médicaux et psychiatriques. Ces équipes pourraient constituer des modèles valorisés de soins mixtes
- Il conviendrait de mettre en place des programmes formels pour aborder les questions de formation et autres, au niveau national ou régional et ce, dans chaque pays.

Bien que de nombreux troubles mentaux se présentent dans le contexte des soins primaires, la dépression profonde est l'une des maladies les plus prévalentes, touchant près de 5 à 9% des patients qui consultent un généraliste. Selon certaines éléments probants, la plupart des personnes souffrant de dépression reçoivent des soins mentaux de leurs médecins de soins primaires. Il est donc important de se pencher plus particulièrement sur l'intégration des services de santé mentale les soins primaires. Il a également été démontré que l'absence de motivation de la part des consommateurs, des prestataires et des payeurs constitue une entrave à l'intégration des services de santé mentale et des soins primaires.

Alors que les faits sont portés à notre attention, il nous faut axer nos efforts sur leur communication à des échelons plus élevés pour changer les hypothèses de la division du corps en deux domaines, et le traitement de l'un en lui accordant moins d'importance que l'autre. Comme le disait récemment le Dr Patt Franciosi, président de la WFMH: *"Pourquoi, en dépit de tous les éléments probants dont on dispose aujourd'hui, les mythes et la séparation des soins mentaux et physiques perdurent-ils ? Les systèmes de soins dans le monde entier doivent connaître une modification politique et dans la prestation des services de santé. Il n'y aurait alors plus d'excuse pour marginaliser le financement de la prestation de services de santé mentale et il faudrait nous assurer que la prévention des maladies mentales et la promotion de la santé mentale reçoivent leur juste part des ressources de santé publique."*

Le dossier de la Journée mondiale de la santé mentale 2004 présente quelques-uns des nombreux troubles concomitants que relève souvent la recherche actuelle, ainsi que les conclusions médicales dans le monde entier. En prenant ce sujet à titre de thème pour 2004, nous présentons des informations sur quatre maladies physiques : maladies cardiovasculaires, diabète, cancer et VIH-sida, ainsi que les troubles mentaux qui sont les plus prévalents, notamment l'anxiété, la dépression et le stress. Il reste beaucoup à apprendre et à faire pour que le thème de cette année soit le point de mire d'une attention soutenue, cette année et à l'avenir. Nous encourageons tout un chacun à continuer à s'informer sur la santé mentale et physique et à prendre en charge le changement dans nos communautés et dans nos vies.

La santé n'est pas uniquement l'absence de maladie : il s'agit du bien-être physique, social, affectif et spirituel.

Références :

- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity "Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes" dans *Journal of Clinical Psychiatry* 65:2, février 2004
- American Psychiatric Association. "Coexisting Severe Mental Disorders and Physical Illness" *Statement by the American Psychiatric Association*. 7 juillet 2003.
- Australian Government Department of Health and Ageing, "Forum Explores Co-Morbidity of Mental health with Other National Health Priority Issues," BHO Été 2002.
- Baez, Denise. *Primary Care Physicians Should Be Aware of Link Between Physical and Mental Health*. WebMD; Medscape Medical News. 19 novembre 2003.
- Butler, Gillian and Hope, Tony "Manage your Mind: The Mental Fitness Guide - ISBN 0192623834.
- Combs-Orme, T., Heflinger, C.A. & Simpkins, C.G. "Comorbidity of Mental Health Problems and Chronic Health Conditions in Children" dans *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 10, 2002. 116-125.
- Depression Alliance, 35 Westminster Bridge Road, London SE1 7JB. Tel: 020 7633 0557; Fax: 020 7633 0559; www.depressionalliance.org.
- Depression Alliance Cymru (Wales), 11 Plas Melin, Westbourne Road, Whitchurch, Cardiff CF4 2BT. Tel: 029 2069 2891. Information, appui et compréhension pour ceux qui souffrent de dépression et pour les familles qui veulent apporter leur aide.

- DiMatteo, M. Robin, "Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis" in *Health Psychology*. 2004 mars Vol 23(2) 207-218.
- Gill D. & Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness (2002) The Cochrane, Library <http://updatesoftware.com/abstracts/ab001312.htm>
- Health and Human Behaviour: The Interplay of Biological, Behavioural, and Societal Influences. U.S. National Academy of Sciences, Institute of Medicine, 2001.
- "Management of Serious Mental Illness" on *Medscape from WebMD* at www.medscape.com/pages/editorial/resourcecenters/public/mentalillness/rc-mentalillness.ov.
- *Men's Health Forum, UK*. "Ian Banks reports on Schizophrenia," mai 2001.
- "The Integration of Mental Health Services and Primary Health Care" Réunion de travail du ministre de la Santé des Etats-Unis, 30 novembre-1^{er} décembre 2000. www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealthservices/mentalhealthservices.html.
- "Integrating Mental Health Care into General Health Services" in *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Chapter 4*. Organisation mondiale de la Santé 2001.
- Jenkins, C. David, Ph.D. *Building Better Health: A Handbook of Behavioural Change*. A Pan American Health Organization Scientific and Technical Publication, No. 590, 2003.
- Kates, Nick; Craven, Marilyn; Bishop, Joan; Clinton, Theresa; Kraftcheck, Danny; LeClair, Ken; Leverette, John; Nash, Lynn; Turner, Ty. "Shared Mental Health Care in Canada" du groupe de travail mixte de la Canadian Psychiatric Association et du College of Family Physicians of Canada, 1996. En ligne : www.cpa-apc.org/Publications/Position_Papers/Shared.asp.
- Lambert, Timothy J.R., Velakoulis, Dennis, Pantelis, Christos. "Medical Comorbidity in Schizophrenia" in *Medical Journal of Australia*, 2003; 178(9) Suppl 5 mai: S67-S70.
- MacHale, S. Managing Depression in Physical Illness (2002), *Advances in Psychiatric Treatment* 8: 297-304
- *NYC Vital Signs, A report from the New York City Community Health Survey*. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2003.
- National Institute of Mental Health – Récapitulatif du forum sur *The Unwanted Cotraveler: Depression's Toll on Other Illnesses*, mars 2001. En ligne : www.nimh.nih.gov/resaerch/pittsburghhrpt.cfm.
- Oglesby, Carole. *Women's Mental Health and Physical Activity*. Women-Health hosted by WomenWatch, Nations Unies 1999.
- "Physical Illness Link to Suicide Risk" sur la BBC, 7 juin 2002.
- *Psychiatric Patients Miss Out on Physical Health Screenings*. Royal College of Psychiatrists Press Release, juin 2002.
- Robertson M.M. & Katona C. *Depression and Physical Illness* (1997) Wiley ISBN 0471961485
- Trickett, Shirley. *Coping with Anxiety and Depression (Overcoming Common Problems)* -ISBN 0859695921.
- U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General – Executive Summary*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- *WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care*, Organisation mondiale de la Santé – UK Collaborating Centre 2003-4. En ligne : www.mentalneurologicalprimarycare.org.
- World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genève (Suisse) 2001.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

“Maladies physiques et santé mentale”

The Royal College of Psychiatrists of the UK – www.rcpsych.ac.uk

Nombre d'entre nous souffriront, à un moment donné, d'une grave maladie physique. Mais la maladie et son traitement peuvent avoir une incidence sur notre état mental et affectif. Cette fiche est destinée à tous ceux qui souffrent d'une maladie physique grave, ainsi qu'à leurs amis et familles. Elle décrit :

- Les effets affectifs que produit une maladie physique grave
- Que ressent-on lorsque l'on est anxieux ou déprimé ?
- Pourquoi l'anxiété et la dépression sont-elles plus susceptibles de surgir lors d'une maladie physique ?
- Qu'est-ce qui nous rend plus susceptible d'être anxieux ou déprimé ?
- Quand faut-il se faire soigner ?
- Comment peut-on atténuer la dépression et l'anxiété ?
- Comment peut-on s'aider soi-même ?
- Comment la famille et les amis peuvent-ils venir en aide ?

Qu'est-ce qui est à l'ordre du jour des inquiétudes ?

Les Effets affectifs d'une maladie physique grave

Une maladie physique grave peut avoir une incidence sur tous les domaines de la vie : les rapports avec les autres, le travail, les convictions spirituelles et les contacts sociaux avec les autres. Une maladie grave peut nous amener à nous sentir déprimé, effrayé, inquiet ou en colère.

Sans doute parce que :

- Nous ignorons :
 - o De quoi il s'agit vraiment
 - o Comment nous allons faire face à la douleur d'une opération ou aux effets secondaires des médicaments
 - o Si le traitement va vraiment apporter un soulagement
- Nous avons l'impression de perdre le contrôle de notre corps et de la situation dans son ensemble. Nous pouvons avoir l'impression que nous sommes impuissants devant la maladie
- Nous avons un sentiment de solitude et d'isolement par rapport à notre famille et à nos amis. Il peut parfois être difficile de parler de la maladie avec ceux qui nous sont proches. Nous hésitons à les inquiéter ou à les alarmer.

Pour certains d'entre nous, l'incidence affective d'une maladie physique grave peut nous dépasser. Le cancer ou les maladies cardiaques, par exemple, peuvent provoquer l'anxiété et la dépression. Ces maladies peuvent nous empêcher de faire ce que nous avons à faire, au quotidien.

Que ressent-on lorsque l'on est anxieux ou déprimé ?

L'anxiété et la dépression ont une incidence sur l'esprit et sur le corps. Les deux arrivent souvent en même temps.

L'anxiété se ressent par :

- Des pensées alarmantes, constantes, souvent sur la maladie et son traitement
- Le fait de craindre le pire, par exemple que la maladie va empirer et qu'on peut en mourir
- Être conscient des battements du cœur (palpitations)
- La tension et des douleurs musculaires
- L'incapacité de se détendre
- Des sueurs
- Une respiration trop rapide (hyperpnée)
- Des étourdissements
- Des syncopes
- L'indigestion et la diarrhée.

La dépression se ressent par :

- Un sentiment de détresse qui perdure et qui se ressent en quasi-constance
- Un manque d'intérêt pour la vie
- L'incapacité à prendre plaisir pour quoi que ce soit
- La difficulté de prendre des décisions, même les plus simples
- Un sentiment de profonde lassitude
- L'agitation et le trac
- La perte d'appétit et de poids (chez certaines personnes, c'est le contraire : une prise de poids)
- Le manque de sommeil et le réveil précoce
- Une perte d'intérêt pour les relations sexuelles
- La perte de confiance de soi, le sentiment d'inutilité, d'inanité et de désespoir
- L'évitement des autres personnes
- L'irritabilité
- Le désespoir de soi, de la situation et du monde entier. L'on a l'impression de ne jamais pouvoir se rétablir et de ne rien valoir
- Des pensées suicidaires : c'est courant dans la dépression. Il vaut mieux en parler que d'essayer de les dissimuler.

Certains de ces symptômes, comme la lassitude, l'insomnie et la perte d'appétit, ressemblent à ceux des maladies physiques ou des soins. Si vous parlez de ce que vous ressentez avec un médecin ou une infirmière, ces derniers pourront déterminer s'il s'agit de votre maladie physique ou de la dépression.

Pourquoi l'anxiété et la dépression sont-elles plus susceptibles de surgir lors d'une maladie physique ?

- L'on devient dépressif et anxieux lorsque l'on se sent stressé, quelle que soit la raison. La maladie et les soins sont stressants. C'est sans doute la raison la plus courante
- Certains soins, aux stéroïdes par exemple, affectent le fonctionnement du cerveau et provoquent donc directement l'anxiété et la dépression
- Certaines maladies physiques, par exemple l'hypothyroïdie, affectent le fonctionnement du cerveau. Elle provoquent directement l'anxiété et la dépression
- L'anxiété et la dépression sont courantes. Il se peut que vous soyez anxieux ou déprimé, par hasard, en même temps que vous tombez malade physiquement.

Qu'est-ce qui nous rend plus susceptible d'être anxieux ou déprimé ?

Vous serez plus susceptible de souffrir d'anxiété ou de dépression profonde lorsque vous êtes malade physiquement si :

- Vous avez été anxieux ou déprimé dans le passé
- Vous n'avez ni famille ni amis auxquels vous pouvez parler de votre maladie
- Vous êtes une femme (les femmes signalent être plus anxieuses et dépressives que les hommes)
- Vous avez d'autres problèmes et d'autres stress, en même temps. Par exemple : divorce ou décès d'un être cher.
- Vous souffrez beaucoup
- Votre maladie est mortelle
- Votre maladie vous empêche de prendre soin de vous-même.

Les moments où vous êtes plus susceptible d'anxiété et de dépression sont les suivants :

- Lorsque l'on vous annonce votre maladie
- À la suite d'une opération grave ou si les soins produisent des effets secondaires déplaisants
- Si la maladie revient alors que vous vous sentiez mieux. Par exemple, la résurgence du cancer ou e deuxième crise cardiaque
- Si les soins sont sans effet sur la maladie.

Quand faut-il se faire soigner ?

Si votre impression d'anxiété et de dépression est :

- Pire que les craintes, les inquiétudes et la tristesse que vous ressentiez auparavant
- Ne connaît pas d'amélioration au fil du temps
- Commence à perturber vos sentiments envers votre famille et vos amis, votre travail et ce qui vous intéresse
- Si vous avez l'impression que la vie n'est pas digne d'être vécue ou que les autres seraient contents d'être débarrassés de vous.

Vous pouvez ne pas comprendre que vous êtes déprimé si :

- Vous pensez que tous vos symptômes sont dus à la maladie physique
- Vous vous accusez d'être paresseux ou faible

Les autres devront sans doute vous rassurer sur ce sujet. Ils devront vous rappeler que le fait de demander de l'aide n'est pas un signe de faiblesse. Certains d'entre nous tentent de faire face à l'anxiété et à la dépression en travaillant. C'est possible pour certaines personnes, mais pour d'autres c'est le meilleur moyen de se stresser encore davantage et de s'épuiser. Parfois, l'anxiété et la dépression ne se manifestent pas sous forme d'insatisfaction et de crainte, mais produisent des douleurs, des migraines ou l'insomnie.

Il peut suffire de parler de tout cela avec un ami ou un parent : ils pourront vous aider à traverser cette période difficile. Mais si ce ne semble pas suffisant, il serait peut-être bon de vous adresser à l'un des médecins ou des infirmières qui s'occupent de vous.

Si on se sent ainsi, est-ce une raison suffisante pour aller se faire soigner ?

Il peut se révéler difficile de demander un traitement contre l'anxiété et la dépression lorsque l'on souffre d'une maladie physique, parce que :

- Vous estimez que votre détresse est normale et on n'y peut donc rien
- Vous ne voulez pas avoir l'air d'un ingrat ou de vous plaindre aux médecins et aux infirmières qui soignent votre maladie physique
- Vous ne voulez pas gêner le traitement de votre maladie physique en disant que vous avez des difficultés à faire face à votre situation
- Vous avez l'impression que les médecins et les infirmières sont trop occupés à soigner votre maladie physique pour pouvoir s'intéresser à votre anxiété et à votre dépression
- Vous pensez que les médecins et les infirmières s'intéressent davantage à vos problèmes physiques qu'à vos problèmes mentaux.

À l'évidence, nous pouvons tous comprendre pourquoi quelqu'un souffrant d'une grave maladie physique est anxieux et déprimé. Ce qui ne signifie pas qu'il faut s'en désintéresser. Les médecins et les infirmières s'intéressent à tous les aspects de votre santé, y compris la dépression et l'anxiété ressentie. Le personnel soignant peut vous aider comme suit :

- En étant informé de vos inquiétudes et de vos préoccupations concernant votre situation
- En s'assurant que vous êtes suffisamment informé de votre maladie et de votre traitement
- En vous aidant à exprimer ce que vous ressentez
- En décidant si vous avez besoin d'un traitement contre l'anxiété et la dépression.

Comment peut-on atténuer la dépression et l'anxiété ?

Il existe plusieurs types de professionnels qui peuvent vous venir en aide, notamment votre généraliste traitant, des conseillers formés à cet effet, les psychothérapeutes, les psychologues et les psychiatres cliniques. Tout traitement recommandé dépend de vos symptômes, de la gravité de votre anxiété et de votre dépression et de votre situation. Il pourra s'agir d'une thérapie en dialogue, d'antidépresseurs ou les deux.

Traitements en dialogue

Il peut être difficile d'exprimer des sentiments véritables, même à des amis proches. Ce sera plus facile si le professionnel en question s'intéresse à votre cas pour pouvoir aborder la question dans son contexte et trouver le moyen de sérier vos problèmes. Les thérapies de dialogue sont d'ordinaire brèves, en général de huit séances. Les consultations sont individuelles ou de groupe. Si vous avez un compagnon ou un soignant, il serait utile de les faire

participer à cette thérapie. Il existe plusieurs types de thérapies de discussion, mais elles ont toutes les ingrédients suivants

- Un rapport de confiance entre le patient et le professionnel en question
- La possibilité de parler librement et ouvertement de vos pensées, de vos sentiments et de vos problèmes
- Une aide pour faire face aux pensées déprimantes, aux sentiments négatifs et aux problèmes pratiques.

Sur une échelle de dépression de 1 à 10, vous semblez être à 45...

Est-ce que ça va marcher ?

La pensée d'avoir à consulter quelqu'un simplement pour parler peut sembler effrayante et inutile, ou les deux. Mais, une fois qu'ils commencent, la plupart des gens souffrant d'une maladie physique grave trouvent que c'est très utile.

Comment est-ce que ça marche ?

Les traitements en dialogue opèrent en vous aidant à préciser ce qui vous arrive du point de vue émotif. Ils vous aident également à trouver le moyen de mieux faire face à vos sentiments, à vos pensées et aux problèmes pratiques. Il est également utile de pouvoir parler librement avec une personne de confiance, quelqu'un qui ne vous juge pas.

Est-ce que les résultats sont rapides ?

Certaines personnes se sentent mieux immédiatement, simplement parce qu'elles peuvent parler de leurs préoccupations. Pour d'autres, il faudra quelques semaines.

Médicaments antidépresseurs

Si votre anxiété et votre dépression sont particulièrement aiguës, ou si elles durent, il pourrait être utile d'avoir recours aux antidépresseurs. Ces médicaments aident à soulager l'anxiété et la dépression, pour que les malades puissent commencer à apprécier leur vie et à faire face de façon efficace à leur problèmes pratiques, à nouveau. Ce ne sont pas des tranquillisants, bien qu'ils puissent vous aider à vous sentir moins anxieux et agité. Ils sont également utiles pour atténuer la douleur et aider à dormir.

Vous sentirez-vous mieux immédiatement ?

Sans doute pas. À la différence de nombreux autres médicaments, vous ne sentirez pas l'effet des antidépresseurs immédiatement. Il faut souvent attendre deux à trois semaines pour que l'humeur s'améliore, mais les autres problèmes peuvent connaître une amélioration plus rapide. Par exemple, la personne peut remarquer au bout de quelques jours qu'elle dort mieux et qu'elle se sent moins anxieuse.

Quels sont les effets secondaires ?

À l'instar de tous les médicaments, les antidépresseurs ont quelques effets secondaires, même s'ils sont d'ordinaire légers et qu'ils disparaissent au fur et à mesure du traitement. Différents antidépresseurs possèdent des effets secondaires différents. Votre médecin pourra vous conseiller et vous dire à quoi vous attendre et vous demandera si vous avez des inquiétudes particulières à cet égard. Si nécessaire, vous pouvez les prendre avec des analgésiques, des antibiotiques ou des contraceptifs. Mais il convient d'éviter l'alcool, qui peut vous faire somnoler si vous prenez des antidépresseurs en même temps. Votre médecin vous dira si les antidépresseurs peuvent entraver les autres traitements que vous suivez pour votre maladie physique.

Essayez de vous aider vous-même !

À l'aide !

Comment peut-on s'aider soi-même ?

En outre des soins professionnels, vous pouvez faire plusieurs choses pour vous aider vous-même:

- Parlez de vos craintes et de vos inquiétudes avec ceux qui vous sont proches. Vous serez surpris : plutôt de penser que c'est une charge, vous verrez que votre fardeau en sera plus léger si vous parlez de tout cela
- Posez des questions à votre médecin sur la maladie. S'il y a des aspects de la maladie ou de son traitement que vous ne comprenez pas totalement, posez-lui la question. Si vous êtes informé sur votre maladie, vous pourrez mieux y faire face
- Essayez de maintenir un régime alimentaire équilibré. Si vous avez perdu l'appétit parce que vous vous inquiétez ou que vous êtes déprimé, vous allez perdre du poids, ce qui peut aggraver votre état de santé physique
- Essayez d'établir l'équilibre entre les exigences de votre santé physique et celle de votre vie quotidienne. Il va falloir trouver un équilibre entre « se soumettre à la maladie » et « continuer à avancer, en dépit de tout »
- Soignez-vous. N'oubliez pas de prendre le temps de vous détendre, d'avoir des activités agréables et, si possible, de l'exercice physique, au quotidien
- Essayez de ne pas consommer d'alcool pour vous détendre. En fait, l'alcool peut aggraver l'anxiété et la dépression et peut entraver l'effet de vos médicaments
- Essayez de ne pas vous inquiéter de votre manque de sommeil. C'est normal quand on est anxieux et déprimé et au fur et à mesure que votre humeur s'améliore, vous dormirez mieux
- Ne changez pas les doses prescrites, ne cessez pas de prendre vos médicaments, ni d'essayer d'autres remèdes sans en parler d'abord avec votre médecin. Si les médicaments ont des effets secondaires déplaisants, parlez-en à votre médecin ou à votre infirmière. Ne souffrez pas en silence.

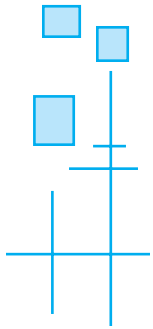
Comment la famille et les amis peuvent-ils venir en aide ?

Ce sont souvent les amis ou la famille qui remarquent l'anxiété et la dépression chez la personne souffrant d'une maladie physique. Si vous remarquez qu'un proche devient dépressif, encouragez la personne à se faire soigner. Expliquez que l'anxiété et la dépression sont courantes et qu'avec des soins, elles s'atténuent dans la plupart des cas. Le fait de s'adresser à un psychiatre ou à un psychologue ne souille pas l'honneur du patient ni de sa famille et ce n'est pas non plus un signe de faiblesse.

Je suis trop déprimé pour parler de ma déprime...

- Il est conseillé de passer du temps avec quelqu'un qui est anxieux ou dépressif. Il n'est pas nécessaire de les tancer, mais il faut que la personne se sentent encouragée par exemple à parler mais aussi à faire ce qu'elle fait d'habitude
- Rassurez la personne anxieuse ou déprimée, dites-lui qu'elle ira mieux, il lui est sans doute difficile de penser que c'est possible
- Assurez-vous que la personne s'alimente, qu'elle a un régime alimentaire équilibré et aidez-la à éviter de boire de l'alcool
- Si la personne anxieuse ou déprimée devient plus anxieuse et déprimée et parle de cesser de vivre ou semble penser à se suicider, prenez la chose au sérieux et parlez-en absolument à son médecin
- Essayez de faire en sorte qu'elle accepte le traitement qui lui a été prescrit. Si vous avez des doutes sur ce traitement, parlez-en avec son médecin.

Le Diabète et les troubles mentaux



Les diabétiques sont au moins trois fois plus susceptibles de souffrir de dépression clinique que la population générale. Selon la recherche, les diabétiques souffrent d'une dépression plus longue et leurs symptômes sont plus sévères. Autre problème : les prestataires de soins n'établissent pas aussi fréquemment le diagnostic de ce problème qu'ils le devraient. Selon une enquête sur treize ans de l'université Johns Hopkins, auprès de près de 2000 personnes, une personne dépressive est deux fois plus susceptible qu'une autre d'avoir le diabète.

À l'évidence, tous les diabétiques se sentent parfois accablés, ce qui est naturel étant donné les responsabilités, les contraintes et les soucis supplémentaires auxquels ils sont confrontés tous les jours. Mais la dépression clinique produit un accablement pendant des semaines de suite, presque sans répit. En outre, selon certaines études, le diabète produit un déséquilibre hormonal dans le corps et chimique dans le cerveau. Ces déséquilibres augmentent la probabilité de dépression. En outre, les changements hormonaux, produits par la dépression, peuvent avoir une incidence sur d'autres hormones qui affaiblissent la résistance du corps à l'insuline.

Le diagnostic du diabète produit un stress vital majeur et il faut alors prendre de nombreuses dispositions physiques et mentales. Le diabétique souffre maintenant d'une maladie sans fin dont il faudra tenir compte en constance. Les diabétiques qui souffrent de dépression n'ont pas toujours l'énergie qu'il faut pour se soigner (alimentation, médicaments et exercice physique), ce qui complique encore leur bien-être physique et psychologique.

Selon une étude allemande, le diabète est associé à un accroissement probable des troubles de l'anxiété. Rien ne prouve que les diabétiques ne sont pas plus susceptibles de souffrir de troubles mentaux que les non diabétiques, mais le rapport entre le diabète et les troubles de l'anxiété reste important lorsque l'on tient compte de l'âge, du sexe, de la situation de famille et socioéconomique des personnes qui ont été étudiées. Toutefois, l'on a également démontré que ces dernières contrôlaient convenablement leur diabète.

L'anxiété et la dépression multiplient par deux ou par trois le risque d'hypertension, raison principale de la maladie cardiovasculaire

- U.S. Center for Disease Control

Selon certains cliniciens, les troubles de l'alimentation sont plus courants chez les diabétiques que chez les autres. Le diabète ne produit pas les troubles de l'alimentation, mais il peut dresser la toile de fond de leur apparition et il est donc difficile d'obtenir de bons résultats. De nombreux diabétiques, souffrant de troubles de l'alimentation estiment qu'il est bien pire d'être gros que d'avoir à faire face aux complications du diabète (cécité, maladie rénale, etc.). Le meilleur traitement reste l'effort d'équipe où de nombreux professionnels appuient le diabétique et sa famille : un médecin pour gérer le diabète et les effets des troubles de l'alimentation, un médecin des maladies mentales pour définir et régler les problèmes affectifs, un médecin de la thérapie familiale pour aider les membres de la famille et un diététicien pour les services-conseil et l'éducation alimentaire.

Les études indiquent également que certains médicaments psychiatriques entraînent une prise de poids, ce qui complique les risques et le traitement du diabète. Selon certains éléments probants, les schizophrènes sont plus susceptibles de souffrir de diabète que la population

générale et l'on présume qu'ils sont plus susceptibles de surcharge pondérale et de ne pas faire d'exercice physique.

Pour les diabétiques, il est extrêmement important de soigner la dépression et souvent, le ou la diabétique doit informer clairement de son état de santé pour que cet élément reçoive toute l'attention nécessaire. Le diabète et la dépression sont deux maladies différentes et chacune doit être soignée.

Les conséquences d'une dépression non soignées sont particulièrement graves pour les diabétiques. La dépression empêche les malades de se soigner, et les diabétiques plus encore, ce que la dépression bloque totalement. Ce qui entraîne une dégringolade qui peut avoir des résultats funestes si le bien-être n'est pas entretenu.

Selon l'OMS, la prévention et la gestion thérapeutique vont de pair. Près d'une mort sur 20 dans le monde entier est due au diabète. Selon les estimations de l'OMS, 90% des quelque 171 millions de diabétiques de la planète souffrent de diabète de type II. Au vu de ces statistiques, il est d'autant plus important de diffuser l'information sur le rapport qui existe entre le diabète et la maladie mentale.

Deux types de traitements semblent atténuer efficacement la dépression chez les diabétiques. L'un est la psychothérapie ou les services-conseil et l'autre, les antidépresseurs. Le traitement exact dépend de la personne, car certains réagissent bien à l'un ou à l'autre, et d'autres sont aidés par les deux traitements conjugués. Pour le Dr Richard Rubin, la thérapie cognitivo-comportementale semble être particulièrement opérante chez les diabétiques. Dans ce type de thérapie, le prestataire aide le malade à identifier les idées qui provoquent la dépression et l'aide à trouver des moyens pour faire face aux situations de stress et mieux se soigner.

Les études marquantes ont relevé des résultats très favorables dans les traitements contre la dépression, en termes de perspectives individuelles de vie et de glycémie. Il existe des médicaments qui se révèlent utiles pour atténuer la dépression et maintenir une bonne glycémie.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de cas de diabète dans les pays en voie de développement connaîtra sans doute un accroissement de 200% dans les trente prochaines années. L'élément positif étant toutefois que la plus grande partie de cette augmentation peut être prévenue par une alimentation équilibrée et une prévention clinique.

Il est extrêmement important que les diabétiques et leurs médecins comprennent le lien étroit qui existe entre la dépression et le diabète pour cerner le traitement le plus efficace et le plus constant.

Près d'une personne sur cinq traverse un épisode de dépression grave dans la vie. Ce chiffre augmente et atteint une personne sur deux en ce qui concerne les cardiaques. À tout moment, trois à cinq pour cent de la population sont dépressifs, contre 18% des cardiaques. Le risque de troubles cardiaques est deux fois plus grand chez les personnes souffrant de dépression.

Le stress mental et la dépression ont parfois une incidence profonde sur les maladies cardiovasculaires, à titre de facteur causal, puis d'incidence sur la récupération. Selon les études, le stress mental augmente les besoins en oxygène car la tension artérielle et le pouls sont élevés, selon le Dr David S. Sheps du Centre des sciences de la santé de l'université de la Floride. Une étude de l'université de l'Ohio, effectuée auprès de 8.000 sujets, relève que 70% des hommes dépressifs sont plus susceptibles de contracter une cardiopathie. Chez les femmes, ce chiffre n'est que de 12%, mais dans les cas de dépression grave, il se monte à 78%. Selon une étude britannique effectuée auprès de 5.623 malades, les hommes dépressifs sont trois fois plus susceptibles de subir des troubles cardiaques à la suite d'une obstruction artérielle et courent de plus grands risques d'épisodes ultérieurs que ceux qui ne sont pas dépressifs. Plus les crises cardiaques sont nombreuses, plus la personne concernée court le risque de dépression, ce qui a sans doute une incidence sur les artères et le cœur. Il s'agit d'un cercle vicieux.

Environ la moitié des malades cardiaques traversent un épisode de dépression grave. Le risque de cardiopathie est multiplié par deux chez ceux qui sont dépressifs.

Selon Rutledge, un niveau élevé de détresse psychologique chez les femmes, et il existe des éléments probants à cet effet, est associé à un risque plus élevé de troubles artériels coronaires et d'un diagnostic plus difficile. Selon de nombreux rapports, la moment le plus dangereux de début d'une maladie coronaire chez les femmes se situe après la ménopause, cette étude indique qu'il s'agit d'une maladie qui découle d'une accumulation de stress de toute une vie et les facteurs psychologiques et comportementaux affectent le potentiel de morbidité bien avant la ménopause. Selon de récentes études, les femmes présentant les plus hauts niveaux de colère et de symptômes de dépression sont plus à même de fumer, de trop boire d'alcool, de souffrir de surcharge pondérale et de posséder de faibles niveaux de « bon » cholestérol. Ce qui indique que les symptômes psychologiques chez les femmes augmenteraient directement leurs risques de maladie cardiovasculaire, en raison de changements biologiques, ou indirectement en raison de comportements vitaux malsains. Les facteurs psychologiques sont ici exclusifs aux femmes et ont un effet chez les femmes avant la ménopause en compromettant la fonction ovarienne. Le stress produit certains changements qui entraînent une baisse des estrogènes, l'hormone qui est censée apporter une certaine protection contre les maladies coronaires.

Les Japonaises qui subissent un degré élevé de stress mental courent deux fois plus de risques d'accident cérébrovasculaire et cardiaque mortels, que celles vivant un stress peu élevé. Les chercheurs, sous la direction du Dr Hiroyaso Iso (Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk), ont analysé les données de 30.180 hommes et 43.244 femmes, de 40 à 79 ans et relèvent que 8.656 femmes et 6.891 hommes signalent un stress mental élevé. Après ajustement des facteurs de risque cardiovasculaire et des variables psychologiques, les femmes du groupe de stress élevé courent 2,4 fois plus de risques d'accident vasculaire cérébral et 2,28 fois plus élevé de cardiopathie coronaire, ainsi qu'un risque 1,64 fois plus élevé d'accident cardiovasculaire mortel. Les femmes du groupe de stress élevé, dans cette étude, sont de cinq ans plus jeunes, plus instruites, plus sédentaires et possèdent un indice de masse corporelle moyen inférieur aux femmes du groupe au stress mental moins élevé. Elles possèdent également des antécédents de diabète et d'hypertension que ne possède pas le second groupe. Ces femmes sont également plus susceptibles d'être irritées, pressées, désespérées et insatisfaites.

Une association analogue existe également chez les hommes, selon cette étude japonaise, entre le stress mental et la crise cardiaque. Les hommes souffrant de stress moyen ou élevé courent un risque 7,64 fois plus important de crise cardiaque, après rectification des facteurs physiques de risque cardiovasculaire.

Références :

- Decatur, Adam; Patil, Kashinath; Ortega, Tulio. "Anti-Psychotic Drugs May Reduce Diabetes Risk in Mentally Ill" in *What You Need to Know About Diabetes* at www.diabetes.about.com/library/blnews/blnantipsychotics_503.htm. May 3, 2003.
- "Depression" on American Diabetes Association website at www.diabetes.org
- "Depression and Diabetes" on the National Institute of Mental Health website at www.nimh.nih.gov June 2002.
- "Diabetes Cases Could Double in Developing Countries in Next 30 Years." Press Release of the World Health Organization, November 14, 2003.
- "Diabetes and Eating Disorders," Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. at www.anred.com September 2003.
- Hedenmalm, Karin, Hägg, Staffan, Stahl, Malin, Mortimer, Örjan, Spigset, Olav. "Glucose Intolerance with Atypical Antipsychotics" in *Drug Safety* 2002, 25(15): 1107-1116.
- Kollar, Elizabeth A.; Doraiswamy, P. Murali; Cross, James T. "Risperidone-Associated Diabetes" Presentation at The Endocrine Society's 84th Annual Meeting, June 19-22, 2002.
- Kruse, Johannes; Schmitz, Norbert; Thefeld, Wolfgang. On the Association Between Diabetes and Mental Disorders in a Community Sample in *Diabetes Care* on www.care.diabetesjournals.org.

- Newcomer, John W.; Haupt, Dan W.; Fucetola, Robert; Melson, Angela K; Schweiger, Julia A.; Cooper, Benjamin P.; Selke, Gregg. "Abnormalities in Glucose Regulation During Antipsychotic Treatment of Schizophrenia" *Archives of General Psychiatry*/Vol 59, April 2002
- Regenold, W.T., Thapar, R.K., Marano, D., Gavirneni, S., Kondapavuluru, P.V. "Increased Prevalence of Type 2 Diabetes Mellitus Among Psychiatric Inpatients with Bipolar I Affective and Schizoaffective Disorders Independent of Psychotropic Drug Use." Erratum in: *J. Affect Disorders* 2003; 73(3):301-2, *J. Affect Disorders* 2002; 70:19-26.
- Roper, Nick A.; Bilous, Rudy W.; Kelly, William F.; Unwin, Nigel C.; Connolly, Vincent M.: "Excess Mortality in a Population with Diabetes and the Impact of Material Deprivation: Longitudinal, Population Based Study" in *British Medical Journal*, Volume 322, 9 June 2001.
- Rubin, Richard R. "Diabetes and Depression" on LifeScan One Touch website by Johnson & Johnson. Materials provided by Dr. Rubin through Johns Hopkins Health Center. October 2002. www.lifescan.com/care/rubin/articles/depression.
- Ryan, Martina C.M.; Flanagan, Susan; Kinsella, Una; Keeling, Frank; Thakore, Jogin H. "The Effects of Atypical Antipsychotics on Visceral Fat Distribution in First Episode, Drug-naïve Patients with Schizophrenia" in *Life Sciences* 74 (2004) 1999-2008.
- Watkins, Carol E. Northern County Psychiatric Associates, Psychiatric Services for Children, Adolescents, Adults, and Families. Baltimore, Maryland.
- Weiden, Peter. "Weight Gain and Diabetes Risk with Psychiatric Medications" in *New York City Voices*, Vol. VIII, No. 4, October-December 2003. Pp. 14-15.
- Woolston, Chris. "Depression and Diabetes" on BlueCross/Blue Shield's *A Healthy Me* website at www.ahealthyme.com. January 28, 2003.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

La Dépression et le diabète

American Diabetes Association

Il est normal de se sentir dépressif de temps à autre. Mais certains d'entre nous ressentent une mélancolie qui perdure. La vie semble faite de désespoir. Cet état d'esprit, ressenti pendant la plus grande partie de la journée, pendant deux semaines ou plus, est le signe d'une dépression grave.

La plupart des diabétiques ne souffrent pas, par définition, de dépression. Mais selon les études réalisées, les diabétiques courent un plus grand risque de dépression que les non diabétiques. Et l'on ignore la raison de cet état de fait.

Le stress de la gestion du diabète au quotidien s'accumule. Le diabétique se sent isolé ou différent de ses amis et de sa famille en raison des soins nécessaires.

Si vous êtes confronté aux complications du diabète, par exemple des lésions des nerfs, ou si vous avez des difficultés à maintenir une bonne glycémie, vous pouvez avoir l'impression que votre diabète vous échappe. Une simple tension entre votre médecin et vous peut vous irriter et vous consterner.

Tout comme la dénégation, la dépression peut entraîner un cercle vicieux et bloquer les soins auto-administrés. Si vous êtes dépressif et n'avez pas d'énergie, il est possible que les tâches ordinaires, par exemple les prélèvements réguliers de sang, vous semblent démesurés. Si vous êtes angoissé, votre réflexion se trouve faussée et il est difficile, par exemple, de suivre un bon régime alimentaire. Vous pouvez même perdre tout appétit. Ce qui, bien sûr, affecte votre glycémie.

Que faire ?

La première étape consiste à repérer la dépression. La deuxième étape sera de se faire soigner. Si vous vous sentez dépressif, vous avez le « blues » ou vous êtes vraiment « mal », voyez si ces symptômes s'appliquent à vous :

- **Perte de joie de vivre :** vous ne vous intéressez plus aux choses auxquelles vous vous intéressiez auparavant.
- **Changement de schémas du sommeil:** vous avez du mal à vous endormir, vous vous réveillez souvent pendant la nuit ou vous avez envie de dormir plus que d'habitude, y compris pendant la journée.
- **Réveil précoce:** vous vous réveillez plus tôt que d'habitude et vous n'arrivez pas à vous rendormir.
- **Changement d'appétit:** vous mangez plus, ou moins, que d'habitude, d'où une perte de poids ou une prise de poids rapides.
- **Difficulté de concentration:** vous n'arrivez pas à regarder une émission de télévision ou à lire un article jusqu'au bout parce que vos pensées ou vos sentiments vous envahissent.
- **Perte d'énergie:** vous vous sentez fatigué tout le temps.
- **Nervosité:** vous vous sentez tellement angoissé que vous n'arrivez pas à tenir en place.
- **Sentiment de culpabilité:** vous avez l'impression de ne jamais rien faire « comme il faut » et vous pensez que vous pesez aux autres.
- **Tristesse matinale:** vous vous sentez plus mal le matin que le reste de la journée.
- **Pensées suicidaires:** vous avez l'impression de vouloir mourir ou vous pensez à divers moyens de vous faire du mal.

Si vous ressentez trois, ou davantage, de ces symptômes, ou si vous en ressentez un ou deux mais que vous vous sentez mal depuis deux semaines ou davantage, le moment est venu de consulter un médecin.

Se faire soigner

Si vous ressentez des symptômes de dépression, ne vous refermez pas sur vous-même. Premièrement, parlez-en à votre médecin. Il peut y avoir une cause physique de cette dépression.

Le diabète mal contrôlé peut produire des symptômes qui ressemblent à une dépression. Pendant la journée, une hyperglycémie ou une hypoglycémie peut entraîner la fatigue ou l'anxiété. Une hypoglycémie produit la faim et une consommation alimentaire exagérée. Si votre hypoglycémie se produit la nuit, elle perturbe le sommeil. Si votre hyperglycémie se produit la nuit, vous vous lèverez souvent pour uriner et vous sentirez fatigué pendant la journée.

Quelques autres causes physiques de dépression :

- Consommation excessive d'alcool et toxicomanie
- Problèmes thyroïdiens
- Effets secondaires de certains médicaments

N'arrêtez pas la prise d'un médicament sans en parler à votre médecin. Il sera en mesure de vous aider à repérer si un problème physique se trouve à la base de votre lassitude.

Si votre médecin et vous éliminez toute cause physique, votre médecin pourra sans doute vous aiguiller vers un spécialiste. Vous vous adresserez par exemple à un psychiatre, un psychologue, une infirmière psychiatrique, une assistante sociale clinique ou un conseiller professionnel. D'ailleurs, votre médecin est peut-être déjà en contact avec des professionnels de la santé mentale qui font partie d'une équipe de traitement du diabète.

Tous ces professionnels de la santé mentale vous guideront pour éviter les écueils de la dépression. Dans l'ensemble, il existe deux types de traitements : la psychothérapie ou les consultations-conseil, et les antidépresseurs.

La psychothérapie avec un psychothérapeute vous aider à examiner les problèmes qui entraînent la dépression. Vous pourrez également trouver des moyens pour atténuer le problème. La psychothérapie peut être de courte ou de longue durée. Il convient que vous vous sentiez à l'aise avec le psychothérapeute que vous choisirez.

Si les médicaments sont conseillés, il vous faudra consulter un psychiatre (un médecin, formé spécialement dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux). Les psychiatres sont les seuls professionnels de la santé mentale qui peuvent prescrire des médicaments et traiter les causes physiques de la dépression.

Si vous optez pour les antidépresseurs, adressez-vous à un psychiatre et à votre médecin principal pour parler des effets secondaires, notamment en quoi ces médicaments auront un effet sur votre glycémie. Assurez-vous que les médecins en consulteront d'autres en ce qui concerne votre traitement, lorsque nécessaire. De nombreux patients réagissent bien aux médicaments conjugués à une psychothérapie.

Si vous ressentez des symptômes de dépression, n'attendez pas trop longtemps pour vous faire soigner. Si votre médecin ne peut vous aiguiller vers un médecin de la santé mentale, contactez l'association psychiatrique locale ou le département de psychiatrie d'une faculté de médecin, ou encore le service local des associations des professionnels de la psychiatrie, psychologues ou conseillers de la santé mentale.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

MÉTABOLISME ET TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES : UNE QUESTION D'INTÉRÊT CROISSANT

La mise au point des antipsychotiques de deuxième génération (ADG) se situe parmi les nombreux progrès de ces dix dernières années dans l'explication et le traitement de des troubles mentaux et comportementaux graves, notamment la schizophrénie et la dépression. Alors que ces nouveaux médicaments sont accessibles aujourd'hui et offrent des résultats de traitement améliorés, leur utilisation augmente rapidement. Les ADG présentent de nombreux avantages par rapport à leurs prédécesseurs, mais selon certains comptes-rendus, leur utilisation s'accompagne de problèmes physiques négatifs, notamment une surcharge pondérale, le diabète et une augmentation du cholestérol à lipoprotéines de basse densité (LDL) et des triglycérides, ainsi qu'une chute du cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL) (*Diabetes Care* 27 : 596-601, 2004).

Une rapide consultation du Web prouve sans difficulté l'intérêt des médias, la préoccupation publique et l'intérêt des instances gouvernementales à la suite de l'information diffusée sur ces facteurs de risques négatifs et éventuellement nocifs associés avec ces ADG prescrits pour le traitement des troubles mentaux. La question de savoir si les schizophrènes traités aux ADG, et c'est le principal sujet de préoccupation, courent un risque accru de diabète en raison de ces médicaments. L'intérêt porté à cette question est d'autant rehaussé en raison de l'incidence élevée de l'obésité, et d'autres problèmes de santé physique souvent méconnus et laissés sans traitement, chez les malades souffrant de graves troubles mentaux, et en raison du lien étroit entre l'obésité, le diabète, la dyslipidémie et les maladies cardiovasculaires.

Pour mieux saisir le lien entre les ADG et le développement de ces facteurs de risque importants, l'American Diabetes Association, l'American Psychiatric Association, l'American Association of Clinical Endocrinologists et la North America Association for the Study of Obesity ont organisé une conférence des recommandations en médecine préventive, en novembre 2003, sur les médicaments anti-psychotiques et le diabète (*Diabetes Care* 27:596-601, 2004).

Cette conférence des recommandations en médecine préventive a abordé ces cinq questions fondamentales :

- (1) Quelle est l'utilisation actuelle des médicaments antipsychotiques?
- (2) Quelle est la prévalence de l'obésité, du pré-diabète et du diabète II dans les populations auxquelles les ADG sont prescrits?
- (3) Quel est le rapport entre la prise de ces médicaments et l'incidence de l'obésité ou du diabète?
- (4) Étant donné les risques identifiés, comment conviendrait-il de suivre les patients pour relever l'apparition de la surcharge pondérale, de la dyslipidémie et du diabète et comment convient-il de les soigner en cas d'apparition du diabète?
- (5) Quelle est la recherche nécessaire pour mieux comprendre le rapport entre ces médicaments et la surcharge pondérale, la dyslipidémie et le diabète?

À l'étude de ces questions, un certain nombre de résultats et de recommandations ont été avancés, notamment :

- (1) "Dans l'ensemble, la quantité limitée de données épidémiologiques indique une prévalence accrue de l'obésité, une intolérance accrue au glucose et du diabète II chez les malades souffrant de troubles psychiatriques. L'on ignore si c'est une fonction de la maladie elle-même ou du traitement. Des études, comportant un diagnostic exact de l'intolérance au glucose et une description plus complète des facteurs de risque, sont nécessaires pour résoudre cette question (*Diabetes Care* 27 :596, 2004).
- (2) "Étant donné les risques graves pour la santé, il conviendrait que les patients qui prennent des ADG bénéficient d'un examen médical de base, approprié, et d'un suivi permanent. Le groupe de travail recommande que les mesures de dépistage de base soient obtenues avant, ou dès que cliniquement possible après, le début du traitement avec des médicaments antipsychotiques, notamment les antécédents personnels et familiaux concernant l'obésité, le diabète, etc., le poids et la taille, le tour de taille, la pression artérielle, la glycémie à jeun et le profil lipidique à jeun" (*Diabetes Care* 27 :596, 2004).

- (3) “Le groupe de travail recommande que des services-conseil sur la nutrition et l'activité physique soient fournis à tous les patients qui souffrent de surcharge pondérale ou d'obésité, notamment s'ils commencent un traitement avec des ADG qui sont associés à une prise de poids importante. Un aiguillage vers un professionnel de la santé ou un programme spécialisé dans la gestion du poids pourrait également être approprié ». (*Diabetes Care* 27 :596, 2004).

En résumé, le groupe de travail a recommandé :

- Tenir compte des risques métaboliques en commençant un traitement aux ADG
- Assurer l'éducation des patients, des familles et des soignants
- Dépistage de base
- Suivi régulier
- Aiguillage vers des services spécialisé, lorsque approprié.

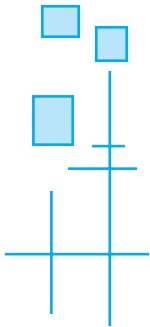
Dans sa déclaration récapitulative, le groupe de travail concluait : « Les ADG sont très utiles pour un grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques. À l'instar de tous les médicaments, les ADG s'accompagnent d'effets secondaires indésirables. Le risque accru d'obésité, de diabète et de dyslipidémie constitue une pléiade d'effets néfastes. L'étiologie de risque accru d'anomalies pondérales est incertaine, mais leur prévalence semble liée à une prise de poids que l'on voit souvent chez les patients soignés aux ADG... Ces trois pathologies néfastes sont étroitement liées et leur prévalence semble différente selon l'ADG prescrit. .. Le choix d'un ADG pour un patient spécifique est tributaire de plusieurs facteurs. La probabilité de l'apparition d'un trouble métabolique grave sera une considération importante. Lors de la prescription d'un ADG, il convient de prévoir un examen de base et un suivi permanent ce qui est essentiel pour atténuer la probabilité d'apparition de complications : maladies cardiovasculaires, diabète ou autres complications du diabète » (*Diabetes Care* 27 :596, 2004).

Référence:

“Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes”: *Diabetes Care* 27:596-601m 2004 © American Diabetes Association, Inc. WEB Citation: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/27/2/596>

“Même pour les médicaments qui s'accompagnent d'un risque accru d'effets secondaires, leurs avantages pour des patients spécifiques peuvent surpasser les risques potentiels. Par exemple, la clozapine possède des avantages uniques pour les patients réfractaires aux traitements et pour ceux qui présentent un risque grave de comportement suicidaire. Puisque la réponse au traitement dans le cas de nombreux troubles psychiatriques est hétérogène et imprévisible, les médecins et les patients pourront tirer parti de la disponibilité d'une vaste gamme d'agents thérapeutiques différents.”

Le Cancer et les troubles mentaux



Un diagnostic de cancer mène parfois à la dépression et à l'angoisse, ce qui a une profonde incidence sur la santé de la personne qui fait face à cette maladie. Selon les études, l'absence de traitement dans cette situation prolonge la durée de l'hospitalisation, entrave l'efficacité du traitement et, enfin, diminue les chances de survie. Le traitement, en revanche, aurait une incidence positive sur la qualité de vie du malade et réduire le nombre de visites à l'hôpital, tout en augmentant les chances de survie. Il est important que les cancéreux aient recours à des soins précoces : ils conviendrait que les cliniciens et les oncologues soient en mesure d'identifier les symptômes de troubles mentaux chez leurs patients.

Le Dr Ray Berard (Afrique du Sud), relève toutefois qu'un oncologue a rarement le temps de procéder à une évaluation de santé mentale aussi approfondie qu'un professionnel de la santé mentale, lorsqu'il établit son diagnostic. Il recommande l'élaboration d'une méthode rapide, aux fins de dépistage, mais il convient qu'elle soit exacte pour permettre une évaluation véritable. Selon lui, il existe trois obstacles principaux entravant le traitement efficace de la dépression et de l'angoisse chez les cancéreux : 1) la difficulté de diagnostic car les symptômes chez le cancéreux de la dépression et de l'anxiété se chevauchent souvent, 2) le clinicien n'a pas toujours le temps d'effectuer évaluation d'un trouble psychiatrique, et 3) il n'existe tout simplement pas suffisamment de données d'essais cliniques concernant les stratégies psychiatriques pour faire face à la dépression et à l'angoisse dans les traitements oncologiques.

Il conviendrait que l'évaluation de la dépression chez les cancéreux englobe les éléments suivants :

- Une évaluation soigneuse de ce que la personne pense du diagnostic
- Les antécédents médicaux
- Les antécédents personnels ou familiaux de dépression ou de suicide
- La situation mentale actuelle
- La condition physique
- Les effets secondaires des soins et de la maladie
- Les autres formes de stress de la vie du cancéreux
- L'appui à la disposition du patient.

Si le patient parle de suicide, il est important d'étudier la gravité de ces paroles pour s'assurer que la vie du patient n'est pas en danger. Les cas de suicide chez les cancéreux suivant un traitement contre le cancer serait dix fois plus nombreux que les suicides dans la population générale.

Les patients qui sont confrontés à un diagnostic de cancer ressentent différents niveaux de stress et de perturbation affective. La peur de la mort, la disparition des plans d'avenir, le changement de la perception corporelle et de l'amour-propre, le changement des fonctions sociales et du mode de vie, les préoccupations financières et juridiques constituent des questions importantes dans la vie de tout cancéreux. La tristesse et l'affliction sont des réactions normales face au cancer et nous les ressentons tous, par intermittence. Il est important toutefois de faire le distinguo entre une tristesse « normale » et la dépression clinique (OMS 2001, figure 1.3). Certaines personnes éprouvent plus de difficulté à s'adapter au diagnostic d'un cancer que d'autres et devront bénéficier d'un appui pour ce faire.

Bien entendu, il existe ceux qui ont des troubles mentaux au préalable de découvrir qu'ils ont un cancer. Selon une étude, les femmes chez lesquelles l'on vient de diagnostiquer une dépression courent davantage de risque de traitement non-indiqué et leurs statistiques de survie s'aggravent à la suite du diagnostic d'un cancer du sein. Selon certaines hypothèses, cela s'appliquerait également à d'autres formes de cancer.

À la découverte d'un cancer, les malades ressentent l'incrédulité, la dénégation ou le désespoir. Divers symptômes psychologiques qui surgissent alors diminuent d'ordinaire au fur et à mesure que la personne d'accoutume au diagnostic, ce qui est prouvé par la participation active de la personne aux activités quotidiennes et aux fonctions normales d'époux, de parent, d'employé, etc.. Les services-conseil sont bénéfiques pour tous les patients, mais lorsque les symptômes sont intenses et de longue durée, des soins plus intensifs sont importants. Selon une étude concernant les femmes atteintes du cancer du sein, les patientes qui ont pris part à des réunions de groupe de soutien ont vécu, en moyenne, 18 mois plus longtemps que les autres.

La dépression touche environ 25% de tous les cancéreux et atteint le système immunitaire des cancéreux, ce qui affaiblit la capacité du corps à faire face à la maladie. Les personnes qui sont atteintes d'une dépression et d'un cancer font face à toute une série de difficultés : détresse, difficulté face aux tâches de tous les jours et difficulté à suivre les conseils des médecins. Selon les médecins, la dépression, si elle n'est pas soignée, réduit la durée de vie du cancéreux. Il convient de noter que certains symptômes de la dépression sont analogues aux symptômes

Les personnes atteintes de dépression chronique pendant six ans, au minimum, courent un risque plus élevé (88%) de contracter le cancer dans les quatre ans qui suivent.

U.S. National Institute on Aging

produits par les traitements contre le cancer : fatigue, manque de concentration, insomnie et perte d'appétit. Il est donc particulièrement important d'établir un diagnostic clair, pour que la dépression ne reste pas dissimulée.

Il est particulièrement important, pour établir ce diagnostic, que les professionnels de la santé mentale soient en rapport avec les oncologues. Il est également important de ne pas compliquer le traitement d'une maladie par les soins d'une autre, notamment lorsqu'il s'agit de prendre des médicaments. Dans certains cas, toutefois, les antidépresseurs possèdent des aspects analgésiques, bénéfiques pour les cancéreux. Quel que soit le traitement, les cliniciens doivent adopter une démarche proactive et s'assurer que la thérapie correspond aux besoins de chaque malade, selon ses besoins cliniques. Toutefois, Dr Berard précise : « Chez tous les malades du cancer, quel que soit le type de cancer ou son stade, l'élément commun reste la nécessité d'une gestion appropriée de leur stress psychologique ».

La question de savoir si la dépression est un facteur causal du cancer reste à l'étude, mais selon certains éléments probants, il semblerait que cette association soit véritable. Le National Institute of Ageing a récemment secoué le monde médical avec les résultats d'une étude qui a suivi 4.825 personnes, de 71 ans et plus. Selon les chercheurs, les personnes souffrant de dépression clinique depuis six ans au minimum présentent de plus grands risques (88%) d'apparition d'un cancer dans les quatre années qui ont suivi. Selon l'hypothèse des chercheurs, la dépression pourrait alimenter le cancer en endommageant les lymphocytes T et d'autres éléments corporels qui luttent contre la maladie. Mais, toujours selon ces chercheurs, d'autres études sont nécessaires pour établir le rapport de cause à effet.

Les bonnes nouvelles, selon eux : une personne souffrant du cancer et d'une dépression pourra obtenir un traitement contre la dépression, ce qui sera très positif pour le corps. Une étude de Stanford University, sous la direction du Dr David Spiegel, indique les femmes souffrant d'un cancer du sein avancé qui ont pris part à aux réunions hebdomadaires d'un groupe de soutien ont vécu deux fois plus longtemps que les femmes qui ne bénéficiaient pas de cet appui de groupe. Selon le Dr Spiegel, les soins anti-dépressifs chez les cancéreux soulagent non seulement les symptômes de douleur, nausée et fatigue, mais en outre aident les patients à vivre plus longtemps et à bénéficier d'une meilleure qualité de vie.

L'on estime que quelque 25% de tous les cancéreux souffrent de dépression, mais seuls 2% reçoivent un traitement contre la dépression.

Autre tendance tout aussi étonnante, relevée dans une étude ultérieure effectuée sur les personnes souffrant de mélanome malin : les malades prenant part à une thérapie de groupe sont trois fois plus susceptibles de survivre cinq à six ans de plus que les malades n'ayant pas bénéficié de thérapie.

Malheureusement, les traitements de santé mentale nécessaires ne sont pas souvent prévus pour les cancéreux. Selon les estimations, 25% de tous les cancéreux souffrent de dépression, mais seuls 2% reçoivent un traitement contre la dépression. Il existe plusieurs thérapies psychiatriques qui sont opérantes pour traiter la dépression liée au cancer. Ces thérapies sont souvent appliquées conjointement et comprennent les interventions en situation de crise, la psychothérapie et les techniques comportementales/psychologiques. Ces thérapies prennent 3 à 10 sessions et explorent les méthodes pour atténuer le sentiment de détresse, l'amélioration des capacités d'adaptation et de résolution de problème, le recours à l'appui, la reformulation des pensées négatives et défaitistes et l'établissement de liens personnels étroits avec un prestataire de santé compatissant.

Un travail considérable a été réalisé en Asie sur les aspects psychologiques du cancer et son traitement. Le rapport des docteurs Xu Guangwei, Zhang Zongei et Zhu Yunfeng de Pékin (Chine) porte sur les travaux du comité de réadaptation des malades du cancer de l'Association chinoise de lutte contre le cancer, qui se consacre à améliorer la qualité de vie des cancéreux et à appuyer la recherche et le traitement des cancers prédominants, en Chine. Ce comité regroupe les cancéreux selon leur type de cancer et anime un réseau d'entraide pour ceux qui n'auraient sans doute pas d'autre possibilité d'être en contact avec d'autres cancéreux. Le comité offre également des traitements psychologiques, des soins physiques, des conseils nutritionnels et une assistance médicale. L'association taiwanaise Cancer Friends New Life indique que la recherche relève que l'appui social et affectif, ainsi que l'assistance psychologique, aide à la guérison des cancéreux. Les cancéreux ont besoins de services médicaux et de consultations de santé mentale. Pour tout renseignement supplémentaire sur ces travaux, axés sur les thérapies mentales/physiques/spirituelles, consulter la section VI.

Pour produire les résultats les plus positifs, il semble manifeste que le cancer, quel qu'en soit le type, ne peut être traité de façon isolée. Il convient que le médecin traitant, le malade, sa proche famille et les amis qui lui apportent leur appui, examinent soigneusement les questions de santé mentale.

Références :

- Aapro, M.; Cull, A. "Depression in Breast Cancer Patients: The Need for Treatment" in *Ann Oncol.* 1999 June; 10(6): 627-36.
- Akechi, T; Kugaya, A.; Okamura, H.; Nakano, T.; Okuyama, T.; Mikami, I.; Shima, Y. Yamawaki, S.; Uchitomi Y. "Suicidal Thoughts in Cancer Patients: Clinical Experience in Psychooncology. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1999 Oct; 53(5): 569-73.
- "Asian Mental and Physical Treatments" – paper of the Taiwan Cancer Friends New Life Association; www.love-newlife.org.tw.
- Baker, F.; Marcellus D.; Zabora, J.; Polland A.; Jodrey D. "Psychological Distress Among Adult Patients Being Evaluated for Bone Marrow Transplantation" *Psychosomatics.* 1997 Jan-Feb; 38(1): 10-9.
- Berard, Ray M.F. "Depression and Anxiety in Oncology: The Psychiatrist's Perspective" in the *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62 (suppl 8)
- "Depression and Cancer" on the National Institute of Mental Health website: www.nimh.nih.gov/publicat/depcancer.cfm.
- Goldberg, J.A.; Scott, R.N.; Davidson P.M.; Murray G.D.; Stallard, S.; George W.D.; Maguire G.P. "Psychiatric Morbidity in the First Year after Breast Surgery. *European Journal of Surg Oncol.* 1992 Aug; 18(4): 327-31.
- Goodwin, James S.; Zhang, Dong D.; Ostir, Glenn. "Effect of Depression on Diagnosis, Treatment, and Survival of Older Women with Breast Cancer." *Journal of American Geriatrics Society* 52(1): 106-111, 2004.
- Ritterband, LM; Spielberger CD. "Depression in a Cancer Patient Population. *Journal of Clinical Psychol Med Settings.* 2001 Jun; 8(2): 85-93.
- "Supportive Care: Depression" from the National Cancer Institute on *Medem.com* at www.medem.com
- "The Body Mind Connection: Cancer" in *Counseling Notes* at www.counselingnotes.com.
- Valentine AD, Meyers CA. "Cognitive and Mood Disturbance as Causes and Symptoms of Fatigue in Cancer Patients" in *Cancer* 2001 Sep 15; 92 (6 Suppl):1694-8.
- Woolston, Chris. "Depression and Cancer" in BlueCross/Blue Shield's *A Healthy Me* website at www.ahealthyme.com. March 25, 2003.
- Zorn, Marcia; Rowland, Julia; and Varricchio, Claudette. *Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue.* National Library of Medicine Bibliography. July 2002. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/cancersymptoms.pdf>.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

Les Troubles anxieux et le cancer

The National Cancer Institute

L'anxiété est une réaction normale face au cancer, mais elle peut nuire à la qualité de vie du malade et entraver sa capacité à suivre son traitement. L'anxiété se ressent lors des examens de dépistage du cancer, de l'attente des résultats des examens, de la communication du diagnostic, des soins en soi ou de l'attente d'une éventuelle résurgence du cancer. L'anxiété associée au cancer peut amplifier le sentiment de douleur, entraver le sommeil, produire des nausées et des vomissements et restreindre la qualité de vie du malade. Et de sa famille. Sans traitement, l'anxiété profonde peut même abrégé la durée de vie du malade. L'anxiété profonde qui accompagne les traitements contre le cancer est plus susceptible de survenir chez les malades possédant des antécédents anxieux et ceux qui ressentent l'anxiété lors de leur diagnostic. Nombre de médicaments et de traitements contre le cancer peuvent aggraver le sentiment d'anxiété.

Citons quelques troubles de l'anxiété :

- Trouble d'adaptation
- Trouble panique
- Phobies
- Troubles obsessionnels
- Syndrome de stress post-traumatique
- Trouble anxieux généralisé
- Trouble anxieux produit par d'autres troubles médicaux

Trouble d'adaptation : comportements ou humeurs plus extrêmes que celles escomptés en réaction au diagnostic de cancer. Les symptômes en sont une nervosité extrême, l'inquiétude, agitation et incapacité de travailler, d'aller à l'école ou d'être en société.

Trouble panique : ce trouble produit une anxiété intense, l'essoufflement, des étourdissements, la tachycardie, des tremblements, une transpiration intense, des nausées, des picotements et la crainte de « devenir fou ».

Phobies : crainte constante d'une situation ou d'un objet, les malades ressentent une anxiété intense et évitent les situations qui les effraient. Certains cancéreux ont par exemple peur des piqûres ou des espaces confinés comme celui d'une imagerie par résonance magnétique (IRM).

Troubles obsessionnels : la personne a des pensées, des idées ou des images fixes (obsessions) qui s'accompagnent de comportements répétitifs (compulsion). Ces malades ne sont souvent pas à même de suivre jusqu'au bout leur traitement car leurs pensées et leurs comportements les empêchent d'agir normalement. Ces troubles sont rares chez ceux qui n'en sont pas déjà touchés avant leur diagnostic de cancer.

Trouble anxieux généralisé : anxiété constante et extrême chez certains ou encore inquiétudes irréalistes. La personne par exemple s'inquiète de ce que sa famille et ses amis, d'ordinaire très proches, l'abandonneront ou qu'elle ne pourra payer pour les soins. Une personne souffrant d'un trouble anxieux généralisé sera irritable, agitée, tendue, essoufflée, ressentira des palpitations, transpiration, étourdissements et se fatiguera vite.

Le traitement dépend de la manière dont l'anxiété affecte le quotidien du malade. L'anxiété produite par la douleur ou un autre trouble médical, un type précis de tumeur ou à la suite d'effets secondaires d'un médicament, peut être maîtrisée si l'on soigne la cause sous-jacente. Le traitement de l'anxiété commence en renseignant adéquatement le patient et en lui apportant le soutien nécessaire. Des stratégies d'adaptation, par exemple faire en sorte que le patient voie le cancer comme étant un problème à résoudre, en obtenant suffisamment d'informations pour comprendre sa maladie ainsi que les options de soins, et l'utilisation des ressources disponibles et des systèmes d'appui, peuvent permettre d'atténuer l'anxiété. Les patients peuvent également recevoir d'autres soins contre l'anxiété, par exemple la psychothérapie, la thérapie de groupe, la thérapie familiale, les réunions de groupes d'entraide, l'hypnose et les techniques de relaxation ou le biofeedback. L'on peut également adopter des soins par les médicaments, seuls ou conjugués à ces différentes méthodes.

Lorsque les soins contre le cancer sont parachevés, le rescapé du cancer peut faire face à de nouvelles anxiétés : en retournant au travail lorsqu'on leur posera des questions sur le cancer, ou face à des problèmes financiers. Un rescapé peut également craindre les examens de suivi et les résultats des examens, ou encore craindre un retour du cancer. Les rescapés du cancer ressentent une anxiété pour diverses raisons : changement de l'image corporelle, difficultés sexuelles, problèmes de procréation et stress post-traumatisme. Les programmes pour les rescapés, les groupes d'entraide, les services-conseil et d'autres ressources existent pour les aider à se réadapter à la vie à la suite du cancer.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

La Relation entre le corps et l'esprit : le cancer

Note-conseil

Chaque année, des milliers de personnes se voient communiquer un diagnostic de cancer. Aux Etats-Unis, par exemple, 185.000 femmes reçoivent, avec stupéfaction, un diagnostic de cancer du sein et plus de 75% d'entre elles ne présentaient aucun facteur de risque connu.

L'incertitude et la détresse qui accompagnent ce diagnostic perdurent longtemps après cette première visite chez le médecin. Le traitement du cancer est un processus long, comportant des problèmes et des difficultés inconnus jusque-là. Les familles, le travail et les relations sociales en sont souvent affectées. La fatigue, le stress, l'anxiété et la dépression apparaissent parfois. Il est normal de se sentir dépassé par les événements en entendant ces nouvelles, pénibles. Il est également important de s'assurer de se donner les outils et l'aide nécessaire pour y faire face. Les services-conseil sont utiles pour :

- S'adapter au diagnostic
- S'adapter au traitement
- Accepter l'incidence du cancer sur la vie
- Faire face à la dépression dont s'accompagne souvent le cancer

Outils pour le corps

- Régime alimentaire : il s'agit d'une bonne nutrition. Des repas équilibrés, riches en vitamines et en éléments nutritifs.
- Sommeil : lorsque le corps est sollicité dans la lutte contre le cancer, vous avez besoin de davantage de sommeil. Il convient d'établir de bonnes habitudes de sommeil, pour donner au corps le repos dont il a besoin.
- Exercice physique : consultez votre médecin pour qu'il vous donne un programme d'exercice physique qui vous conviendra. L'exercice physique aide à digérer, il diminue le stress, il combat la dépression et peut vous aider à mieux dormir.
- Habitudes saines: l'alcool, le tabagisme, la caféine et les médicaments viennent s'ajouter aux problèmes. Vous avez suffisamment de problèmes auxquels il faut faire face pour ne pas ajouter aux difficultés de votre corps.

Outils pour l'esprit :

Un grand nombre de cancéreux ressent des symptômes dépressifs. La dépression entrave la lutte positive contre la maladie et la morbidité. La dépression amène à rater des rendez-vous, à ne pas suivre les conseils du médecin et à moins avoir recours au soutien social.

Les professionnels de la santé mentale peuvent enseigner aux cancéreux comment faire face aux modifications physiques, affectives et de mode de vie. Les stratégies de résolutions des problèmes servent aux fins suivantes :

- Faire le point sur la peur et l'affliction
- Décider comment expliquer la maladie aux enfants et aux familles
- Poser des questions décidées lors des visites médicales. Si vous êtes totalement investi dans les choix et le traitement, vous comprendrez mieux votre cancer et votre traitement, et vous serez plus disposé à coopérer aux actions nécessaires pour votre rétablissement
- Décider des options de traitement et choisir l'hôpital
- Gérer le stress : le stress atténue la capacité du corps à se protéger, il est donc logique d'apprendre à gérer le stress et à s'adapter
- Les services-conseil pour les familles et les particuliers apportent un appui pratique et affectif aux poux, enfants, parents et amis.

- Les exercices de relaxation et de visualisation atténuent les nausées et les vomissements qui accompagnent la chimiothérapie.

La thérapie cognitivo-comportementale facilite la compréhension et la modification des schémas de pensée et des comportements habituels. La conjugaison des traitements individuels et de groupe est parfois très indiquée, selon les préférences des personnes. Les groupes offrent la possibilité de donner et de recevoir un appui affectif et de tirer enseignement de l'expérience d'autres cancéreux.

Outils spirituels :

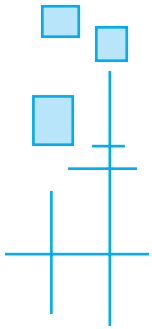
La guérison affective prend souvent plus longtemps que la guérison physique et est d'ordinaire moins prévisible. Bien que notre société presse les rescapés du cancer à revenir rapidement à la normale, il leur faut du temps pour se créer une nouvelle image de soi, englobant ce vécu et les changements subis par leur corps.

Puisque l'on ne peut changer le diagnostic, la meilleure option semble être de trouver un moyen pour faire de cette expérience une possibilité de développement personnel, valorisant. La recherche de la signification de l'existence ou de la vie est une recherche qui apporte développement et équilibre spirituels. Il nous incombe de décider de notre propre cap et de faire alors le premier pas sur ce chemin. Il existe autant de voies que d'êtres humains et tout autant de manières de faire ce chemin. La méditation, la relaxation et la visualisation constituent de bons moyens pour prendre cette route.

2004 world mental health day

Les Maladies cardiovasculaires October 10, 2004

et les troubles mentaux



Près d'une personne sur cinq traverse un épisode de dépression grave dans la vie. Ce chiffre augmente et atteint une personne sur deux en ce qui concerne les cardiaques. À tout moment, trois à cinq pour cent de la population sont dépressifs, contre 18% des cardiaques. Le risque de troubles cardiaques est deux fois plus grand chez les personnes souffrant de dépression.

Le stress mental et la dépression ont parfois une incidence profonde sur les maladies cardiovasculaires, à titre de facteur causal, puis d'incidence sur la récupération. Selon les études, le stress mental augmente les besoins en oxygène car la tension artérielle et le pouls sont élevés, selon le Dr David S. Sheps du Centre des sciences de la santé de l'université de la Floride. Une étude de l'université de l'Ohio, effectuée auprès de 8.000 sujets, relève que 70% des hommes dépressifs sont plus susceptibles de contracter une cardiopathie. Chez les femmes, ce chiffre n'est que de 12%, mais dans les cas de dépression grave, il se monte à 78%. Selon une étude britannique effectuée auprès de 5.623 malades, les hommes dépressifs sont trois fois plus susceptibles de subir des troubles cardiaques à la suite d'une obstruction artérielle et courent de plus grands risques d'épisodes ultérieurs que ceux qui ne sont pas dépressifs. Plus les crises cardiaques sont nombreuses, plus la personne concernée court le risque de dépression, ce qui a sans doute une incidence sur les artères et le cœur. Il s'agit d'un cercle vicieux.

Environ la moitié des malades cardiaques traversent un épisode de dépression grave. Le risque de cardiopathie est multiplié par deux chez ceux qui sont dépressifs.

Selon Rutledge, un niveau élevé de détresse psychologique chez les femmes, et il existe des éléments probants à cet effet, est associé à un risque plus élevé de troubles artériels coronaires et d'un diagnostic plus difficile. Selon de nombreux rapports, la moment le plus dangereux de début d'une maladie coronaire chez les femmes se situe après la ménopause, cette étude indique qu'il s'agit d'une maladie qui découle d'une accumulation de stress de toute une vie et les facteurs psychologiques et comportementaux affectent le potentiel de morbidité bien avant la ménopause. Selon de récentes études, les femmes présentant les plus hauts niveaux de colère et de symptômes de dépression sont plus à même de fumer, de trop boire d'alcool, de souffrir de surcharge pondérale et de posséder de faibles niveaux de « bon » cholestérol. Ce qui indique que les symptômes psychologiques chez les femmes augmenteraient directement leurs risques de maladie cardiovasculaire, en raison de changements biologiques, ou indirectement en raison de comportements vitaux malsains. Les facteurs psychologiques sont ici exclusifs aux femmes et ont un effet chez les femmes avant la ménopause en compromettant la fonction ovarienne. Le stress produit certains changements qui entraînent une baisse des estrogènes, l'hormone qui est censée apporter une certaine protection contre les maladies coronaires.

Les Japonaises qui subissent un degré élevé de stress mental courent deux fois plus de risques d'accident cérébrovasculaire et cardiaque mortels, que celles vivant un stress peu élevé. Les chercheurs, sous la direction du Dr Hiroyaso Iso (Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk), ont analysé les données de 30.180 hommes et 43.244 femmes, de 40 à 79 ans et relèvent que 8.656 femmes et 6.891 hommes signalent un stress mental élevé. Après ajustement des facteurs de risque cardiovasculaire et des variables psychologiques, les femmes du groupe de stress élevé courent 2,4 fois plus de risques d'accident vasculaire cérébral et 2,28 plus élevé de cardiopathie coronaire, ainsi qu'un risque 1,64 plus élevé d'accident cardiovasculaire mortel. Les femmes du groupe de stress élevé, dans cette étude, sont de cinq ans plus jeunes, plus instruites, plus sédentaires et possèdent un indice de masse corporelle moyen inférieur aux femmes du groupe au stress mental moins élevé. Elles possèdent également des antécédents de diabète et d'hypertension que ne possède pas le second groupe. Ces femmes sont également plus susceptibles d'être irritées, pressées, désespérées et insatisfaites.

Une association analogue existe également chez les hommes, selon cette étude japonaise, entre le stress mental et la crise cardiaque. Les hommes souffrant de stress moyen ou élevé courent un risque 7,64 fois plus important de crise cardiaque, après rectification des facteurs physiques de risque cardiovasculaire.

Le Center for Disease contrôle aux Etats-Unis a entrepris une étude de 3.000 hommes, dont la pression artérielle est normale, sur 16 ans de suivi : l'enquête révèle que l'anxiété et la dépression multiplient par deux ou par trois le risque d'hypertension. L'étude de Johns Hopkins Precursors Study, qui a suivi 1.190 étudiants de médecine sur 40 ans, indique que les sujets dépressifs présentent une susceptibilité beaucoup plus élevée de cardiopathie coronaire que leurs homologues, et ce risque accru perdure jusqu'à dix ans après l'épisode de dépression. Le journal « Psychosomatic Medicine » (mars 2001) présente des éléments probants indiquant que chez les hypertendus, des antécédents de dépression augmentent sensiblement le risque de cardiopathie. D'ailleurs les dépressifs, courent deux fois plus de risques de crise cardiaque que ceux sans antécédents de dépression. Une autre étude de longue durée (National Health and Nutrition Examination Survey) indique que le risque de cardiopathie chez 5.000 femmes est deux fois plus élevé pour celles souffrant de dépression, bien que le risque de décès pour des raisons cardiaques ne soit pas affecté par la dépression. Le risque de cardiopathie chez les hommes est également près de deux fois plus élevé chez les dépressifs, alors que le risque de décès en raison de la cardiopathie est beaucoup plus élevé.

L'anxiété et la dépression multiplient par deux ou par trois le risque d'hypertension, raison principale de la maladie cardiovasculaire

– U.S. Center for Disease Control

Une étude effectuée par le Duke University Medical Center indique que des symptômes de dépression légère à modérée, associée à des sentiments d'hostilité chez les hommes en bonne santé produisent l'augmentation d'une certaine protéine (IL-6) associée aux occlusions artérielles et à un risque élevé de crise cardiaque. Quatre-vingt-dix hommes, non fumeurs, en bonne santé, de 18 à 45 ans ont répondu à deux questionnaires visant à déterminer leur niveau de symptômes dépressif et d'hostilité. Pour ceux qui présentaient les plus symptômes les plus marqués, leur niveau d'IL-6 était deux à cinq fois plus élevé que chez ceux dont les résultats étaient moins élevés.

D'autres études indiquent que la détresse psychologique et la solitude entraînent une tension grave pour le cœur et peuvent faire des victimes chez les rescapés des cardiopathies. Le Dr Dean Ornish précise dans son ouvrage « Love and Survival : The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy » : « Chez les malades cardiaques, la dépression est un aussi bon facteur de prévision d'un décès imminent que le tabagisme, l'obésité ou une crise cardiaque antérieure. Toutes les études indiquent que ceux qui sont solitaires, dépressifs et isolés sont trois à cinq fois plus susceptibles de mourir prématurément que ceux qui ont des liens affectifs ».

Les chercheurs de l'Institut cardiaque de Montréal ont suivi 222 rescapés d'un infarctus et, selon leur étude, les dépressifs étaient six fois plus susceptibles que les autres de mourir dans les six mois qui suivaient leur crise cardiaque. Ces chercheurs ont ensuite relevé que la dépression entraîne une multiplication par huit des décès dans les 18 mois qui suivent la crise cardiaque. Dans une étude réalisée par Duke University, auprès de 1.400 hommes et femmes souffrant au minimum d'une occlusion artérielle grave, les malades non mariés, sans amis proches, étaient trois fois plus susceptibles que les autres de mourir dans les cinq années suivantes.

Une étude de Johns Hopkins University démontre que la dépression aide peut-être au démarrage de la cardiopathie. Cette étude sur 13 ans, auprès de 1.500 sujets, relève qu'un épisode de dépression augmente le risque de crise cardiaque de plus de quatre fois, même si l'on tient compte du tabagisme et d'autres facteurs. Cela démontre que la dépression en soi est très nuisible pour le cœur. Pourquoi ? La dépression semble atténuer les hauts et les bas des battements du cœur, indiquant que cet organe est peut-être plus faible et moins souple. La détresse mentale tend à encourager les globules sanguins à s'agglomérer, ce qui peut signaler de début d'un caillot.

Il a été démontré que les femmes post-ménopausiques qui présentent des symptômes de dépression courent un risque accru de 50% de contracter ou de mourir d'une maladie cardiovasculaire par rapport aux femmes qui n'ont pas de symptômes dépressifs. Dans une étude portant sur 93.000 femmes post-ménopausiques, 15,8% présentaient des symptômes dépressifs.

Une étude danoise a suivi 730 hommes et femmes, tous nés en 1914, testés en 1964 et à nouveau en 1974, pour les symptômes physiques et psychologiques de la dépression. Les sujets présentant des symptômes dépressifs élevés possédaient un risque de 70% plus élevé de crise cardiaque et, d'ailleurs, les sujets présentant des signes de dépression au début de l'étude étaient de 60% plus susceptibles de décéder précocement, quelle qu'en soit la cause.

Ce qui mène à étudier les effets de la dépression et du stress sur la gestion des maladies cardiovasculaires et la rétablissement. Selon les estimations, les dépressifs graves sont deux à quatre fois plus susceptibles de décéder dans les mois qui suivent un infarctus ou une occlusion de la circulation d'un organe vital, entraînant une mort tissulaire. Il semble donc que les êtres humains, en particulier les femmes, tireraient parti de programmes d'interventions contre la dépression, à l'échelon hospitalier. Ce serait particulièrement à l'avantage des femmes car elles sont plus susceptibles de correspondre aux critères de dépression et elles courent donc davantage de risques de complication et même de décès. Les études prouvent que les traitements psychologiques qui réduisent le stress peuvent également réduire le nombre de ré-hospitalisations et de décès. Les hommes et les femmes réagissent favorablement à ces programmes.

Il a également été prouvé que les personnes qui reçoivent des soins contre la dépression à la suite d'un accident vasculaire cérébral ont de plus grandes chances de rétablir leurs facultés mentales, qui sont souvent endommagées lors de l'apoplexie, notamment le sens de l'orientation, la mémoire, les capacités linguistiques et la coordination œil-main.

Une étude démontre que les déficiences mentales à la suite d'un accident cérébrovasculaire ont deux causes:

- Dégâts physiques produits par l'accident cérébrovasculaire,
- Dépression post-accident cérébrovasculaire.

En outre, l'on a découvert que les programmes de gestion du stress réduisent de 74% la nécessité d'une opération cardiaque et les risques de crise cardiaque des malades cardiaques. Il existe également un motif d'optimisme concernant la théorie selon laquelle les antidépresseurs permettent de contrecarrer les cardiopathies. Un psychiatre de la faculté de médecine d'Emory University a découvert que le fait de prescrire ce type de médicament aux rescapés des crises cardiaques rend leurs thrombocytes moins « gluants », d'où une réduction des risques de caillots sanguins.

La dépression est courante chez les rescapés des crises cardiaques et des formes importants de dépression perdurent chez la majorité d'entre eux. Une fois sortis de l'hôpital, les malades doivent souvent prendre de nouveaux médicaments, cesser de fumer et changer de mode de vie. Il est possible qu'ils aient perdu leur emploi, qu'ils s'inquiètent de l'effet des activités normales sur leur cœur et qu'ils doivent se rendre fréquemment chez le médecin. Ces changements peuvent produire l'anxiété, un sentiment de dépendance, des inquiétudes pour l'avenir et le désespoir. La capacité de la personne à effectuer les changements nécessaires peut se révéler encore plus difficile si elle souffre de troubles émotifs. Il est vrai qu'en traitant la dépression, la personne devrait être plus active dans les soins qui lui sont dispensés, d'où une meilleure identification, plus précoce, des symptômes cardiaques et le respect plus strict des recommandations visant à réduire les risques d'autres problèmes cardiaques.

La prévention de l'hostilité et de la dépression chroniques est tout aussi importante à apprendre que la cessation du tabagisme, la gestion du cholestérol et l'exercice physique, selon certaines études. Une étude des patients de l'angioplastie transluminale (une opération très demandée où l'on ouvre, grâce à un cathéter fin, une artère pour pouvoir gonfler un ballonnet et faire passer davantage de sang jusqu'au cœur) démontre que chez plus d'un tiers de ces patients, cette procédure doit être répétée dans les six mois qui suivent. La raison est sans doute associée au tempérament du patient.

Mark Goodman, spécialiste de la médecine comportementale, que les malades qui lui ont été envoyés pour suivre une formation de réduction du stress à la suite d'angioplastie répétées, étaient souvent très irrités, hostiles et difficiles à vivre. Selon d'autres études, ces types de personnalités possèdent des niveaux plus élevés d'hormones du stress dans le sang, ce qui amène leurs artères à se contracter et à former des occlusions. Les auteurs d'une étude ont, sur ces bases, mis au point un programme de modification du comportement dans le cadre de la réduction des patients de l'angioplastie, pour les aider à diminuer leur hostilité et, ainsi, réduire les risques d'une autre angioplastie.

L'on a souvent entendu l'expression « pensée positive ». De nombreuses études ont aujourd'hui prouvé qu'il existe des preuves médicales concernant les avantages de cette idée par rapport aux cardiopathies. Malheureusement, il semble que les médecins qui traitent les cardiopathies abordent rarement la possibilité d'une dépression.

D'importants travaux ont été accomplis dans le domaine du rapport entre le stress, la dépression et la cardiopathie. Mais il est important de noter d'autres maladies mentales qui ont également une incidence sur les cardiopathies. Le Dr Michael Davidson de l'université de Tel Aviv (Israël) a étudié le risque de maladies cardiovasculaires et de mort subite chez les schizophrènes. Il a découvert qu'en général les schizophrènes courent un plus grand risque de maladie que la population générale et qu'ils sont deux à quatre fois plus susceptibles de connaître une mort prématurée, au moins dix ans plus tôt que leurs homologues du même âge. L'une des raisons de ces statistiques reste l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Ces médicaments peuvent entraîner une prise de poids ainsi que des changements de la circulation sanguine, qui peuvent provoquer certaines cardiopathies.

Le tabagisme est un facteur de risque prépondérant de la maladie cardiovasculaire et il s'agit d'une habitude courante des schizophrènes. Le tabagisme modifie l'action des médicaments neuroleptiques, ce qui entraîne parfois la nécessité d'administrer des doses plus importantes pour arriver à l'effet désiré. Malheureusement, il semble que les schizophrènes sont moins susceptibles de recevoir des soins adéquats par rapport à la population générale. Ce qui réduit les possibilités de prévention des cardiopathies. Il semble également que les schizophrènes ont un seuil plus élevé de résistance à la douleur, ce qui peut entraver le diagnostic adéquat des douleurs cardiaques. Il est clair que l'absence d'intégration dans le système médical des soins mentaux peut entraîner de nombreux problèmes supplémentaires pour les schizophrènes, ou ceux souffrant d'autres troubles mentaux.

Le diagnostic et le traitement des maladies mentales, conjugués au traitement des maladies cardiovasculaires peuvent beaucoup faire dans le sens d'une issue couronnée de succès dans les deux catégories de maladie. Il convient de ne pas isoler en vase clos l'une par rapport à l'autre si l'on souhaite que le traitement atteigne une efficacité nationale.

Références :

- Angst F., Stassen H.H., Clayton, P.J., Angst, J. "Mortality of patients with Mood Disorders: Follow-up over 34-38 years. *J Affective Disorders* 2002; 68(2-3):167-181.
- Blumenthal, James, Newman, Mark, *et al.* "Depression As A Risk Factor for Mortality After Coronary Artery Bypass Surgery" in the *Lancet*, August 23, 2003.
- Brown, S. "Excess Mortality of Schizophrenia: A Meta-Analysis." *British Journal Psychiatry* 1997;171:502-8.
- Cohen, Hillel W. and Alderman, Michael H. "The Association Between Depression and Cardiovascular Disease in Patients with Hypertension" in *Primary Psychiatry* 2001; 8(7): 39-54.
- Davidson, Michael. "Risk of Cardiovascular Disease and Sudden Death in Schizophrenia" in *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63, suppl. 9.
- "Depression and Heart Disease" on National Institute of Mental Health website at www.nimh.nih.gov.
- "Depression and Heart Disease" on *McMan's Depression and Bipolar Webat* www.mcmanweb.com. July 11, 2003.
- "High Mental Stress Linked with Increased Risk of Cardiovascular Death" in *Circulation: Journal of the American Heart Association*, August 7, 2002.
- "Hostility, Depression May Boost Heart Disease Protein Level" in Aetna IntelliHealth featuring Harvard Medical School's Consumer Health Information, July 31, 2003. www.intelihealth.com.
- "New Study Says People Take Mental Stress to Heart" in *Circulation: Journal of the American Heart Association*, March 25, 2002.
- Ornish, Dean, Love and Survival: The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy. Harper-Collins
- Ösby U, Correia N., Brandt, L. Ekblom, A., Sparen, P., "Mortality and Causes of Death in Schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Res* 2000;45(1-2):21-8.
- Sobel, David S. "Hostility, Depression and Heart Disease" in *Health World Online* at www.healthy.net.
- "Relieving Post-Stroke Depression Also Restores Lost Mental Function in Many Patients" in *Stroke: Journal of the American Heart Association*. July 7, 2000.
- Rutledge, Thomas, Ph.D. and Con, Andrea, M.A. "Psychological Factors and Cardiovascular Disease in Women: Risk and Clinical Implications" in *Primary Psychiatry* 2001; 8(7): 55-58.
- "The Latest Research on Depression and Heart Disease" in Depression Information Center of the American Federation for Aging Research, www.aging.org. May 19, 2003.
- Wassertheil-Smoller, Sylvia PhD; Shumaker, Sally, PhD; Ockene, Judith, PhD; Talavera, Greg A., MD, MPH; Greenland, Philip, MD; Cochrane, Barbara, RN, PhD; Robbins, John, MD; Aragaki, Aaron, MS; Dunbar-Jacob, Jacqueline, PhD, RN; "Depressive and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women" in *Archives of Internal Medicine*, 2004 164 289.
- Woolston, Chris. "Depression and Heart Disease" on BlueCross/BlueShield's *A Healthy Me* at www.ahealthyme.com. March 26, 2003

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

Les Cardiopathies et la dépression vont souvent de pair

Site Web sur le traitement de la dépression

La dépression est la principale cause d'invalidité dans le monde entier et *les cardiopathies* sont, et de loin, la principale cause de décès aux Etats-Unis : l'on estime à l'heure actuelle qu'un Américain sur trois décèdera d'une cardiopathie.

Selon la recherche de vingt dernières années, la dépression et les maladies du cœur vont souvent de pair. Les résultats d'études récentes indiquent que la dépression est un facteur de risque très important des maladies du cœur, presque aussi important que les risques d'un cholestérol élevé ou de l'hypertension. L'on estime qu'une personne sur six traverse une fois dans la vie, au minimum, un épisode de dépression grave, mais ce chiffre atteint une personne sur deux pour ceux qui souffrent de cardiopathie.

La dépression peut surgir après une crise cardiaque et/ou une opération du cœur. Dans l'une des études, près de la moitié des sujets étudiés une semaine après leur opération de pontage cardio-pulmonaire présentaient de graves troubles cognitifs ce qui, chez certains, peut contribuer à la dépression clinique.

La dépression peut entraver la prise des médicaments nécessaires et le traitement de la cardiopathie. En outre, selon les études, la plupart des cardiaques ne sont pas soignés pour leur dépression, ce qui vient soit d'une dépression non diagnostiquée par les médecins ou de soins aux sédatifs ce qui peut aggraver la dépression.

Chez de nombreuses personnes, la cardiopathie suit la dépression : de nombreuses études indiquent que la cardiopathie suit la dépression. La détresse psychologique de la dépression produit :

- Une accélération du pouls
- L'hypertension
- Une coagulation rapide
- Un accroissement chronique des hormones du stress (cortisol et adrénaline)
- L'activation du système nerveux sympathique (qui fait partie de l'instinct de fuite ou de lutte) peut amener le cœur à battre plus fort
- Le métabolisme est détourné de la régénération des tissus nécessaire pour contrecarrer la cardiopathie.

Le traitement entraîne l'espoir : la dépression est tout à fait sujette à traitement. Le repérage des symptômes de dépression et la sollicitation de soins aux premiers signes permettent d'éviter des souffrances physiques et affectives. Quel que soit l'ordre d'apparition, dépression ou cardiopathie, ou cardiopathie ou dépression, un traitement efficace de la dépression est impératif.

Les interventions de prévention, fondées sur les soins cognitivo-comportementaux, affermissent l'engagement et le changement de mode de vie, ce qui permet d'éviter les résultats négatifs de la dépression et des cardiopathies. Avec l'apparition de médicaments efficaces pour traiter la dépression, davantage de malades du cœur peuvent bénéficier d'un traitement efficace, sans courir le risque de complications d'effets secondaires cardiovasculaires que produisaient auparavant les anciens médicaments. La recherche en cours étudie si ces traitements peuvent également réduire les risques connexes d'une deuxième crise cardiaque.

L'exercice physique est une autre mesure importante pour mitiger la dépression et les cardiopathies. Les études par observation indiquent en constance que l'exercice physique est lié à une diminution des symptômes de dépression et qu'il s'agit d'un facteur de protection important contre les cardiopathies. Les experts recommandent l'adoption d'un programme d'exercice physique comprenant au minimum 20 minutes, trois fois par semaine, ou davantage, par exemple de marche à pied d'un bon pas.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

Santé mentale positive et cardiopathie

The Irish Heart Foundation

La présence d'un appui et d'un entourage sociaux est sans doute aussi importante que les facteurs de risque physiques (ne pas fumer, exercice physique, bons niveaux de cholestérol et de tension artérielle) pour assurer une bonne santé et prévenir les décès prématurés :

- Les personnes qui ne sont pas entourées d'une communauté intégrée et chaleureuse sont deux à quatre fois plus susceptibles de mourir d'une cardiopathie, accident cérébrovasculaire, cancer, maladie respiratoire ou gastro-intestinale
- Les personnes qui ont des rapports chaleureux et aimants avec les membres de leur famille sont moins susceptibles aux cardiopathies, hypertension, ulcères, cancers ou suicides de la quarantaine
- Les personnes qui se sentent aimées sont plus susceptibles de choisir un mode de vie qui valorise la santé
- Les personnes qui ne se sentent pas aimées dans leur vie intime sont trois fois plus susceptibles de mourir d'une crise cardiaque et d'autres maladies
- La détresse psychologique est un prédicteur des accidents ischémiques cérébraux mortels (Stroke, janv. 2002, 33 (1) : 7-12).

Cinq variables essentielles ont été identifiées à titre de facteurs de risques psychologiques éventuels de maladie coronarienne du cœur :

- Stress profond et chronique
- hostilité
- dépression
- appui social et
- situation socio-économique (Annual Review of Psychology 2002, 53, 341-69).

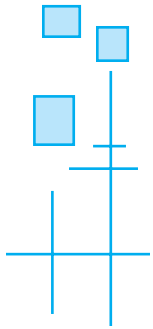
La recherche indique également que :

- la mortalité cardiaque augmente aux périodes de stress psychologique (BMJ, 2001, 22 déc. : 323)
- Les émotions, l'appui familial et social négatifs sont liés aux maladies cardiovasculaires (Herz, août 2001, 26 (5) : 316-25)
- Les émotions négatives peuvent intensifier toutes sortes de menaces contre la santé. Les émotions négatives sont liées à une grande gamme de maladies dont l'apparition et le déroulement relèvent du système immunitaire, y compris les cardiopathies, le diabète de type II. Les ressources, par exemple les rapports personnels, qui atténuent les émotions négatives, valorisent la santé en partie par leur incidence positive sur la régulation immunitaire (Annual Psychology Review 2002 : 53, 83-107).

- La détérioration de l'affect négatif est associée à un risque de mortalité élevé à longue échéance. La protection contre la détérioration de l'affect négatif constitue un mécanisme qui pourrait expliquer l'effet bénéfique de la réadaptation exhaustive sur le pronostic concernant les malades atteints de cardiopathies coronariennes (Circulation, 23 oct. 2001, 104 (17), 2018-23)
- Le stress est un élément connu contribuant aux cardiopathies et les chercheurs constatent que son effet sur le système cardiovasculaire est l'un des éléments les plus importants (RS Eliot, Stress to Strength, New York, Bantam Books, 1994)
- Le stress peut être mortel pour une personne souffrant déjà d'une cardiopathie coronarienne : le résultat sera une occlusion coronarienne, l'endommagement des tissus cardiaques et parfois une crise cardiaque (le stress peut aggraver la maladie : Consumer Report sur la Santé, décembre 1993, 133)
- Les personnes qui réduisent leur stress bénéficient d'une tension artérielle moins élevée (S. Berwer, Stress anti-vieillessement, Longevity, juin 1990, 82)
- Une recherche de plus en plus importante indique que, chez les malades cardiaques, le stress mental est aussi dangereux pour le cœur que le stress physique (CN Bairey et al., Mental stress as an acute trigger of left ventricular dysfunction and blood pressure elevation in coronary patients, American Journal of Cardiology, 66, 1991, 28G)

Les cardiopathies, en bref, sont « une certaine interaction de l'esprit, du corps et du comportement ». Les risques coronariens sont tributaires de la façon dont l'esprit interprète les situations, la manière dont le corps réagit et comment votre comportement vous oriente dans les situations stressantes (Stress, Success and Samoa, Hippocrate, mai-juin : 1987, 84).

Le VIH-sida et les troubles mentaux



Les personnes touchées par le VIH-sida doivent suivre de près leurs santé physique, mais il existe en outre des troubles importants de la santé mentale, associés au VIH-sida. Les troubles psychologiques les plus courants sont la dépression, l'anxiété et parfois, la démence. Ces problèmes ont de nombreuses raisons, par exemple que le grand public craint d'être en contact avec les malades du VIH-sida ou les déconsidère en raison de leur maladie. Les êtres chers qui les entourent ont peut-être disparu en raison de la maladie, ce qui aggrave la crainte et l'affliction. Les malades du VIH-sida doivent prendre des médicaments qui ont peut-être des effets secondaires et leur qualité de vie change à tout jamais car il n'existe pas encore de remède contre cette maladie.

La dépression est le problème psychologique le plus courant chez les séropositifs. Il existe à l'évidence une relation entre le VIH et la dépression, le rapport n'est pas direct : il existe rarement un rapport de cause à effet entre les deux. De nombreux séropositifs, touchés par des troubles dépressifs, possèdent des antécédents de dépression antérieurs au VIH-sida. Néanmoins, la dépression peut entraîner :

- Une dévalorisation
- L'anxiété
- L'oubli
- Les troubles du sommeil
- Une modification de l'appétit
- Une perte de poids ou une surcharge pondérale
- Une perte d'intérêt pour les relations sexuelles
- Un sentiment de désespoir

L'anxiété peut produire un sentiment d'insensibilité et de détachement affectif. Il existe une démence produite par le sida, nommée syndrome démentiel lié au sida, qui est courante chez les personnes souffrant du VIH avancé. Ces séropositifs ont des difficultés à penser clairement et ont des difficultés dans les domaines suivants :

- Manque de concentration
- Perte de mémoire
- Isolement social
- Réflexion ralentie
- Attention écourtée
- Coordination médiocre
- Déficit de jugement
- Problèmes de vue
- Altération de la personnalité

Le traitement des troubles mentaux et de la démence comprend des médicaments et des services-conseil professionnels. L'on peut adopter l'une de ces méthodes sans l'autre, mais l'on obtient de meilleurs résultats lorsque les deux méthodes sont utilisées ensemble.

Selon les études, les séropositifs réagissent souvent de façon différente aux médicaments, par rapport à ceux qui ne sont pas séropositifs. Ils sont plus sensibles et peuvent préférer une démarche lente et à faible posologie au départ. En outre, les personnes touchées par le VIH-sida prennent d'ordinaire plusieurs médicaments et les risques d'interaction médicamenteuse sont plus élevés. Les effets secondaires des médicaments sont souvent très différents chez les personnes souffrant du VIH-sida que chez ceux qui n'en souffrent pas. Certains effets secondaires pourraient être utiles alors que d'autres peuvent aggraver les symptômes du VIH.

À l'évidence, le VIH-sida est une maladie pénible et l'affliction fait partie de cette difficulté. Elle peut avoir trait à la maladie ou au décès de membres de la famille ou d'amis, et à la crainte de l'avenir personnel. Mais, dans un sens positif, il existe des éléments probants selon lesquels la dépression ne s'intensifie pas au fil du temps. Il est difficile d'établir le diagnostic de la dépression car ses symptômes sont souvent analogues à ceux du VIH. . Une perte d'énergie physique et une perte d'intérêt pour les activités sont deux éléments différents mais étroitement liés. Les séropositifs doivent s'obliger à agir ou ils ont arrêté de prendre part à des activités plaisantes, les deux peuvent provenir de la dépression, de la fatigue ou d'une incapacité physique. Pour jauger la différence, absence d'intérêt ou absence de capacité, le thérapeute demandera : « Si vous aviez la force, qu'est-ce que vous aimeriez faire aujourd'hui ? »

Les éléments probants tirés d'études datant des années 90 confirment et renforcent le schéma selon lequel les schizophrènes courent un risque plus élevé que la moyenne de contracter le VIH-sida et qu'ils devraient bénéficier d'une protection particulière, dans le cadre des mesures de santé publique. En outre, les personnes souffrant du VIH-sida courent de plus grands risques dans certains pays, par exemple l'Afrique du Sud, que dans d'autres pays développés, en raison des conditions de vie plus stressantes, notamment un chômage élevé, la pauvreté, des conditions d'habitation vétustes et instables, des services sociaux inadéquats, une forte criminalité et une violence familiale élevée.

L'on reconnaît davantage aujourd'hui les éléments de santé mentale du VIH-sida qu'aux premières décennies de sa propagation. Le Dr Marshall Forstein, un psychiatre qui a traité de nombreux patients du VIH-sida et qui prend une part active au programme sur le sida de l'American Psychiatric Association, déclarait en 1999 qu'au début, la santé mentale semblait constituer un luxe et ne faisait pas partie intégrante de la première évaluation, ni du traitement. Il estime qu'il est extrêmement économique pour les médecins d'aborder les questions de santé mentale car les services-conseil permettent réellement d'engager le malade à prendre ses médicaments et ne pas cesser son traitement.

Afin de traiter efficacement la dépression liée au VIH, il convient que les médecins soient souples et disponibles au cours des épisodes de la maladie, qu'ils soient disposés à effectuer des visites à domicile et qu'ils s'attachent à suivre l'étape finale de la maladie, lorsque les êtres chers sont au chevet du malade. Il convient qu'ils soient prêts à parler au patient de son affaiblissement physique, de sa mort proche et des éléments de la mort.

Une perspective d'avenir positive, la détermination et la discipline sont nécessaires pour faire efficacement face au stress supplémentaire et pour éviter les comportements à haut risque. Il est utile, pour les personnes souffrant du VIH-sida, de se tenir au courant des dernières découvertes scientifiques, tout en respectant un régime médicamenteux compliqué, de remanier les emplois du temps pour s'assurer de voir le médecin et faire le deuil des êtres chers. La dépression peut empêcher le malade de ressentir ces éléments vitaux. Les malades du VIH-sida souffrent également parfois de troubles de l'anxiété, notamment des troubles paniques.

La dépression peut avoir une incidence profonde sur la qualité de vie, la progression de l'incapacité et la possibilité d'obtenir des soins médicaux de qualité. Depuis l'avènement de médicaments qui sont en mesure de contrôler le VIH et d'accroître la durée de vie, le traitement de la dépression profonde est encore plus critique. Si la dépression n'est pas soignée, elle peut empêcher les malades de prendre leurs médicaments et amplifier l'effet incapacitant de la maladie. L'on sait également aujourd'hui que la dépression chronique peut accélérer le décès des personnes touchées par le VIH-sida.

Les enfants ont des besoins très particuliers s'ils ont le VIH-sida ou si leurs parents ou leurs parents-substituts ont le VIH-sida. Selon l'ONUSIDA, en 2000, 21,8 millions d'adultes sont morts du sida depuis le début de sa propagation, d'où un grand nombre d'orphelins. En outre, selon certaines estimations, 1,4 millions d'enfants vivent avec le VIH-sida dans le monde entier. Soixante-dix pour cent des adultes et 80% des enfants touchés par le VIH-sida se trouvent en Afrique. En outre des effets économiques, éducatifs et sociaux du sida, les enfants sont victimes de troubles psychologiques spécifiques :

1. Les enfants dont les parents sont malades s'inquiètent de l'avenir, de leur devenir et de qui s'occupera d'eux. Ils présument qu'ils souffriront également du VIH-sida. Parfois, les parents ne divulguent pas leur maladie et ne leur expliquent pas comment elle est transmise. Cette absence d'information a également un effet psychologique profond sur les enfants, car ils savent d'instinct que leur père ou leur mère n'est plus comme avant. Ils intériorisent leur situation et ressentent une responsabilité personnelle.

2. La perte d'un réconfort permanent, qui peut mener à de graves problèmes de développement et à un manque d'orientation, leur rend difficile la maturité et l'intégration dans la société.
3. Les dégâts psychologiques peuvent surgir à tout instant après l'apparition du VIH-sida. Il est souvent utile d'établir un groupe affinitaire où les enfants peuvent parler de leur expérience et s'entraider.
4. Les enfants ne comprennent pas toujours la situation et ne sont donc pas en mesure d'exprimer leur affliction de façon normale. Même s'ils veulent exprimer leurs sentiments, il n'y a souvent personne pour les écouter. S'ils ont la possibilité de parler de leur situation, leurs craintes peuvent être atténuées et ils seront mieux en mesure de faire face au stress.
5. Les effets psychologiques sur les enfants sont les moins visibles et, souvent, ces conséquences sont ignorées. Il convient de préparer les enfants, pour autant que faire se peut, à la mort d'une personne touchée d'une maladie mortelle. Il sera utile de donner à l'enfant un rôle dans les soins auprès d'un parent victime d'une maladie mortelle, ce qui permet de diminuer l'affliction de l'enfant au moment de la mort et après le décès. Les services-conseil du deuil sont également très utiles à ces deux moments.
6. La souffrance affective prend différentes formes, selon la personne. Les conséquences en sont la dépression, l'agressivité, la toxicomanie, l'insomnie, la malnutrition, le retard de croissance, où les enfants ont une croissance stoppée, au niveau physique et émotif.

Pourtant, certains cliniciens indiquent que leur travail auprès des séropositifs est parfois très gratifiant, car une durée de vie tronquée semble aider les personnes à se concentrer sur ce qui est véritablement important pour eux et les motive à atteindre les buts qu'ils s'étaient donné auparavant. Le temps est compté mais la vie peut se révéler digne d'intérêt et productive si cette limite temporelle est connue d'avance.

La prévention est un élément à l'évidence très important dans la propagation du VIH-sida, notamment parce que cette maladie PEUT faire l'objet d'une prévention et ses dimensions de santé mentale sont essentielles pour la prévention et le traitement. Selon une étude de la faculté de santé publique de Columbia University (New York), les jeunes homosexuels les plus susceptibles de prendre part à un programme de prévention du sida souffrent de symptômes d'anxiété et de dépression qui ne sont pas nécessairement liés au sida. En outre, ceux qui signalent un comportement sexuel à très haut risque recherchent rarement une aide ou des services-conseil auprès des programmes prônant les pratiques sexuelles sans risque. Les comportements à risque sont l'un des symptômes de problèmes de santé mentale, car les hommes qui indiquent avoir des problèmes de toxicomanie et d'homophobie rentrée sont huit fois plus susceptibles de comportements sexuels à haut risque et dissimulent à leurs amis homosexuels leurs pratiques sexuelles dangereuses.

Certains pays sont particulièrement sensibles aux aspects psychologiques et comportementaux des soins aux sidéens et aux séropositifs. Par exemple, le programme iranien, qui vient de démarrer, de services intégrés pour les personnes victimes du VIH-sida, intitulé « Cliniques triangulaires ». Ces services conviviaux accroissent la conformité aux traitements, tout en diminuant la stigmatisation et la discrimination.

En 2001, les membres du parlement des pays de la région du Sud-Est de l'Organisation mondiale de la santé ont présenté des recommandations ayant trait aux issues socioéconomiques désastreuses du VIH-sida et des maladies mentales. Ces pays ont reconnu le rôle essentiel des parlementaires dans l'éducation du public quant aux problèmes de ces maladies et de l'apport de budgets suffisants pour assurer la prévention, la gestion et les soins. Il s'agit d'épidémies nationales et les gouvernements ont un rôle essentiel à jouer. Ces parlementaires ont souligné le rôle des familles et des communautés dans la gestion et les soins des maladies mentales et du VIH-sida, ainsi que la nécessité d'une volonté politique de la part des législateurs, dans le monde entier.

Références :

- "AIDS Education Must Consider Mental Health" in *Columbia University Record*, March 22, 1996, Vol. 21, No. 20.
- American Psychiatric Association, "Practice Guideline for the Treatment of Patients With HIV/AIDS," American Psychiatric Publishing, Inc. 2001.
- Franklin, Nora. "Mental Health Issues with HIV/AIDS," on *The Body: The Center for AIDS: HIV Treatment ALERTS* at www.thebody.com.

- “Depression and HIV” from www.athealth.com, June 2000.
- “Depression and HIV/AIDS” from National Institute of Mental Health. May 2002.
- Elliot, Andrew. “Depression and HIV: Assessment and Treatment” in *Perspective*, Winter/1977, Volume 9, No. 1 on *The Body: An AIDS and HIV Information Resource* at www.thebody.com.
- Entwisle, Stephen. “Mental Health and HIV,” AIDS Calgary (Alberta, Canada) Awareness Association
- Gottesman II, Groome CS. “HIV/AIDS Risks as a Consequences of Schizophrenia” in the *Schizophrenia Bulletin*, 1997; 23(4): 675-84.
- “Investing in Our Future, Psychological Support for Children Affected by HIV/AIDS: A Case Study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania.” USAIDS Case Study, July 2001.
- Leiphart, Jeffrey M., Ph.D. “Mind-Body Medicine and HIV/AIDS” on *The Body: An AIDS and HIV Information Resource*. April 20, 2003.
- Levine, Jeff. “Mental Health Status of HIV Patients Often Ignored” on WebMD Medical News Archive, November 3, 1999.
- “Mental Health and HIV/AIDS,” in SAMHSA’s National Mental Health Information Center, Center for Mental Health Services, 1/2004.
- Murray, Christopher J.L. and Lopez, A.D. *The Global Burden of Disease*, published by The Harvard School of Public Health on behalf of The World Health Organization and The World Bank. 1996.
- Olley, B.O., Gxamza, F., Seedat, S., Reuter, H., Stein, D.J. “Psychiatric Morbidity in Recently Diagnosed HIV Patients in South Africa: A Preliminary Report” in *AIDS Bulletin of the Medical Research Council of South Africa*, April 2003, Vol. 12, No. 1.
- Rabkin, Judith. “Depressive Disorder and HIV Disease: An Uncommon Association,” on *The Body: an AIDS and HIV Information Service* at www.thebody.com.
- “Mental Health Services for Refugees with HIV/AIDS: A Resource Guide for Case Managers” in *Special Issues in Medical Case Management*. Immigration and Refugee Services of America, Washington, D.C., 2002.
- World Health Organization’s South-East Region Press Release, 21 December 2001. SEA/PR/1332.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

Dépression et VIH-sida

The National Institute of Health

La dépression est une pathologie grave qui a une incidence sur les pensées, les sentiments et la capacité de vivre au quotidien. La dépression peut survenir à tout âge et peut être traitée. La dépression provient d'un fonctionnement anormal du cerveau et d'une interaction entre une prédisposition génétique et les antécédents, ce qui semble déterminer le niveau de risque de la personne. Les épisodes de dépression peuvent être provoqués par :

- Le stress
- Des événements difficiles de la vie
- Les effets secondaires de médicaments
- Les effets du VIH sur le cerveau.

Quelles que soient ses origines, la dépression restreint l'énergie nécessaire pour s'efforcer de rester en bonne santé et selon la recherche, elle peut accélérer la progression du VIH en sida.

Le VIH-sida a été signalé pour la première fois en 1981 et est depuis devenu une épidémie mondiale. Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) détruit la capacité du corps de lutter contre les infections et certains types de cancers. Le terme sida s'applique aux étapes les plus avancées de séropositivité. L'épidémie progresse le plus rapidement aujourd'hui chez les femmes et les populations minoritaires.

Le VIH est transmis le plus couramment par les relations sexuelles avec une personne séropositive. Le VIH est également transmis par le contact sanguin, par l'injection de drogues à l'aide d'aiguilles contaminées par le sang d'une personne séropositive. Les femmes séropositives peuvent transmettre le virus au fœtus pendant la grossesse, la naissance ou l'allaitement. Toutefois, si la mère prend de l'AZT pendant sa grossesse, ce médicament peut réduire la possibilité de transmission du VIH au nourrisson.

Les symptômes du VIH-sida ne surgissent pas toujours lors de la transmission. Certaines personnes présenteront des symptômes ressemblant à une grippe dans le mois ou les deux mois qui suivent la transmission. Les symptômes plus graves n'apparaissent parfois chez les adultes que dix ans plus tard, ou deux ans plus tard chez les enfants nés séropositifs. Cette période d'absence de symptômes est différente selon la personne, mais il est clair que la personne en question peut transmettre la maladie pendant ce laps de temps. Certaines personnes peuvent souffrir de maladie grave par intermittence, mais également de périodes d'activité normale.

Le diagnostic du VIH s'appuie sur une analyse de sang, mais il faut parfois jusqu'à six mois pour que l'infection se manifeste dans le sang, de façon suffisamment prononcée pour faire l'objet d'un diagnostic. Il convient donc que toute personne exposée au VIH-sida fasse des analyses de sang pendant toute cette période.

Le traitement du VIH est à base de médicaments pour lutter contre le VIH, ses infections et cancers parasites. Tous ces médicaments ont des effets secondaires qui peuvent être graves.

Il n'existe pas de *remède pour le VIH-sida*.

Le traitement de la dépression chez les malades du VIH-sida devrait être géré par un professionnel de la santé mentale, en communication étroite avec le médecin chargé du traitement du VIH-sida. Cet élément est particulièrement important lorsque des antidépresseurs sont prescrits, pour pouvoir éviter toute interaction médicamenteuse dangereuse. Il est extrêmement important, pour une personne souffrant de dépression ou du VIH-sida d'informer chaque médecin des médicaments pris. Le rétablissement à la suite d'une dépression peut prendre du temps, mais quel que soit l'état d'avancement du VIH, la dépression n'est pas inévitable car les traitements sont efficaces.

Il conviendrait que les personnes souffrant du VIH-sida ne prennent aucun remède à base de plantes médicinales sans en parler d'abord avec leur médecin. L'on a par exemple découvert que le millepertuis, un remède à base de plantes médicinales contre la dépression légère, a des interactions nuisibles avec d'autres médicaments, notamment les médicaments contre le VIH et peut entraver l'efficacité de ces médicaments.

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

Médecine du corps et de l'esprit et VIH-sida

Site WebThe Body

Depuis les années 80, les chercheurs de la médecine du corps et de l'esprit étudient comment le rapport entre le corps et l'esprit fonctionne dans le cas du VIH-sida. Ils ont étudié la raison pour laquelle certaines personnes succombent au VIH alors que d'autres ne présentent aucun symptôme et restent en bonne santé. En voici quelques détails :

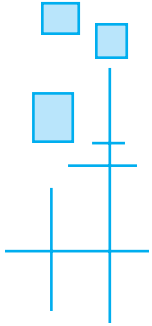
1. *Convictions* : si vous êtes convaincu de l'inévitabilité de la mort si vous êtes séropositif, cette conviction peut déclencher la peur, l'immunité, l'évitement des comportements encourageant la santé et aboutir à une durée de vie écourtée.
2. *Stress* : le maintien d'un « stress de survie » pendant de nombreux mois, où l'on a le sentiment d'insécurité ou de menace, affaiblit le fonctionnement du système immunitaire et accélère la progression vers le sida.
3. *Affliction* : l'affliction est normale après le décès d'une personne, d'un animal familier ou d'un but chers. Si cette affliction est renfermée et n'est pas exprimée pendant des mois, elle peut produire une chute de l'immunité et accélérer la progression de la maladie.
4. *Auto-divulgateur auprès de personnes de confiance* : l'on sait, par la science, que le fait de parler de problèmes personnels, avec honnêteté, avec une personne de confiance, décuple le fonctionnement du système immunitaire.
5. *Buts et objectifs vitaux* : selon les études effectuées sur les séropositifs qui restent en bonne santé pendant longtemps, ces personnes ont une « raison d'être », qu'il s'agisse de but généraux (« je veux vivre car j'aime ma famille et mes amis ») ou des buts spécifiques (« je veux suivre un cours de cuisine le mois prochain »). Il semble que ces raisons de vivre donnent un coup de pouce au système immunitaire et à la survie.
6. *Capacité de s'affirmer* : c'est-à-dire la capacité de savoir dire « non » à quelque chose que l'on ne souhaite réellement pas faire et « oui » à quelque chose que vous voulez ou que vous appréciez. Selon la recherche médicale, la capacité de s'affirmer encourage la solidité et la quantité de cellules NK dans le système immunitaire. Ce qui est important parce que les cellules NK peuvent éliminer le VIH dans le corps, chez les personnes ayant une faible numération des CD4.
7. *Soins du corps* : il s'agit des soins réguliers du corps pour s'assurer qu'il reste en bonne santé, par exemple avoir conscience des schémas de respiration et rectifier tout problème de respiration (respiration superficielle ou rétention inconsciente du souffle). Il convient par exemple de boire au minimum huit verres d'eau par jour, d'assurer une bonne nutrition et des schémas d'alimentation de qualité pour que tout le corps, y compris les cellules immunitaires, obtiennent les éléments nutritifs nécessaires. Un sommeil suffisant et régulier est important, car il permet un réveil « reposé ».

Et enfin, il convient de prendre de l'exercice régulier (3 fois par semaine) et modéré. Par exemple : 20 minutes de marche à pied d'un pas vif, pour accélérer la respiration et entraîner une légère transpiration. Vous vous souvenez des cellules immunitaires NK ci-dessus ? L'exercice physique les renforce et les multiplie.

Il est important d'avoir recours à ces nouvelles informations sur le lien entre l'esprit et le corps pour valoriser la santé dans la séropositivité. Pour chacune des questions mentionnées ci-dessus, donnez-vous une cote : très bon, bon ou médiocre. Puis faites une liste des éléments cotés « médiocres » et choisissez une personne avec laquelle vous pourrez parler de chaque question problématique. Vous pourriez également choisir différentes personnes pour parler de différentes questions. Après cette conversation, dressez un plan d'amélioration pour chaque domaine « médiocre » et mettez-le en œuvre.

Pour tout complément d'information, consultez le site du programme LIFE, sur www.Shanti.org.

La Relation entre le corps et l'esprit



Dès le 17^e siècle, les cultures occidentales séparent le corps et l'esprit et donnent aux sciences médicales la liberté d'explorer le corps physique, en laissant l'esprit à la religion. Toutefois, ces trente dernières années, les scientifiques du monde entier étudient la relation entre l'esprit et le corps. Le Dr James Gordon, de l'école de médecine de Georgetown University (Washington, D.C.) indique que les pauvres, les mécontents de leur emploi, les déracinés culturels, les isolés de longue date ou ceux qui ont subi la perte d'un être cher, sont beaucoup plus vulnérables à la maladie et à la mort que ceux qui sont satisfaits de leur monde social et interpersonnel. Nombreux sont ceux qui considèrent que la médecine intégrant le corps et l'esprit est une démarche révolutionnaire du 21^e siècle dans le domaine de la santé, comprenant une vaste gamme d'interventions comportementales et de mode de vie, aussi importantes que les interventions médicales traditionnelles. Dans le monde moderne de nos jours, de nombreuses maladies sont le résultat du mode de vie, d'habitudes alimentaires, de l'activité physique et du stress, tout autant que de causes traditionnelles : infection, virus, bactéries et traumatisme physique. L'humeur, l'attitude et les convictions peuvent avoir une incidence sur les maladies chroniques. La crainte, le cynisme, le désespoir et l'incertitude peuvent avoir une incidence négative sur la santé. Le courage, la bonne humeur, le sentiment de contrôle et d'espoir peuvent avoir des effets positifs.

De nombreux pays bénéficient de l'expérience des guérisseurs traditionnels qui utilisent des plantes médicinales et autres méthodes naturelles pour soigner les malades. Souvent, ces guérisseurs collaborent avec des professionnels de la santé mentale et physique mais, surtout dans les pays où il y a peu de médecins, ils travaillent souvent seuls. Les plantes rituelles et médicinales sont extrêmement importantes dans de nombreux pays d'Afrique et les guérisseurs traditionnels se servent parfois de moyens qui ne sont pas disponibles dans la médecine moderne. L'on peut donner en exemple le médicament amérindien, ayur-védique, contenant de la réserpine. Ce médicament, sous forme de sarpagandha (sanicle du Maryland) a servi à soigner les troubles mentaux pendant des milliers d'années et l'on a découvert ses propriétés calmantes vers 1950. L'un des éléments importants de ces guérisseurs : la population leur fait confiance et fait confiance à leurs soins. Des efforts couronnés de succès ont été effectués pour informer les guérisseurs de tous les aspects des maladies graves, par exemple le VIH-sida et une coopération accrue existe, lorsque faire se peut, avec les professionnels de la médecine. C'est le cas, par exemple, au Swaziland où le ministère de la Santé a sollicité la participation des guérisseurs traditionnels pour endiguer le sida et aider les malades souffrant de troubles liés au VIH. De la même manière, au Pakistan, les professionnels de la santé mentale et les guérisseurs traditionnels ont élaboré une démarche coopérative pour prendre soin des personnes souffrant de troubles neuro-psychiatriques. Cette coopération compense des décennies de séparation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

L'inquiétude produit une pensée négative à laquelle le corps réagit, par les larmes, une accélération du pouls et une augmentation de la tension artérielle, une respiration irrégulière, une tension musculaire accrue, des troubles digestifs, etc.. Une seule pensée produit des millions de réactions biochimiques cellulaires.

The Women's Center for Mind-Body Health

Ces dernières années, des programmes exhaustifs de médecine physique et mentale ont été créés dans de nombreuses universités et centre du monde entier, y compris Harvard University, Stanford University, University of California et University of Miami, aux Etats-Unis. Ces programmes viennent s'ajouter à ceux dans les pays en développement où ces démarches font partie de la société depuis des siècles (yoga, méditation). Dans ces centres, les malades souffrant de maladies chroniques telles que le cancer, le sida et les maladies cardiaques, apprennent à changer leur

habitudes et leurs attitudes, ainsi que leurs régimes alimentaires, d'exercice physique et modes de pensée. Les études prouvent que ces malades vivent de façon plus efficace, se sentent mieux et dans certains cas, vivent plus longtemps.

Pour appliquer cette démarche, des partenariats sont formés entre les spécialistes de la santé physique et mentale et les spécialistes du corps et de l'esprit. Il s'agira de médecins, infirmières diplômées d'Etat, psychologues, praticiens du biofeedback, chiropracteurs, nutritionnistes, conseillers spirituels et professeurs de yoga. Si cette démarche est adoptée, une équipe intégrée de soignants aborde l'esprit, le corps et l'esprit. La médecine du corps et de l'esprit a recours à des techniques et des stratégies de médecine alternative y compris les massages, l'hypnose, l'exercice physique, la méditation, le biofeedback, l'hypnothérapie, la visualisation orientée, le yoga, les plantes médicinales, l'acupuncture, la respiration contrôlée et les techniques de relaxation.

Il convient de ne pas oublier que de nombreuses personnes sont touchées lorsqu'une personne est gravement malade. Il convient de tenir compte de ceux qui sont proches du malade et, surtout, des besoins des principaux soignants. Les liens entre le corps et l'esprit ne sont pas destinés à aider à réprimer les sentiments que l'on a face aux maladies graves. Il est parfaitement normal et rationnel de s'inquiéter des maladies graves. Ce lien entre le corps et l'esprit est destiné à aider le malade et les proches, pour faire face à la situation au mieux et de raffermir l'attitude de « lutte » envers la maladie présente.

La qualité positive de nos pensées constitue le meilleur prédicteur du bien-être de la santé future.

- Ellen Idler et Stanislav

Le Women's Center for Mind-Body Health signale plusieurs études remarquables indiquant l'efficacité de la démarche corps-esprit :

- Dans une étude concernant les femmes stériles, le taux de grossesse d'un groupe d'entraide se réunissant une fois par semaine pendant 10 semaines, comprenant des sessions de relaxation et de visualisation, se situe à 55%, par rapport à celui d'un groupe d'entraide normal (52%) et d'un groupe témoin (20% seulement).
- Les malades qui ont recours à l'auto hypnose, pour visualiser la guérison de leurs crises d'herpès, ont pu faire régresser le nombre de ces crises de 2,5 sur six semaines, à 0,84.
- Les femmes ménopausées, souffrant de bouffées de chaleur, qui ont appris à se détendre, présente une chute importante de l'intensité des bouffées de chaleur. Ce groupe connaît également une diminution des symptômes dépressifs et anxieux.
- Un groupe de femmes souffrant de douleurs d'accouchement prématuré, au repos, qui ont suivi un enregistrement de détente cinq à vingt minutes par jour, présentent des grossesses plus longues qu'un groupe mis au repos uniquement et qu'un groupe sans modification. En outre, les nourrissons du groupe de relaxation pèsent davantage que les nourrissons des autres groupes.
- La relaxation diminue d'environ 2/3 la nécessité des hospitalisations en raison d'une aggravation des complications de grossesse produites par l'hypertension.

La plupart des médecins reconnaissent l'importance du stress, du régime alimentaire et l'exercice physique. Mais ces facteurs sont souvent abordés lorsque les traitements conventionnels échouent. La médecine corps et esprit aborde les interventions comportementales et psychosociales en simultané des traitements conventionnels. Les malades reçoivent un rôle actif dès le début de l'élaboration d'un plan de traitement et ils sont chargés des volets psychosociaux et de mode de vie de ce plan. Cette démarche souligne l'éducation et l'autogestion, en qualité de partie intégrante de l'intervention clinique. D'aucuns ont perdu de vue le pouvoir de l'esprit sur le corps.

Il existe quelques problèmes difficiles dans les soins primaires qu'il convient de soigner par la méthode corps et esprit :

- Trouble de la somatisation : lorsqu'un problème affectif provoque des symptômes physiques, alors qu'il n'existe aucune base physique pour les systèmes. Ce qui peut s'intensifier si les médecins ne recherchent que des motifs physiques et qu'ils prescrivent des analyses qui amènent le malade à craindre encore plus de souffrir d'une maladie physique grave.
- Plaintes indifférenciées : le malade se plaint de symptômes très vagues, douleurs de poitrine, fatigue, étourdissements, migraines, mal de dos, insomnie, douleurs de ventre, engourdissement, toux, perte de

poids, etc. L'on sait qu'un petit pourcentage de ceux qui se plaignent de ces symptômes souffrent de véritables problèmes physiques.

- Troubles psychophysiologiques : le malade se plaint de douleurs provenant de divers types de stress. Le stress produit des symptômes spécifiques selon les personnes, certains symptômes sont liés au cœur, d'autres aux muscles, d'autres à l'estomac, etc.. Ces malades pourront tirer parti de conseils en gestion du stress.
- Troubles post-traumatiques : il s'agit des effets durables des sévices physiques ou sexuels, des traumatismes et autres. Les personnes qui ont ces antécédents présentent davantage de symptômes somatiques et il leur est difficile ainsi qu'à leur médecin de relier ces symptômes à leurs traumatismes antérieurs.
- Troubles chroniques : il s'agit de maladies, par exemple le diabète, rhumatisme, hypertension et maladies cardiaques chroniques. Le mode de vie, le régime alimentaire, l'exercice physique, le tabagisme, la toxicomanie et le stress de situation sont des éléments importants pour la gestion de ces maladies en permanence. Les médicaments sont sans effet si ces facteurs ne sont pas abordés par le médecin et son patient.

Les principes de la médecine corps-esprit découle de l'optique selon laquelle l'énergie est le schéma sous-jacent de l'univers. Ce qui ressemble à certaines philosophies asiatiques qui considèrent que l'être humain fait partie d'un champ d'énergie, universel et inter relié.

Elles prônent depuis des siècles le rôle essentiel de la prise de conscience dans la santé physique et mentale.

En ce qui concerne les Aborigènes au Canada, les problèmes les plus grave de santé mentale sont la dépression, la toxicomanie, la violence familiale, le suicide dans certaines communautés, les troubles mentaux et l'affliction résultats de plusieurs morts et des perturbations du mode de vie.

Selon ces Aborigènes, lorsque l'on ressent une détresse, l'on est déséquilibré, le corps et l'esprit appellent à l'aide. Si le déséquilibre est trop important, la santé régresse, que ce soit celle du corps, de l'esprit, des émotions ou de la spiritualité. L'on ne peut considérer la santé mentale ou physique séparément des autres éléments de la vie de l'être humain.

Dans la santé corps-esprit, l'on regarde au-delà du problème immédiat afin d'inclure la dimension plus vaste de toute la vie. Par exemple, une crise cardiaque peut indiquer que la personne doit devenir moins défensive et hostile, moins ambitieuse au travail et accorder plus d'attention à la détente, aux loisirs, à sa famille et aux plaisirs de la vie.

La médecine corps-esprit englobe les principes de base suivants :

- Chaque être humain est unique en son genre. La raison de la maladie d'une personne est totalement différente de celle d'une autre, ainsi que les méthodes de rétablissement.
- Stress chronique : le stress et le manque d'équilibre peuvent contribuer à la maladie : la relaxation, les méthodes positives d'adaptation au stress et de rétablissement de l'équilibre peuvent rétablir la santé. Le cardiologue britannique Peter Nixon explique que le stress et l'énerverment accrus produisent de nombreuses modifications dans le corps qui entravent le système immunitaire, l'utilisation des protéines et la fonction cardiaque. Du côté positif, la réduction du stress encourage le rétablissement.
- Prendre la responsabilité de la guérison : le Dr Lawrence LeShan, spécialiste des traitements corps-esprit du cancer, a prouvé que les cancéreux soignés, qui prennent leur vie en main sont plus à même se rétablir que ceux qui acceptent passivement leur diagnostic. L'action diminue la crainte et la dépression qui accompagnent souvent les maladies graves.
- Capacités innées de guérison du corps : le corps possède une capacité naturelle dans le sens de la santé et de la guérison et il peut, parfois, se guérir spontanément, ce que démontre clairement l'effet de placebo où les personnes faisant partie de l'étude reçoivent ce qu'elles pensent être des médicaments, alors que ce ne sont que des pilules de sucre. L'efficacité dépend de l'intensité de la conviction de guérison de la personne. Les personnes qui sont convaincues de leur guérison ont plus de chances de rétablissement que celles qui pensent que leur maladie va empirer, car leur état empire.
- Importance des rapports entre le client et le prestataire : l'attitude positive du médecin peut influencer sur l'issue d'un traitement donné, alors que des paroles décourageantes peuvent miner la confiance du malade et entraver le processus de guérison. Le rapport idéal permet de voir le processus de guérison sous forme d'un partenariat, où les deux associés respectent les connaissances et l'intuition de l'autre.

- Démarche systémique : la vie humaine est sous l'influence de nombreux facteurs corrélés, notamment la génétique, les antécédents familiaux et socioéconomiques, le régime alimentaire, l'exercice physique, l'appui social, les comportements à risque, les attitudes et les pratiques spirituelles. Une maladie se manifeste au niveau physique, mais elle peut débuter ailleurs, au niveau mental ou affectif. Toute maladie spécifique peut se présenter en un seul site, restreint, du corps, mais son interaction sur toute la personne peut se révéler complexe.
- Perspective du champ énergétique : chaque personne possède différents champs énergétiques que l'on peut mesurer par des examens, par exemple l'électrocardiogramme, l'électroencéphalogramme, ou le biofeedback de l'électro-acupuncture, fondée sur la mesure de l'énergie des points d'acupuncture. Ces champs énergétiques sont affectés par les changements de la santé physique et psychologique et peuvent être modifiés par les champs énergétiques des autres. Selon le Dr Robert Becker, de petits courants électriques peuvent stimuler les cellules à se régénérer, les fractures à guérir plus vite et les tissus à se régénérer d'eux-mêmes. C'est à partir de ces faits que le Dr Dolores Krieger, R.N. , a mis au point la technique « Therapeutic Touch » qui connaît une certaine réussite dans la régression de l'anxiété, de la douleur, l'accélération de la guérison des cicatrices des opérations et permet de rectifier la dysfonction du système nerveux. L'absence de contact cutané produit les retards de croissance des enfants, lorsque la glande pituitaire ne produit pas assez d'hormone de croissance.
- Maladie-message, pas ennemie : la maladie est une messagère pour les êtres humains. Elle avertit de l'attention qui doit être accordée aux éléments de la vie affective et psychosociale. La médecine corps-esprit encourage les personnes à considérer l'ensemble du tableau, puisque tous les aspects de l'existence sont liés.

Il est également souhaitable d'examiner les démarches alternatives de soins de la santé mentale, notamment l'auto assistance, l'alimentation et la nutrition, les conseils spirituels, les thérapies avec les animaux, les thérapies d'expression, les arts et les soins culturels, la médiation et le yoga, les massages, etc.. Plus la santé mentale est bonne, plus la personne est à même de faire face aux troubles physiques. Janet Meagher (Australie) fait le compte-rendu d'une conférence à Taiwan, en octobre 2003, intitulée « Body, Mind and Soul Workshop : How to Fight Cancer and Depression », où elle a rencontré des malades du cancer et d'autres malades souffrant de maladies mentales, présentant les mêmes sentiments. Chacun de ces malades s'est senti dépassé par l'incidence du diagnostic reçu : perte d'une avenir défini, perte de contribution utile à la société, perte de l'image de soi, affliction et dépression profondes. Chaque participant a tiré parti du contact avec les autres participants et de la compassion réelle du groupe. Mme Meagher signale aussi un massage spécial du dos, élaboré pendant cette conférence, en raison du manque de contact humain et du sentiment de manque de contact. Dans le groupe, les participants se sont massés le dos mutuellement pendant 10 à 15 minutes. Ce qui leur a donné un sentiment d'acceptation et de soin, à titre humain. À la suite de ces sessions, avant le départ, les participants prennent le thé ou un repas, ensemble. Cette conférence a produit une communauté affective et proche, au sein de ce petit groupe.

Les études soulignent l'importance du « souvenir de la santé », ce qui signifie que chaque malade a le souvenir d'avoir été en bonne santé. Il s'agit d'un facteur important du processus de guérison, lorsque la personne qui suit le traitement et son médecin sont convaincus des avantages du traitement. Cette conviction peut devenir une réalité. Selon certaines prévisions, à l'avenir il y aura un système intégré de soins comportementaux et médicaux, englobant un partenariat des praticiens du comportement, des médecins et des infirmières, oeuvrant de concert pour résoudre les problèmes de santé du malade. Le Dr Gordon, cité ci-dessus, estime que nombre de médecins traditionnels estiment aujourd'hui qu'il existe une relation profonde entre le corps et l'esprit et les maladies graves et les thérapies alternatives pour soigner ces maladies. Le Dr Gordon cite l'exemple d'un éminent oncologue à Washington (D.C.) qui, il y a cinq ans encore, n'aurait pas envoyé ses patients au Comprehensive Cancer Center du Dr Gordon, pour des soins médicaux corps-esprit. À l'heure actuelle, ce même oncologue envoie de nombreux patients au Dr Gordon et apprécie les résultats de ses soins.

Références:

- “Alternative Approaches to Mental Health Care,” U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration’s National Mental Health Information Center.
- “Asian Mental and Physical Treatments” – paper of the Taiwan Cancer Friends New Life Association; www.love-newlife.org.tw.
- Carlin, Peter. “Heal the Body, Heal the Mind,” *A Healthy Me* at www.ahealthyme.com. Blue Cross/Blue Shield. 2003.
- Haber, Sandra. “Coping with Serious Illness: Sandra Haber, Ph.D., Answers Your Questions.” The American Psychological Association Help Center at www.helping.apa.org/mind_body/haber.html.
- Idler, E.L.; Kasi, S.V.; and Lemke, J.H. “Self-Evaluated Health and Mortality Among the Elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986.” *American Journal of Epidemiology* 131 No. 1 (January 1990)
- Meagher, Janet. Honorary Secretary, WFMH. Personal communication, Australia, 2003.
- “Mental Health” on Gandeepam.org in India.
- “Mind/Body Basics,” The Mind/Body Medical Institute at www.mbmi.org.
- “Mind/Body Connection,” The American Psychological Association Help Center at www.helping.apa.org/mind_body/
- “Mind-Body Connection” The Women’s Center for Mind-Body Health, at www.womensmindbodyhealth.info/conn31.htm.
- “Mind/Body Medicine,” *Alternative-Medicine-And-Health.Com* at www.alternative-medicine-and-health.com/therapy/mind-body.htm.
- “Mind/Body Medicine,” in *Alternative Medicine*, at www.alternativemedicine.com.
- “Mind/Body Medicine: An Alternative and Complementary Medicine Resource Guide” of the Alternative Medicine Foundation at www.amfoundation.org/mindbodymed.htm.
- Moss, Donald. “Mind Body Medicine, Evidence-Based Medicine, Clinical Psychophysiology, and Integrative Medicine” in *Handbook of Mind-Body Medicine for Primary Care*. Sage Publications. In publication and on www.aaph.org/public/articles/details.cfm?id=150.
- National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization (Canada) website at www.niichro.com.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (one of the institutes under the U.S. National Institutes of Health) website at www.nccam.nih.gov.
- “Principles of Mind/Body Medicine,” in *Alternative Medicine*, at www.alternativemedicine.com.
- “Swaziland: Traditional Healers, New Partners against HIV/AIDS.” IRIN News of the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. February, 2003.
- Woolston, Chris. “Illness: The Mind/Body Connection,” *A Healthy Me* at www.ahealthyme.com. Blue Cross/Blue Shield. 2003.

Journée Mondiale De La Santé Mentale

Le Rapport entre la santé physique et la santé mentale

Facteurs de mode de vie ayant une incidence sur les pathologies

The Australian Psychological Society, Ltd.

Les pathologies, les maladies et les blessures exercent une pression supplémentaire sur les vies parfois stressées et souvent chargées. Lorsque l'on souffre d'une pathologie, elle entraîne souvent des limitations de nos capacités et perturbe notre mode de vie. Ces limitations et ces perturbations vont de simples restrictions et modifications de la vie ordinaire à des changements profonds de nos schémas et modes de vie fondamentaux, notamment ce qui touche au régime alimentaire, au travail, à la famille, aux loisirs et au repos. Pour gérer les pathologies, il existe plusieurs facteurs liés au mode de vie qui peuvent entraver le rétablissement ou produire une intensification des symptômes. Ces facteurs comprennent l'inquiétude et l'anxiété, le stress et la tension, le régime alimentaire et l'exercice physique, le sommeil et l'appui social.

Pensées négative : inquiétude

Le problème de l'inquiétude : l'inquiétude ou les pensées négatives, répétitives concernant des situations hostiles est l'un des modes de pensée les plus destructeurs et nuisibles. Les inquiets profonds ressentent une forte anxiété et tension qui ont une incidence négative sur leur santé physique. Cela peut produire des complications supplémentaires lorsqu'elle est conjuguée à une pathologie.

Réduire l'inquiétude : empêcher l'inquiétude peut sembler une tâche impossible. Les psychologues et les professionnels de la santé mentale sont compétents dans ce domaine, puisqu'il possède une formation exhaustive dans la gestion de l'anxiété et de l'inquiétude. Voici quelques stratégies initiales pour point de départ :

- Lorsque vous ressentez l'inquiétude, n'essayez pas de vous empêcher de penser, mais notez par écrit, de façon systématique, toutes les conséquences probables et les préoccupations qui vous viennent à l'esprit. Assurez-vous ce faisant non seulement de noter les issues négatives mais aussi les positives, quelle que soit leur probabilité ou leur improbabilité. Puis relisez chaque scénario et pensez aux points positifs. Rappelez-vous que cela vous plaise ou pas, vous pouvez et vous vous en sortirez.
- S'il vous manque des informations sur les questions (par ex. pronostic ou issues probables et durée des pathologies), sollicitez un complément d'information et des renseignements auprès de sources appropriées (par ex. spécialistes cliniques ou médicaux).
- Essayez d'évaluer réalistement vos inquiétudes et de penser à autre chose. Conversez avec vos amis (ou mieux, parlez à un professionnel de la santé mentale) pour poursuivre ce processus.
- Augmentez vos activités et leur variété, tous les jours, pour penser à autre chose : lecture, marche à pied, cinéma ou autre activité qui n'a pas une incidence négative sur votre pathologie.

Stress et tension

Effets négatifs du stress et de la tension : le stress et la tension signifient un énervement physique sous forme de tension et de contraction musculaire. La tension musculaire se produit dans tout le corps, y compris les yeux, la mâchoire, le cou, les épaules, le bas du dos et le ventre. Une tension musculaire prolongée entraîne des douleurs allant du simple mal de tête à une raideur du dos, en passant par des migraines chroniques et des spasmes et des blessures musculaires.

Réduire la tension physique et mentale : il n'est pas si facile de réduire la tension physique en la reconnaissant et en détendant les muscles. Tout d'abord, il faut apprendre à reconnaître le stress et savoir quels sont les groupes musculaires les plus tendus. Puis, il convient de développer l'aptitude à détendre tous les muscles, surtout ceux qui sont les plus tendus. Cela demande beaucoup de pratique, ce sont des aptitudes à maîtriser et votre médecin traitant peut vous apprendre à vous détendre et à gérer le stress. Les informations ci-dessous vous présentent quelques points de départ pour réduire le stress et la tension physique :

- Apprenez à reconnaître les signes de tension physique du corps : arrêtez-vous et réfléchissez à ce que les muscles de votre corps ressentent, à divers instants de la journée. Ce faisant, vous identifiez les groupes musculaires qui sont les plus tendus lorsque vous êtes stressé.
- Pratiquez la respiration régulière et profonde. Pratiquez-la à intervalles réguliers pendant la journée, notamment lorsque vous êtes tendu et stressé. En soufflant, répétez le mot « calme » en vous-même, pour vous calmer.

- Apprenez à vous détendre. Faites de la visualisation agréable (par ex. panorama agréable ou souvenir agréable) et écoutez de la musique qui vous détend et vous calme et re-créez ces images et ces sons lorsque vous êtes stressé.
- Apprenez une forme de relaxation musculaire progressive : contractez et détendez de façon systématique tous les muscles du corps pour produire un sentiment fort de détente physique. Il est souvent indiqué de voir votre psychologue pour une première formation et des cours dans ce domaine.

Régime alimentaire, exercice physique et sommeil :

Les trois domaines problématiques, régime alimentaire, exercice physique et sommeil, produisent souvent des problèmes en présence de pathologies. Les médicaments, les traitements et les symptômes, notamment la douleur, peuvent avoir une incidence négative sur l'appétit, le niveau d'énergie et les schémas du sommeil.

Améliorer le régime alimentaire, l'exercice physique et le sommeil : en présence d'une pathologie, il est essentiel de faire tout ce qui est possible pour entretenir un régime alimentaire sain, faire régulièrement de l'exercice et un sommeil suffisant et satisfaisant. Quelques stratégies et éléments de base sont cernés ci-dessus et votre médecin de la santé mentale peut développer ces sujets :

- *Régime alimentaire* : assurez-vous de manger à intervalles réguliers pendant la journée. Choisissez des aliments nutritifs et agréables à consommer. Si vous n'avez pas envie de manger, grignotez des aliments que vous supportez. Si vous n'avez pas beaucoup de choix, assurez-vous de ne disposer que des aliments appropriés (par ex. jetez ceux qui vous tentent mais ne sont pas bons pour vous). Si possible, informez vos amis et votre famille de votre régime alimentaire et demandez-leur de vous solliciter à intervalles réguliers.
- *Exercice physique* : il est essentiel de rester actif pour prévenir les blessures et rester en bonne santé grâce à la libération de produits chimiques du corps qui appuient le sentiment de bien-être. Il est essentiel de rester actif. La pathologie peut souvent restreindre la capacité de faire des exercices jusque-là appréciés. Si c'est le cas, il est essentiel d'apprendre d'autres exercices de substitution et de les pratiquer régulièrement. Consultez votre spécialiste médical ou clinique pour vous conseiller sur les exercices possibles et élaborer un programme régulier d'activité physique.
- *Sommeil* : il est important de dormir suffisamment si vous êtes malade. Assurez-vous de décupler la possibilité de sommeil de qualité en réduisant au minimum les siestes pendant la journée, de ne pas consommer de produits stimulants (thé, café) le soir et de faire de l'exercice pendant la journée, pour que le corps soit fatigué et prêt à dormir le soir.

Appui social

Perte d'appui social : si vous souffrez d'une pathologie, il s'agit souvent d'une période stressante, irritante, d'isolation et de solitude. Lorsque vous ne vous sentez pas bien, les occasions de contact social sont diminuées de votre propre fait (incapacité de travailler avec des collègues ou de prendre part à des activités sociales et de loisir) et manque de motivation.

Obtenir l'appui social dont vous avez besoin : lorsque vous faites face à une pathologie, l'appui social est une forme efficace et avérée pour maintenir votre qualité de vie. Souvent, des formes jusque-là disponibles d'appui, par exemple les collègues au travail et les amitiés en dehors du travail, ne sont pas disponibles. Toutefois, d'autres formes d'appui social restent accessibles. Les éléments ci-dessous offrent quelques suggestions pour cultiver des sources de qualité d'appui social et pour s'assurer que vos besoins sociaux sont satisfaits :

- Prenez le temps de réfléchir à tous les personnes avec lesquelles vous pouvez avoir un contact et faites des plans pour les contacter et renouer.
- Lorsque vous avez un contact avec vos amis, dites-leur votre situation et donnez-leur quelques indices sur la manière de vous appuyer. N'oubliez pas : si vous ne leur dites pas comment vous appuyer, ils n'en seront pas informés !
- Gardez des contacts réguliers pendant la semaine. Prévoyez des déjeuners, de prendre le café et de renouer avec les autres. Prévoyez à l'avance, pour éviter les vides et l'isolement déplaisants pendant la semaine.
- Si l'appui social dont vous disposez n'est pas suffisant, pensez à de nouvelles sources d'appui : groupes d'entraide, groupes de loisirs et possibilités de volontariat. Votre médecin de la santé mentale peut vous aider à mettre au point et mettre en œuvre un plan pour trouver davantage de possibilités d'appui social.

Le résumé

La santé émotive d'une personne est cruciale à son ou sa récupération de maladie physique ou blessure. Quand les gens sont mal ils sont plus enclin à à anixety et dépression. Les adressant soucis, tension physique et accentue en encourageant des habitudes de la manière de vivre rationnelles, bonnes positives autour d'alimentation, exercez, relaxation, et dort, et expériences positives à travers support social peuvent améliorer qualité de vie et récupération de la vitesse.

The Australian Psychological Society, Ltd.
contactus@psychsociety.com.au
www.psychology.org.au

ABN: 23 000 543 788

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

Médecine complémentaire et alternative

Taiwan Cancer Friends New Life Association

De nombreuses personnes souffrant de maladies physiques graves étudient des thérapies complémentaires axées sur l'esprit, le corps et la spiritualité, venant s'ajouter aux soins médicaux. Ces thérapies peuvent réduire les stress, atténuer les effets secondaires du traitement et valoriser le bien-être. En outre, le patient maîtrise mieux son traitement et les résultats. Certaines des thérapies adoptées à Taiwan, en outre de la thérapie par les arts, l'humour, la journalisation, reiki, la thérapie par la musique et les animaux familiers, sont les suivantes :

Biofeedback: il s'agit d'une méthode par laquelle l'on apprend à contrôler les réponses de relaxation en obtenant le feedback d'une machine qui sent lorsque le corps présente des signes de tension et lorsque le corps se détend.

Distraction: en ayant recours à une activité qui détourne l'attention de l'inquiétude ou de l'inconfort, par exemple la lecture, le cinéma, le travail manuel tel que la broderie, la peinture, les puzzles, etc., la télévision, la radio, les conversations avec les amis, etc.

Hypnose : la personne atteint un état de détente profonde qui réduit la douleur et l'anxiété.

Visualisation : une sorte de rêverie éveillée qui a recours à tous les sens : imaginer que l'on fait avancer et reculer un ballon en soufflant dessus. Le ballon semble grandir alors que la tension et la douleur disparaissent.

Massages : il s'agit de différentes méthodes du toucher, de la pression et de la malaxation des muscles du corps, avec un toucher apaisant. Il convient qu'un masseur agréé fasse ces massages.

Méditation et prière : il s'agit d'une méthode de relaxation qui permet de focaliser son énergie et ses pensées sur un point spécifique. Une autre forme permet aux pensées, aux sentiments et aux images de traverser l'esprit. Pour ceux qui croient en un être spirituel supérieur, la prière peut apporter réconfort, inspiration et force au cours de la maladie.

Tension et détente musculaires : si l'on pratique la respiration inspirée et expirée profonde, en tendant puis en détendant des muscles précis, l'on pratique ainsi la détente progressive, où l'on commence par les doigts de pied, pour remonter le long du corps, en contractant puis en détendant progressivement tous les muscles, les uns après les autres, jusqu'au cuir chevelu.

Exercice physique : l'exercice physique est utile pour atténuer la douleur, renforcer des muscles affaiblis, rétablir l'équilibre, diminuer la dépression et la fatigue.

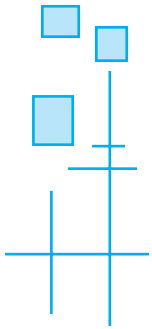
Respiration rythmique : il s'agit de respirer lentement, sans forcer, par le nez, tout en se concentrant sur un panorama calme ou en se vidant l'esprit. L'on peut également rythmer la respiration en comptant.

Visualisation : cette méthode ressemble à la visualisation d'images, mais il s'agit de se représenter une image interne qui représente la lutte contre la maladie, par exemple une personne subissant une chimiothérapie imaginera des roquettes faisant exploser ses cellules cancéreuses.

Yoga: une méthode où l'on dispose d'un endroit calme, confortable et de temps, tous les jours, pour pratiquer la respiration, l'étirement et la méditation. Il est bon de suivre un cours de yoga, de consulter un livre, de regarder une vidéo ou d'écouter une cassette de yoga.

Les plantes médicinales, l'acupuncture et les traitements connexes sont généralisés à Taiwan et sont couverts par l'assurance-maladie nationale. Ces méthodes anciennes de guérison ont connu un développement considérable et sont aujourd'hui des branches scientifiques de la médecine moderne, alors que la recherche prouve petit à petit leur validité et leur efficacité. La médecine chinoise aujourd'hui conjugue des méthodes anciennes à la technologie de pointe.

L'Incidence des problèmes de santé physique chez les personnes atteintes de graves troubles mentaux



Les personnes souffrant de troubles mentaux graves et chroniques, par exemple la schizophrénie ou les troubles bipolaires, présentent souvent une gamme de problèmes de santé, notamment l'obésité, l'hypertension et le diabète. Bon nombre de ces personnes n'ont pas accès à des soins de qualité pour leur santé physique en raison soit de son absence ou du manque d'assurance-maladie ou de ressources financières personnelles. Dans de nombreux cas, les problèmes médicaux peuvent résulter des effets secondaires de médicaments prescrits pour gérer les troubles mentaux. À leur tour, les problèmes physiques entraînent l'inobservation des recommandations médicales en matière de médicaments pour traiter la maladie mentale. Le présent chapitre étudie ces éléments et d'autres questions ayant trait aux problèmes de santé physique des personnes souffrant de troubles mentaux graves et chroniques.

“Les malades mentaux sont les plus marginalisés de notre communauté. Les conséquences de la maladie mentale vont souvent au-delà des symptômes directs de la maladie et affectent le bien-être socioéconomique et tous les aspects de la vie de ces malades.”

“Les personnes souffrant de maladie mentale sont souvent isolées de leurs familles et de leurs amis. La maladie mentale a également une incidence sur les perspectives d'emploi et il est difficile de garder un emploi à temps plein. Les malades mentaux sont confrontés à une discrimination constante, fondée sur la crainte de la maladie mentale. La séparation des soins de santé mentale et des soins de santé physique fragmente la totalité des soins offerts à ce groupe. Ces facteurs amènent souvent les malades mentaux à ne pas recevoir des soins adéquats pour leur santé d'ensemble.”

Ces paragraphes d'introduction sont tirés du récapitulatif de l'étude *Duty to Care: Physical Illness in People with Mental Illness* réalisée par le département de la santé publique et le département de psychiatrie et sciences comportementales de l'University of Western Australia, de 1980 à 1998. Cette étude représente un effort important pour déterminer dans quelle mesure les consommateurs de services de santé mentale possèdent des taux différents de maladie physique par rapport à la population générale. L'étude compare les décès, le nombre total de cancers diagnostiqués et d'hospitalisations chez les malades mentaux par rapport à la population générale.

Les extraits ci-dessous sont tirés du récapitulatif des résultats de l'étude et présentent un survol de l'incidence profonde que produisent les problèmes de santé physique non réglés sur les personnes souffrant de maladies mentales graves et chroniques. Ces résultats constituent également un appel à passer à l'action pour les professionnels, les activistes et les patients/consommateurs de services de santé mentale, dans le monde entier, car ils démontrent l'ampleur de l'absence globale d'élaboration d'une démarche intégrée des soins pour ceux qui souffrent de problèmes profonds de santé mentale.

“La nature et la prestation des services psychiatriques ont profondément changé au 20^e siècle. Ce qui produit une importante diminution du nombre de malades mentaux dans les hôpitaux et autres établissements de santé mentale. Cette tendance découle principalement de traitements plus efficaces des troubles mentaux, notamment l'introduction de médicaments plus nouveaux et efficaces. Cette tendance a également permis à de nombreuses personnes souffrant de maladies mentales de recevoir un traitement en dehors des institutions mentales et les aide à reprendre la voie d'une vie plus normale.”

“Après les maladies du cœur, les maladies mentales sont la principale cause de décès prématuré. Près de 30% des maladies non mortelle, à la charge des communautés, vient de des maladies mentales. La dépression est la charge de morbidité non mortelle la plus courante. Il existe toute une gamme de traitements efficaces de la plupart des maladies mentales. Toutefois, la profonde stigmatisation, fondée sur la crainte des maladies mentales, reste un obstacle important entravant le traitement efficace et le rétablissement. Le décès prématuré est plus courant chez les malades mentaux. Et cela en raison de leur plus grande incidence de maladies physiques et par ce qu'ils sont

victimes de maladies physiques plus graves. Une plus grande incidence de maladies physiques chez les malades mentaux augmente la difficulté de vivre avec une maladie mentale.

“La maladie physique peut également provenir d’un traitement suivi pour une maladie mentale (par ex. effets secondaires de certains médicaments). La maladie physique peut ne pas être diagnostiquée ou encore ne pas être traitée et les personnes souffrant de maladie mentale obtiennent un diagnostic de leur maladie physique à une étape plus avancée.”

“Les maladies mentales sont souvent associées à des comportements qui présentent des risques sanitaires très élevés, tels que le tabagisme, l’alcoolisme et autres abus, l’obésité, un mauvais régime alimentaire et le manque d’exercice physique. Les maladies mentales peuvent rendre difficile l’explication des symptômes d’une maladie physique, ce qui complique davantage encore le diagnostic. Les personnes souffrant de maladie mentale sont également moins susceptibles d’être en contact avec les services de santé généraux et leurs maladies sont moins susceptibles d’être identifiées et soignées.”

“Le tabagisme est un facteur de risque important de bon nombre de maladies physiques courantes. Le tabagisme est courant chez les personnes souffrant de maladie mentale. Les taux et la consommation les plus importants se situent chez les personnes souffrant des maladies les plus graves. En Australie occidentale, 43% des personnes souffrant de maladies mentales diagnostiquées fument, par rapport à 24% de la population générale. En dépit des effets néfastes du tabagisme sur les malades mentaux, ces derniers sont rarement encouragés à cesser de fumer.”

“L’alcoolisme et la toxicomanie sont également des problèmes courants chez les personnes souffrant de maladie mentale. Près de la moitié des malades souffrant de troubles psychotiques se droguent. Les malades mentaux présentent aussi des taux élevés d’obésité et de mauvaise nutrition.”

“Si un malade mental souffre d’une maladie physique alors qu’il est traité pour sa maladie mentale, il est fort possible que cette maladie physique ne sera pas diagnostiquée. C’est possible alors même que la maladie physique provoque ou aggrave le trouble mental. Le traitement adéquat des troubles physiques et mentaux, simultanément, améliore le bien-être d’ensemble du consommateur. Les obstacles entravant le traitement efficace des malades mentaux, dans un cadre médical ordinaire, ont été identifiés. En outre, certains psychiatres tendent à se considérer comme des spécialistes qui ne peuvent être sollicités pour faire le diagnostic de maladies physiques. La séparation des services de santé mentale a mené à la fragmentation des soins pour les personnes souffrant de maladies mentales.”

Dans les conclusions et les recommandations tirées de la recherche et des résultats, les auteurs de cette étude présentent la manière dont l’impact négatif des problèmes de santé physique, non repérés et non traités, peut être atténué chez les malades mentaux. Ces recommandations présentent également un programme spécifique, des possibilités et de service et de promotion, ainsi que des orientations pour les organisations, telles que les associations pour la santé mentale et autres groupes de défense de la santé mentale, dans les communautés et les différents pays. Citons quelques suggestions présentées par les auteurs :

- *“Davantage de démarches intégrées et coopératives de soins sont nécessaires pour remplir efficacement tous les besoins sanitaires des personnes souffrant de maladies mentales. À l’heure actuelle, la démarche fragmentée des soins pour ces dernières amènent trop de cas manqués et les maladies sont trop souvent ni diagnostiquées ni traitées,*
- *La toxicomanie et l’alcoolisme sont de graves problèmes pour les malades mentaux. Les services contre la toxicomanie doivent être incorporés dans tous les soins des malades mentaux. Les programmes contre le tabagisme et autres abus chez les malades mentaux pourraient mener à une forte réduction des maladies physiques de ce groupe,*
- *Les malades mentaux n’ont pas bénéficié de campagnes de santé publique visant à réduire les principaux facteurs de risque pour la santé. Il serait bon de produire des programmes ciblés. Davantage de services de vulgarisation et de soins plus proactifs sont nécessaires pour les malades mentaux, sans cela ils ne bénéficieront pas de soins vitaux,*
- *Les services de soins doivent s’adapter aux besoins des malades mentaux, sinon ce groupe vulnérable continuera à présenter un taux de mortalité élevé et une espérance de vie écourtée, ce qui n’est pas acceptable. Plusieurs mesures peuvent être prises pour régler ces questions, notamment des programmes pour réduire le tabagisme et la toxicomanie, encourager des modes de vie plus sains et élaborer des*

services de santé intégrés, où le diagnostic, le traitement et la gestion des problèmes de santé physiques seront une priorité des soins généraux donnés aux personnes souffrant de maladie mentale.”

Les préoccupations concernant les problèmes de santé physique des femmes souffrant de graves maladies mentales augmentent, notamment chez les consommateurs et les activistes. Les principales raisons de cette préoccupation croissante sont que les femmes qui souffrent de problèmes graves de santé mentale sont plus susceptibles que les autres de voir leurs plaintes concernant la santé physique ignorées et voir rejeter leurs demandes de services. En outre, le non règlement des problèmes de santé physique, en temps et en heure, est susceptible de produire des interventions plus onéreuses, par la suite, ce qui entraîne des issues négatives pour les femmes qui sont touchées et pour le système de santé d'ensemble.

L'une des études les plus exhaustives sur l'ampleur et les conséquences des problèmes de santé physique non traités, chez les femmes souffrant de maladies mentales graves, a été parachevée en juin 1997 par le Dr Vivian Brown et un groupe de collègues du Groupe d'experts techniques sur la femme, la violence et les maladies mentales du National Resource Center for the Prevention and Treatment of Alcohol, Tobacco and Other Drugs and Mental Illness, appuyé par la Substance and Mental Health Services Administration du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis.

Comme le décrit le compendium exécutif de ce rapport : *“La population des femmes souffrant de maladies mentales graves diagnostiquées se compose de femmes dont les diagnostics, les traitements, les niveaux fonctionnels, les pronostics, la race et l'origine diffèrent. Le point commun de toutes ces femmes reste qu'elles sont souvent victimes d'une planification insensible et de services de santé physique et mentale inadéquats. Selon la recherche, les femmes souffrant de maladie mentale grave, diagnostiquée, souffrent de maladies physiques et en meurent parfois, plus souvent que la population générale.”*

Le rapport précise un certain nombre d'entraves essentielles qui empêchent les femmes souffrant de maladies mentales graves, diagnostiquées, de recevoir des soins coordonnés et rationnels, notamment :

- Le non diagnostic ou le diagnostic erroné : les médecins des soins primaires et les professionnels de la santé mentale ne réussissent souvent pas à diagnostiquer les maladies des femmes souffrant de graves maladies mentales. En outre, les praticiens ne réussissent souvent pas à repérer les antécédents traumatiques sans un cadre psychiatrique, la toxicomanie contribue souvent à l'absence de diagnostic exact et il existe une carence de dépistage et de soins gynécologiques ordinaires
- Absence d'études sexospécifiques sur les médicaments neuroleptiques, l'interaction des médicaments et les TE : résultat : les femmes se voient prescrire des médicaments dont la posologie n'a pas été testée, ni les effets secondaires, sur les femmes. Il existe également une lacune de recherche de longue durée sur les effets des ECT et des médicaments psychotropes sur les femmes et les fœtus.
- Stigmatisation : les femmes souffrant de maladies mentales graves font face à une réaction communautaire dure, d'isolement et de stigmatisation.
- Langue et culture : les facteurs systémiques, par exemple l'absence de personnel bilingue et biculturel, d'interprètes amateurs, sans formation, et l'insuccès à toucher les communautés raciales pour les informer des services, contribuent à l'insuffisance des services et les services erronés.

Au-delà des obstacles systémiques entravant l'accès et l'utilisation de services de soins adéquats et appropriés, les femmes souffrant de maladies mentales graves sont souvent victimes de problèmes de santé concomitants et de problèmes de sécurité, qui entravent encore davantage leur accès aux soins. Il s'agit notamment de l'absence de soins prénataux réguliers et opportuns au cours de la grossesse, de la toxicomanie qui aggrave la morbidité physique associée aux maladies mentales, la clochardise, le VIH-sida et les sévices physiques et sexuels.

Comme le souligne le Dr Brown, les sévices physiques et sexuels ont des effets particulièrement néfastes sur la santé physique et mentale des femmes, et sur leur bien-être : *“Pour de nombreuses femmes, les sévices physiques et sexuels sont la norme et non pas l'exception. Une femme victime de sévices néglige souvent sa propre santé, par crainte de divulgation des sévices et/ou crainte du système médical. Toutefois, même lorsqu'elle entre dans le système de soins, on lui pose rarement des questions sur les sévices physiques ou sexuels, alors même que ces sévices, qu'ils se soient produits à l'enfance ou à l'âge adulte, laissent des séquelles de santé mentale et physique.”*

Dans son *Commentary* sur les résultats et les recommandations de l'étude, dans le *Journal of the American Medical Women's Association* (1998), le Dr Brown demande aux systèmes de soins séparés, pour la santé mentale et la santé physique, de créer des liens pour promouvoir les soins intégrés et réduire les difficultés que rencontrent les femmes souffrant de maladies mentales et de maladies physiques pour situer et accéder aux services dont elles ont besoin. Les recommandations que propose le Dr Brown peuvent également constituer une orientation à partir de laquelle les activistes militant pour l'amélioration des services destinés aux personnes souffrant de problèmes physiques et mentaux peuvent travailler. Citons quelques-unes de ces recommandations :

- *Évaluation exhaustive de la santé physique, mentale, des antécédents traumatiques et de la toxicomanie/tabagisme/alcoolisme à tous les points d'entrée dans le système. Quel qu'il soit, les besoins de la malade doivent être remplis.*
- *Formation pour les prestataires : il convient de former les cliniciens à suivre les directives de pratique qui sont axés sur les pratiques exemplaires concernant les femmes souffrant de maladies mentales graves et notamment sur les moyens permettant d'éviter de les traumatiser à nouveau. Les médecins primaires doivent apprendre à détecter les antécédents de sévices physiques et sexuels et de comprendre comment ces antécédents, et une éventuelle toxicomanie parallèle, peut entraver la capacité des femmes à révéler des problèmes de santé spécifiques. Les professionnels de la santé mentale doivent reconnaître et accepter la responsabilité des problèmes de santé physique des patientes. Les professionnels de la santé primaire et de la santé mentale doivent être avertis de l'interaction possible entre les médicaments psychotropes et les médicaments prescrits pour les pathologies physiques.*
- *Réorientation du point focal axé sur les soins curatifs passant aux soins préventifs.*
- *Accès aux soins dentaires, car nombre de femmes souffrant de maladies mentales graves et les femmes toxicomanes souffrent souvent de problèmes de santé buccale graves non diagnostiqués.*
- *Promotion de la continuité des soins primaires et de la santé mentale et coordination entre les praticiens. La morbidité élevée des femmes souffrant de maladies mentales graves demandent une coordination plus marquée entre les prestataires.*

La relation entre les maladies mentales et une mauvaise santé physique est connue depuis longtemps. Le *British Medical Journal* signalait pour la première fois ce rapport dans un article publié il y a 60 ans. Selon les auteurs de l'éditorial du *BMJ* de février 2001, les recherches ultérieures dans de nombreux pays, confirment que les patients psychiatriques présentent une grande fréquence de maladies physiques, dont la plupart ne sont pas détectées. Ces études amènent à exiger que les professionnels de la santé soient plus avertis de ces résultats et à demander l'amélioration du dépistage et du traitement des patients psychiatriques. Jusque-là, selon les auteurs, il ne semble pas que ce soit le cas et la morbidité et la mortalité surélevées se poursuivent. Les malades psychiatriques soignés en milieu ambulatoire restent deux fois plus susceptibles de mourir que la population générale.

Comme le souligne l'éditorial : *“Plusieurs facteurs empêchent les malades mentaux de recevoir des soins de santé physique de qualité. Les schizophrènes sont moins susceptibles que les personnes saines de signaler spontanément leurs symptômes physiques. Certains symptômes des conséquences de la schizophrénie (déficience cognitive, isolement social et soupçon, contribuent à amener les patients à ne pas se faire soigner ou à ne pas suivre un traitement. Lorsqu'ils se présentent spontanément, leur manque d'entregent et la stigmatisation de la maladie mentale les rendent moins susceptibles de recevoir des soins de qualité.”*

“Dans la plupart des pays industrialisés, la réforme de la santé mentale a entraîné la fermeture des hôpitaux psychiatriques et la création d'équipes communautaires de santé mentale. Ces dernières sont censées remplir les besoins sociaux et sanitaires. Les hospitalisations sont souvent courtes et peu fréquentes, et les soins de santé physique ne sont pas forcément prioritaires. En Grande-Bretagne, le cadre du service national de santé mentale spécifie qu'il convient d'évaluer les besoins physiques des personnes souffrant de maladies mentales graves. Toutefois, nombre de praticiens de la santé mentale possèdent peu de formation dans le domaine de soins physiques. Les évaluations physiques des patients ambulatoires psychiatriques, effectuées par des psychiatres débutants, sont souvent médiocres, la formation en suivi de la santé physique et l'éducation sanitaire fournis par les effectifs de la santé mentale des communautés sont dans l'ensemble insatisfaisants.”

“La plupart des patients souffrant de maladies mentales graves sont souvent en contact avec les services de soins primaires et pour nombre d'entre eux, il s'agit de leur seul contact avec les services de santé. Toutefois, ce contact ne leur garantit pas nécessairement de bons soins de santé physique. L'orientation des soins primaires reste réactive, ce qui ne correspond pas aux besoins des patients qui sont réticents ou incapables de se faire soigner. La

brièveté des consultations empêche les médecins d'évaluer l'état mental des patients et d'effectuer un bilan physique, surtout chez les patients vagues ou soupçonneux. Lors des effectifs de la santé mentale accompagnent les patients, l'on pourrait accentuer davantage les questions psychologiques et sociales. Les médecins qui n'ont pas d'expérience ou qui hésitent aux soins de santé mentale n'approfondiront pas leur engagement avec leur patient, en posant des questions sur les symptômes et en effectuant à un examen physique."

"Le mode de vie des patients souffrant de maladies mentales graves semble indiquer la nécessité d'une campagne de promotion de la santé, efficace. Par exemple, la thérapie de groupe est efficace et aide les schizophrènes à cesser de fumer. Mais les progrès dans ce domaine sont entravés par les attitudes négatives du personnel soignant. Il conviendrait que les initiatives dans ce domaine s'accompagnent de recherches, pour que des démarches plus efficaces soient identifiées et largement adoptées."

"Selon les éléments probants, il est possible d'améliorer la santé physique de ce segment fragile de la population. Les progrès dépendront toutefois des effectifs de la santé mentale et des soins primaires et de leur prise de conscience du problème pour trouver des solutions novatrices, acceptables et utiles pour les patients."

Deux réunions tenues récemment aux Etats-Unis ont abordé des questions analogues sur l'importance de la collaboration entre les médecins de santé mentale et ceux des soins primaires, pour mieux comprendre et remplir les besoins des personnes souffrant de maladies mentales graves et chroniques et qui souffrent également de problèmes de santé physique. En novembre 2003, la Mental Health Association de New York a convoqué un symposium, au cours duquel les praticiens et les chercheurs ont débattu de la relation entre la santé mentale et la santé physique. Comme publié dans Medscape Medical News, le Dr Richard K. Nakamura a déclaré au public : *"La dépression est une maladie systémique qui constitue un facteur de risque d'autres maladies et morbidités. La dépression est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires et des crises cardiaques et elle peut avoir une incidence sur le traitement du diabète et accroître le risque de nombreuses autres infections. Les médecins de soins primaires doivent savoir repérer les patients qui se présentent régulièrement, souffrant de différentes maladies ou morbidités."*

Lors d'une rencontre récente sur Internet, organisée par la société Eli Lilly, l'on a parlé de la nécessité d'accorder davantage d'attention aux besoins physiques des malades mentaux, courant le risque de surcharge pondérale et de complications liées au poids. L'on a réuni à cette occasion un jury d'experts de la santé mentale pour souligner l'importance d'un suivi plus rapproché des besoins physiques des malades souffrant de maladies mentales graves et chroniques, pour les aider à diminuer le risque de problèmes liés au poids. Le jury a souscrit à la démarche « Complete Wellness : The Whole Person Treatment Approach » qui offre des ressources pour aider les malades souffrant de maladies mentales graves et chroniques à s'informer sur les modifications du mode de vie, le régime alimentaire, l'exercice physique, sains.

Le Dr William M. Glazer, membre du jury et professeur adjoint de médecine psychiatrique clinique de l'école de médecine à l'hôpital universitaire Harvard, au Massachusetts et président de Glazer Medical Solutions, explique l'opportunité de cette émission sur Internet : *« Cette manifestation est d'une importance particulière étant donné la demande émanant de la U.S. Food and Drug Administration, requérant la modification de toutes les étiquettes sur les neuroleptiques atypiques, afin d'inclure un avertissement sur l'hyperglycémie et le diabète. Ce changement d'étiquetage est une mesure positive pour les soins du patient, car il rappelle aux professionnels de la santé qu'il convient d'accorder une attention certaine à la santé physique, en outre de la santé mentale, des patients ».*

Les membres du jury en ont convenu : il est aussi important de penser au bien-être des patients souffrant de maladies mentales graves que de soigner leur santé mentale. Toutefois, trop souvent, l'on accorde trop d'attention aux besoins physiques de ces patients. Pour pouvoir remplir ce besoin non satisfait, une nouvelle démarche de traitement a été mise au point, conjuguant l'éducation et la modification du mode de vie, afin de faire progresser les soins et les issues des patients. La démarche « Complete Wellness » aide les patients à faire face aux symptômes primaires de maladie mentale et offre des ressources aux professionnels de la santé mentale pour aider les patients souffrant de maladies mentales graves à s'informer sur les modifications saines du régime alimentaire, de l'exercice physique et du mode de vie.

Référence:

- Baez, M. "Primary Care Physicians Should be Aware of Links Between Physical and Mental Health." *MedScape Medical News*, November 19, 2003. <http://www.medscape.com/viewarticle/464742>
- Baez, M. *Medscape Medical News*, November 19, 2003

- Brown, PhD V: "Untreated Physical Health Problems Among Women Diagnosed With Serious Mental Illness." *Journal of the American Medical Women's Association*, (Vol. 53, Number 4), Summer 1998, pages 159-160.
- Brown, PhD, Vivian: "Untreated Physical Health Problems Among Women Diagnosed with Serious Mental Illness." ©June 1997 PROTOTYPES System Change Center, Culver City CA USA www.prototypes.org
- Coghlan, Rebecca; Lawrence, David; Holman, D'Arcy; Jablensky, Assen: "DUTY TO CARE: Physical illness in people with mental illness." *Consumer Summary*, 2001, Department of Public Health & Department of Psychiatry, University of Western Australia. www.dph.uwa.edu.au , page 2.
- Lilly Newsroom: "Greater Attention Needed to the Physical Needs of Mental Health Patients at Risk for Weight Gain and Obesity-related Complications," October 15, 2003. http://newsroom.lilly.com/news/corporate/2003-10-15_completewellness_webcast?pfv/html
- Phelan, M.; Stradins, L.; Morrison, S. "Physical health of People with Severe Mental Illness: Can Be Improved if Primary Care and Mental Health Professionals Pay Attention To It" (Editorial) *British Medical*

Journee Mondiale De La Sante Mentale

Le Rapport entre la sante physique et la sante mentale

Santé physique et soins nécessaires aux personnes souffrant de maladies mentales graves
“RETHINK”, the National Schizophrenia Fellowship

Politique de “Rethink”

Selon “**Rethink**”, il convient d’adopter une démarche holistique pour évaluer les besoins d’une personne. Il est essentiel que les personnes souffrant de maladies mentales graves bénéficient de visites médicales régulières, une fois par an au minimum, pour déterminer leur santé physique et recevoir les soins physiques dont ils ont besoin.

Élaboration de politiques

- 1 Les termes « santé physique » signifient :
 - les soins médicaux des problèmes de santé physique
 - le suivi des effets secondaires physiques des médicaments neuroleptiques
 - la promotion d’un mode de vie sain, y compris l’exercice physique et un régime alimentaire nutritif
 - des soins dentaires et optiques et le dépistage de problèmes auditifs
- 2 les visites médicales de routine comprendront :
 - la prise de la pression artérielle et la pesée
 - des visites régulières chez le dentiste et l’opticien
 - le dépistage du diabète et du cancer, par exemple des frottis pour les femmes
 - la surveillance pulmonaire et cardiaque, quant aux effets par exemple du tabagisme
 - le dépistage et la surveillance des effets secondaires des médicaments
- 3 Les décisions concernant les médicaments seront fondées sur les besoins individuels, en tenant compte des effets secondaires, à court et à long terme, et non pas des coûts. Il convient de tenir compte de médicaments neuroleptiques atypiques pour tous ceux pour lesquels ils pourraient être bénéfiques.
- 4 Il convient que les médecins :
 - reconnaissent les signes possibles des effets secondaires nuisibles des médicaments, aussi rapidement que possible
 - surveillent les autres effets secondaires des médicaments, enregistrent les rapports de service sur les effets secondaires et modifient leurs ordonnances, lorsque faire se peut
 - écoutent soigneusement les comptes-rendus des problèmes physiques et qu’ils les étudient de plus près.
- 5 Il convient qu’en milieu hospitalier les patients puissent prendre de l’exercice physique, reçoivent une alimentation nourrissante et de bonne qualité et qu’ils aient accès à des boissons et des encas en permanence, en sachant que certains médicaments provoquent la xérostomie.
- 6 Au niveau communautaire, il conviendrait que les services de santé mentale s’assurent que les patients reçoivent des repas convenables et qu’ils appuient l’alimentation, si nécessaire, en recommandant un régime alimentaire adéquat.
- 7 Il conviendrait d’indiquer aux femmes en âge de procréer si leurs médicaments neuroleptiques conviennent à une éventuelle grossesse. Il conviendra alors d’assurer des soins tout au long de la grossesse pour que la femme enceinte obtienne toute l’aide dont elle aurait besoin de la part des services de santé mentale.
- 8 Les personnes souffrant de maladies mentales graves, qui fument, devraient recevoir une aide et un appui gratuits pour cesser de fumer.

Action

“**Rethink**” fait campagne en faveur d’une évaluation et des soins holistiques. Il s’agit notamment de tenir compte des besoins en matière de soins physiques et d’une visite médicale annuelle.

Questions et réponses

Q Les personnes atteintes de maladies mentales graves sont-elles plus susceptibles de souffrir de maladies physiques ?

A Oui. Et ce, pour les raisons suivantes :

- les effets secondaires physiques des médicaments
- l'isolement social
- motivation médiocre, fatigue, qui sont des effets de longue durée des maladies chroniques
- mode de vie difficile (sans-abri, mauvais régime alimentaire, absence d'exercice physique, tabagisme et mauvaise hygiène)

Q Les personnes atteintes de maladies mentales graves obtiennent-elles les soins médicaux nécessaires ?

A Souvent pas, car :

- elle ne s'inscrivent ni chez les médecins, ni chez les dentistes
- elles se négligent et manquent d'estime de soi
- elles ne communiquent pas facilement des informations sur leur santé physique
- elles sont en contact avec des services qui se concentrent uniquement sur leur spécialité
- elles ne sont pas toujours écoutées par les médecins lorsqu'elles signalent des problèmes physiques, par exemple on pense parfois qu'elles sont hypocondriaques

Antécédents

1 Les malades mentaux graves souffrent des mêmes problèmes physiques que toute autre personne, mais en outre ils subissent des problèmes physiques supplémentaires en raison :

- des effets secondaires des médicaments
- des problèmes de tabagisme
- des problèmes de toxicomanie
- d'un régime alimentaire malsain
- de l'absence d'exercice physique
- des effets de leur condition de sans-abri

2 En 1977, un groupe de travail, dirigé par le professeur Malcolm Lader, précisait que les professionnels de la santé doivent tenir compte des facteurs suivants qui ont une incidence sur la santé physique des personnes souffrant de maladies mentales graves :

- un mode de vie disloqué
- des conditions sociales difficiles, par exemple une détérioration sociale
- toute tendance à l'autodestruction
- l'isolement social
- l'auto-négligence
- un hébergement insalubre
- des troubles délirants, par exemple refus de s'alimenter par crainte d'empoisonnement
- des accidents

3 Selon une étude internationale, *Excess Mortality of Schizophrenia*, publiée dans *the British Journal of Psychiatry* en décembre 1997, 80% des schizophrènes meurent de causes naturelles, par rapport à 97% de la population générale. Les principales causes de mortalité chez les schizophrènes de cette étude (par rapport à 100% pour la population générale) sont :

- suicide : 896%
- maladies respiratoires : 226%
- accidents : 205%
- maladies de l'appareil digestif : 185%
- maladies de l'appareil génito-urinaire : 161%.

4 Les personnes souffrant de maladies mentales graves peuvent avoir des difficultés à recevoir des soins médicaux pour les raisons suivantes :

- ils n'ont pas de médecin traitant, par exemple ils viennent de déménager ou encore ils sont exclus de la liste des clients du médecin,
 - ils ne peuvent relater, de façon cohérente, leurs symptômes,
 - les effets secondaires de leurs médicaments neuroleptiques peuvent brouiller les caractéristiques cliniques.
- 5 De nouveaux médicaments (atypiques) neuroleptiques sont plus efficaces dans le traitement de la schizophrénie et produisent des effets secondaires qui sont mieux tolérés que les médicaments plus anciens. De ce fait, les malades sont plus motivés pour les prendre. Toutefois, l'efficacité des médicaments varie selon la personne, tout comme ses effets secondaires.
- 6 Tous les médicaments ont des effets secondaires physiques et pour les neuroleptiques, il peut s'agir de :
- dyskinésie tardive, un trouble du système nerveux, lié à la prise de médicaments de l'ancien type et il s'agit de mouvements musculaires involontaires
 - dystonie, un trouble produisant des spasmes musculaires constants, parfois très douloureux
 - crises
 - syndrome neuroleptique malin, qui produit des changements respiratoires et cardiaques et peut être mortel,
 - agitation, étourdissements, xérostomie et surcharge pondérale
 - diminution des pulsions sexuelles et dysfonctions sexuelle, et en ce qui concerne les femmes, interruption des menstrues et de l'allaitement
 - sensation de froid ou insensibilité au froid ou à tout autre inconfort
 - perturbation cardiaque et chute de tension artérielle.
- 7 Certains médicaments neuroleptiques sont dangereux pendant la grossesse.
- 8 Le sondage, *A Question of Choice*, (2000) réalisé par "**Rethink**", MIND et la Manic Depression Fellowship, relève que les principaux effets secondaires physiques les plus courants des neuroleptiques sont la prise de poids (62%) et les problèmes oculaires (38%).
- 9 Selon la recherche citée dans *Tobacco control policies within psychiatric and long-stay units* (2000), de 62% à 81% des schizophrènes diagnostiqués fument, par rapport à 25% de la population générale. Selon le département de la Santé, plus de 120.000 décès en Grande-Bretagne sont provoqués, tout ou partie, par le tabagisme. Le tabagisme produit également une forte incidence de caries.
- 10 Selon l'étude de Menezes et al., *Drug and alcohol problems among people with a severe mental illness in South London* (1996), les taux de prévalence de l'alcoolisme sont de près de 32% et 16% de toxicomanie courante.
- 11 Les personnes souffrant de maladies mentales graves ont un régime alimentaire médiocre pour les raisons suivantes :
- des revenus insuffisants ou une incapacité de budgétisation
 - une incapacité d'achat ou de préparation des aliments
 - une préférence pour les aliments gras, précuits, ce qui peut entraîner des caries
- 12 Selon l'unité Social Exclusion Unit, en 1998, l'on comptait encore 2000 sans-abri tous les jours, en Angleterre, soit 10.000 par an. Parmi eux, entre 30 et 50% d'entre eux souffrent de problèmes mentaux.
- 13 Selon l'étude, 'The health of single homeless people' de l'University of York (1991), les sans-abri ont trois fois plus de problèmes physiques, par ex. douleurs cardiaques et rhumatisme, que la population générale.
- 14 Selon les estimations du rapport, *Pressure Points* (1999), de l'organisme caritatif national pour les sans-abri, 'Crisis' :
- un tiers des personnes expropriées souffrent de maladie mentale
 - 60% des sans-abri souffrent de détresse mentale
 - 20% des sans-abri souffrent de maladie mentale grave
 - les sans-abri sont 35 fois plus susceptibles de se suicider que la population générale.

Autres politiques connexes de “Rethink”

- 1 Prévention du suicide chez les personnes victimes de maladies mentales graves.
- 2 Les sans-abri, victimes de maladies mentales graves
- 3 Médicaments pour les malades mentaux graves
- 4 Schizophrénie associée à la toxicomanie ou à l'alcoolisme
- 5 Qualité des soins hospitaliers.

Auteur Mike Took

Mai 2001

“Rethink” est l'appellation commerciale de la National Schizophrenia Fellowship, l'énoncé de notre mission est le suivant : Œuvrer ensemble pour aider tous ceux qui souffrent de maladie mentale grave, y compris la schizophrénie, à se rétablir par le biais d'une meilleure qualité de vie.

**Ces documents ont été réalisés grâce aux contribution charitable
par les organisations suivantes:**



Bristol-Myers Squibb Company



Lilly

Answers That Matter.



Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.



La World Federation for Mental Health remercie les sponsors du projet de la JMSM 2002. Leur assistance a été capitale pour la production et la distribution de cette publication. Si ce document vous a été utile, nous vous encourageons vivement d'envoyer vos brefs remerciements aux promoteurs principaux, aux adresses suivantes:

BRISTOL MYERS SQUIBB

Sam Sukoneck
PO BOX 4000
Princeton, NJ 08543-4000 USA

ASTRAZENECA

Nancy Olson
1800 Concord Pike
PO BOX 15437-OW3
Wilmington, DE 19850-5437 USA

ELI LILLY and COMPANY

Desiree Filippone
555 Twelfth Street, NW, Suite 650
Washington, DC 20004 USA

OTSUKA AMERICA PHARMACEUTICAL

Debra Kaufmann
2440 Research Boulevard
Rockville, MD 20850 USA

ORGANON INTERNATIONAL

Thomas Schrooyen
56 Livingston Avenue
Roseland NJ 07068 USA



For more information on World Mental Health Day
or to obtain further copies of the campaign packets, contact:

World Federation for Mental Health
PO Box 16810
Alexandria, VA 22302-0810 USA
Phone: +1 703 838 7543
Fax: +1 703 519 7648
Email: wmhday@wfmh.com
Web: www.wmhday.net or www.wfmh.org