



Déclaration commune sur la dépression chez les adultes –

**Comment améliorer la prévention, le
diagnostic et le traitement**

Le 17 octobre 2008



Avec le soutien de l'Alberta
Depression Initiative

L'Institute of Health Economics (IHE), avec le soutien de l'Alberta Depression Initiative, du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, de l'Alberta Health Services – Alberta Mental Health Board et la Commission de la santé mentale du Canada, a tenu la Conférence de concertation sur la dépression chez les adultes du 15 au 17 octobre 2008 à l'Hôtel Westin de Calgary, en Alberta. L'honorable Michael Kirby (président de la Commission de la santé mentale du Canada) a présidé un éminent panel de citoyens et d'experts pour formuler des recommandations pratiques sur la façon d'améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles dépressifs chez les adultes. Le président du panel d'experts, M. Scott Patten (professeur de la Faculté de médecine de l'Université de Calgary), a présidé un panel d'experts chargé de présenter les faits scientifiques disponibles sur la dépression chez les adultes. La présente déclaration commune a été publiée le 17 octobre 2008.

■ **Processus**

La présente déclaration commune a été rédigée par un panel indépendant de professionnels de la santé, d'universitaires et de représentants publics et tient compte : 1) des études publiées pertinentes, réunies par le comité de recherche scientifique de la conférence de concertation; 2) des présentations d'experts œuvrant dans des domaines touchant aux questions de la conférence; 3) de l'information fournie par les personnes vivant avec la dépression; 4) des questions et des commentaires formulés par les participants à la conférence pendant les périodes de discussion libre; 5) des débats privés tenus par le panel.

Comme la conférence a eu lieu en Alberta, au Canada, la Déclaration commune renvoie souvent à la situation qui prévaut dans cette province, bien qu'une partie des données proviennent également d'autres régions du Canada et des États-Unis.

La présente déclaration constitue un rapport indépendant du panel et ne constitue pas un énoncé de politique des partenaires ou des commanditaires de la conférence ou, encore, du gouvernement de l'Alberta.

■ **Questions présentées à la conférence**

Le panel s'est appuyé sur les faits qui lui ont été présentés à la conférence pour élaborer une déclaration commune qui répond aux questions suivantes.

- 1. En quoi consiste la dépression, et cette maladie est-elle courante?**
- 2. Quels sont les effets de la dépression pour l'individu, sa famille et la société?**
- 3. Quels sont les facteurs de risque de la dépression, et comment leur prévention peut-elle être améliorée?**
- 4. Quelles sont les méthodes les plus appropriées pour diagnostiquer la dépression?**
- 5. Quels sont les traitements actuels de la dépression, et quels sont les faits à l'appui de leur sûreté et de leur efficacité?**
- 6. Quels sont les obstacles à la gestion efficace de la dépression et les stratégies pour les surmonter?**

7. Quelles sont les nouvelles recherches qui doivent être menées dans ce domaine?

■ Introduction

La dépression est une maladie qui touche les individus de toutes les couches sociales. Ses coûts sur les plans humain et monétaire ne peuvent ni ne doivent être négligés.

En 1998, les jours d'absence pour incapacité de courte durée attribuables à la dépression ont coûté à eux seuls au Canada 2,6 milliards de dollars. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la dépression majeure est la première cause d'incapacité (2000). Celle-ci affecte annuellement environ une personne sur 20. La dépression est souvent associée au suicide, qui est la deuxième cause de décès chez les jeunes Canadiens.

La dépression est une maladie qui affecte le raisonnement, les émotions et le fonctionnement social d'une personne. Elle a également une incidence importante sur sa productivité, que ce soit au travail ou à l'école. Elle ajoute également aux problèmes de santé physique, ce qui accroît le fardeau de nombreuses maladies chroniques.

La dépression se manifeste dans un contexte social, et ses effets atteignent les membres de la famille, les collègues de travail, les communautés et, par le fait même, la majorité d'entre nous à un moment donné.

À la base, la dépression comporte beaucoup de déterminants complexes d'origine génétique, biologique (y compris la fonction cérébrale), psychosociale, culturelle et environnementale. Nombre de ceux-ci peuvent remonter aux expériences et aux premiers épisodes de dépression vécus pendant l'enfance et l'adolescence. La dépression affecte les individus tout au cours de leur vie. La forme qu'elle revêt peut varier selon l'âge, le sexe et la culture.

Malgré le vaste volume de connaissances dont nous disposons sur la dépression, nombre d'individus continuent à souffrir de ses symptômes, même lorsqu'il existe des interventions qui peuvent apporter ou qui apportent effectivement un soulagement. L'intolérance, l'ignorance, la rareté des interventions fondées sur des faits ou la difficulté d'accès à ces dernières ainsi que l'absence générale d'une stratégie globale à l'échelon provincial ou à l'échelle nationale empêchent le diagnostic et le traitement de la dépression.

La dépression est un problème de santé publique de la plus haute importance qui nécessite des solutions universellement accessibles, fondées sur des faits empiriques et intégrées à des politiques.

■ Question n° 1

En quoi consiste la dépression, et cette maladie est-elle courante?

Bien que tout le monde ait des périodes occasionnelles de tristesse, de cafard ou de détresse, ces sentiments sont habituellement de courte durée. Il peut survenir de plus longues périodes de détresse en raison d'un chagrin, tel que celui causé par la perte d'un être cher. Cependant, lorsque les sentiments de tristesse ou de détresse persistent et nuisent à la vie normale de tous les jours, il peut alors s'agir de dépression.

La majorité des personnes souffrant de cette maladie présenteront au moins certains des symptômes suivants : sentiments de tristesse persistante, anxiété, sentiment de vide, pessimisme, culpabilité, désespoir, impuissance, sentiment de dévalorisation et irritabilité. Elles peuvent également être incapables de ressentir du plaisir, perdre leur appétit sexuel, manquer d'énergie et d'enthousiasme, éprouver de l'insomnie, connaître des changements d'appétit ou avoir des pensées suicidaires.

Les personnes atteintes ne peuvent s'en sortir d'un claquement de doigts; leurs sentiments sont persistants et ne changent pas facilement.

La dépression accompagne souvent d'autres maladies. Pour certains, elle peut être accompagnée de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. En outre, elle peut précéder ou causer ces autres maladies et problèmes ou, encore, en être la conséquence.

L'intensité de la dépression peut varier considérablement – elle peut être légère, modérée, ou grave. Cette maladie ne peut survenir qu'une fois dans la vie, mais elle peut également être persistante ou récurrente.

Cette maladie peut se présenter différemment chez les hommes et les femmes, les différents groupes d'âge et les personnes de divers milieux culturels. Plus de femmes que d'hommes en souffriront.

La dépression est extrêmement courante et constitue la première cause d'incapacité dans le monde.

■ Question n° 2

Quels sont les effets de la dépression pour l'individu, sa famille et la société?

Perspective de la personne et de sa famille

La dépression peut être une maladie débilitante pour les personnes atteintes et leurs proches. Il arrive souvent qu'elle limite considérablement la qualité de vie. En outre, elle peut être physiquement douloureuse ainsi qu'affecter le raisonnement et le fonctionnement dans toutes les sphères de la vie. Cette maladie peut avoir des conséquences catastrophiques sur l'emploi et les rapports personnels. Elle laisse aux personnes des sentiments d'infériorité et détruit leurs rêves quant à leur identité actuelle et à ce qu'elles pourraient devenir.

Les personnes dépressives sont souvent victimes d'intolérance, de discrimination et d'exclusion sociale.

Qui plus est, les possibilités d'emploi deviennent souvent limitées, les pertes d'emploi sont fréquentes, et les prestations d'invalidité peuvent rarement remplacer le revenu dont les personnes jouissaient par le passé.

Les aidants naturels et les familles font face à bien des difficultés. Bon nombre d'entre eux sont incapables de comprendre le changement soudain qui survient dans la dynamique familiale lorsqu'un membre de la famille est dépressif. La personne atteinte et la famille souffrent d'exclusion sociale. La situation est souvent aggravée par la réticence de la personne dépressive à demander de l'aide. Certaines mettent fin à leur douleur de façon tragique, en se suicidant.

Si de meilleures mesures de dépistage initial étaient en place, si les techniques d'intervention précoce étaient améliorées et si la société, y compris les écoles et les réseaux sociaux, réservait un meilleur accueil aux personnes dépressives, l'incidence nuisible de cette maladie sur ces personnes et sur leur famille serait sensiblement réduite.

Incidence sur la santé physique

La dépression n'agit pas que sur l'esprit et sur le comportement. Elle affecte également la santé physique. Par exemple, à la suite d'une crise cardiaque, les personnes dépressives courent deux fois plus de risque de subir une nouvelle crise ou de mourir prématurément. Les complications médicales des personnes atteintes à la fois de diabète et de dépression sont plus nombreuses et, de ce fait, ont plus souvent recours aux services de santé. Le fait de souffrir à la fois d'une dépression et d'une maladie physique complique l'obtention d'aide et le rétablissement et est plus coûteux pour le système de santé.

Incidence sur le lieu de travail et la société

Les coûts de la dépression sont considérables, tant sur les plans humain qu'économique. Le coût annuel de la maladie mentale au Canada est estimé à plus de 33 milliards de dollars, et le facteur le plus important de ce coût est la dépression.

Ce sont les collègues de travail qui constatent souvent en premier l'apparition des problèmes de santé mentale. L'incidence considérable de la dépression sur la productivité du lieu de travail est de plus en plus reconnue, mais ce n'est qu'aujourd'hui que les employeurs canadiens commencent à comprendre l'importance de la dépression au travail et de son traitement.

Les perceptions erronées et le manque de connaissances sur cette maladie peuvent créer un milieu de travail empoisonné. Nombre d'employeurs craignent que la productivité de l'employé dépressif, même après son rétablissement, soit réduite plus tard. Les collègues se sentent souvent mal à l'aise en sa présence. En outre, en raison de l'intolérance et du manque de soutien dans le lieu de travail, l'employé dépressif ne peut pas demander de l'aide. L'incidence sur les employés et les employeurs est donc inutilement élevée.

Les employeurs informés peuvent mettre en place des structures et des politiques qui facilitent l'intervention précoce et un milieu de travail sain. Les coûts de la dépression seraient ainsi sensiblement réduits pour l'employeur.

Qui plus est, la question du traitement des employés atteints de dépression est de plus en plus examinée du point de vue des droits de la personne. Les employeurs peuvent avoir des obligations légales qui ne commencent qu'à être analysées dans le cadre de causes portées devant des tribunaux.

Accès aux services de traitement de la dépression

L'accès aux services de traitement de la dépression est compromis, en premier lieu, par la personne atteinte qui craint de divulguer sa maladie à un fournisseur de soins de santé et, en second lieu, par le manque de services offerts pour traiter cette maladie.

Le Canada dispose actuellement d'un système à deux vitesses pour le traitement de cette maladie : les soins offerts par le système de santé financé par l'État et dont l'accessibilité est inadéquate, et les soins offerts à ceux qui peuvent se permettre d'accéder à des services tels que ceux dispensés par un psychologue.

La perception selon laquelle les services de santé actuels financés par l'État suffisent au rétablissement de la personne dépressive est erronée. Les services sociaux et les ressources communautaires jouent souvent un rôle essentiel dans le rétablissement de la dépression.

Recommandations du panel

- Il est peut-être nécessaire d'améliorer les pratiques de lutte contre la discrimination pour s'assurer que les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou avec une maladie mentale ont les mêmes droits que les autres Canadiens.
- Il faut modifier la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour permettre aux aidants naturels de déduire les dépenses engagées afin de venir en aide à la personne dépressive.
- Il faut également appliquer équitablement les programmes de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et les programmes provinciaux de soutien du revenu afin qu'une invalidité causée par une maladie mentale soit traitée de la même façon qu'une invalidité causée par une maladie physique.
- De même, les personnes vivant avec une maladie mentale ou physique doivent jouir d'un accès équitable à l'assurance-emploi, à l'indemnisation des accidentés du travail et aux prestations d'invalidité à court et à long terme.
- Il faut inciter les employeurs publics et privés à créer un lieu de travail favorisant la santé mentale et à améliorer le soutien offert aux employés souffrant de dépression.

■ Question n° 3

Quels sont les facteurs de risque de la dépression, et comment leur prévention peut-elle être améliorée?

La dépression est un trouble complexe. Des facteurs biologiques, sociaux, environnementaux, psychologiques et culturels peuvent, seuls ou en combinaison, contribuer à cette maladie.

Les membres de la famille d'une personne atteinte courent une fois et demie à trois fois plus de risque de souffrir de la dépression qu'un membre de l'ensemble de la population.

Cependant, la génétique à elle seule ne peut expliquer la dépression. Les expériences précoces vécues au cours de l'enfance et l'adolescence peuvent jouer un rôle important dans le développement de la maladie. En

effet, la majorité des personnes dépressives présentent leurs premiers symptômes pendant l'enfance ou l'adolescence.

Les traumatismes subis pendant l'enfance (p. ex. maltraitance, négligence et dysfonction familiale) ont une incidence sur la santé physique et mentale d'une personne tout au long de sa vie. La façon dont elle pense et se sent à propos de tels traumatismes, qu'ils surviennent dans sa famille (p. ex. maltraitance, divorce, violence familiale et deuil) ou dans la communauté (p. ex. intimidation), a un effet profond sur le développement ultérieur de la maladie.

Les personnes sont plus vulnérables, sur le plan biologique, à certaines périodes de leur vie (p. ex. pendant l'adolescence et après l'accouchement).

Cependant, la biologie à elle seule n'explique pas la dépression. Le sexe et les influences sociales et culturelles sont également des facteurs clés. Une situation défavorisée sur le plan économique, les attentes rattachées au rôle des hommes et des femmes et le stress lié à de mauvaises pratiques administratives au travail constituent également des facteurs importants.

La dépression est plus fréquente chez les personnes atteintes de maladies chroniques. D'autres maladies ou leurs traitements (pharmacologiques ou autres) peuvent masquer la maladie, en imiter les symptômes et même en provoquer un épisode.

Le mode de vie (p. ex. activité, nutrition ou sommeil) peut avoir une incidence positive ou négative sur la santé mentale.

L'alcoolisme et la toxicomanie sont souvent associés à la dépression. Par exemple, les gens peuvent consommer de l'alcool pour soulager des symptômes. Cependant, comme l'alcool est un dépresseur, il peut aggraver la maladie. L'alcoolisme et la toxicomanie ainsi que la dépression, lorsqu'ils sont simultanés, rendent le traitement plus difficile.

Une bonne estime de soi, en particulier chez les jeunes, protège contre la dépression. Des capacités d'adaptation saines au stress quotidien et aux importants événements de la vie aident les gens à se protéger contre la dépression.

Une hausse des demandes liées au travail, une diminution de la flexibilité et des sentiments de contrôle limité au travail peuvent contribuer à la dépression. Voilà pourquoi il est si important de créer un milieu de travail favorisant la santé mentale.

Comme l'isolement est un facteur de risque, il est bon de jouir d'un solide soutien social et d'entretenir des relations positives avec des confidents. C'est ce qui explique pourquoi le mariage est un facteur de protection pour les hommes et que la séparation ou le divorce ainsi que la vie en solitaire sont des facteurs de risque de la dépression, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes.

La culture peut influencer sur la compréhension qu'ont les gens de la dépression et sur leurs interventions. Dans certaines cultures, l'intolérance liée à la maladie mentale peut influencer sur la recherche d'aide en cas de dépression, bien que cette maladie puisse être prévenue et traitée.

Recommandations du panel

- Les interventions liées à la dépression doivent être adaptées et rendues disponibles aux groupes à risque élevé (p. ex. personnes atteintes de maladies chroniques, victimes de traumatismes/violence, personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie, familles ayant des antécédents de dépression, mères en période postpartum et aînés).
- L'enfance et l'adolescence sont des périodes critiques en ce qui concerne la dépression. Ce groupe d'âge doit devenir une priorité en matière de santé mentale.
- Une approche axée sur la santé de la population en matière de prévention, le dépistage précoce et l'intervention doivent être mises en œuvre dans les écoles.
- La saine gestion du stress et de l'anxiété doit être l'un des objectifs des efforts de prévention à la maison, à l'école et au travail.
- Les individus qui se présentent à une évaluation de la dépression par des fournisseurs de soins de santé doivent être interrogés sur l'existence de traumatismes et d'expériences défavorables durant l'enfance.
- Une meilleure compréhension du lien qui existe entre l'alcoolisme et la toxicomanie, les maladies chroniques et la dépression par les fournisseurs de services est essentielle à une prévention optimale, à une détection précoce et à une intervention efficace à l'égard de ces troubles.

■ Question n° 4

Quelles sont les méthodes les plus appropriées pour diagnostiquer la dépression?

- *Détection précoce, dépistage et autres méthodes diagnostiques*
- *Diagnostic et suivi dans la perspective d'un médecin de famille*

Il n'est pas justifié de procéder à un dépistage dans l'ensemble de la population. Cependant, le dépistage ciblé chez des groupes à risque ou marginalisés (p. ex. jeunes de la rue, aînés en perte d'autonomie, Premières nations, Inuits et Métis, sans-abri, prisonniers, mères en période postpartum, jeunes adultes qui débutent leurs études au collège/à l'université, militaires) doit être envisagé.

Un tel dépistage ciblé ainsi que le diagnostic et le traitement qui y feront suite ne doivent pas être effectués en l'absence des outils et des services de soutien adéquats, notamment les suivants :

- outils d'autogestion;
- couverture appropriée et adéquate à l'assurance-médicaments;
- continuité des soins;
- accès à des conseillers en santé mentale;
- accès à des équipes multidisciplinaires, y compris à des psychiatres, à des psychologues et à d'autres;
- accès aux services amélioré et accueillant professionnels;
- auto-assistance/soutien par des pairs.

Ces outils et services, lorsqu'ils sont complétés par un programme de formation continue approprié à l'intention de l'ensemble des fournisseurs de services et qu'ils sont intégrés aux soins actifs, correspondent à un modèle de soins structurés et concertés, conforme à un paradigme des soins de santé centré sur la « gestion des maladies chroniques ».

Un certain nombre d'outils reconnus de dépistage de la dépression sont disponibles. Certains le sont dans des langues autres que l'anglais et le français. Les outils de dépistage et d'évaluation doivent être :

- adaptés à la culture;
- abordables;
- fiables (reproductibles);
- valides (identification exacte de la maladie);
- autogérés;
- autoévalués;
- concis (pratiques et susceptibles d'être utilisés en complément d'autres outils);
- adaptés aux personnes analphabètes.

Au Canada, la majorité des personnes atteintes de dépression qui demandent de l'aide s'adressent d'abord à leur médecin de famille. Aussi, ces derniers jouent un rôle important à l'égard du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi. Outre l'identification de la maladie, les outils de diagnostic peuvent aider tous les fournisseurs de soins de santé à adapter les traitements au degré de gravité des symptômes dont souffrent les patients (tel que recommandé, par exemple, par le National Institute for Clinical Excellence du Royaume-Uni).

Recommandations du panel

- Le dépistage universel de la dépression chez les Canadiens n'est pas recommandé. Le dépistage ciblé chez des groupes à risque et marginalisés est recommandé.
- L'utilisation d'outils d'évaluation à l'appui d'une approche axée sur la gradation des soins est recommandée pour le médecin de famille.
- Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des psychiatres du Canada, la Société canadienne de psychologie et les personnes ayant une expérience directe de la dépression doivent élaborer une trousse d'outils de dépistage et d'évaluation recommandés, adaptée à la situation canadienne.

■ Question n° 5

Quels sont les traitements actuels de la dépression, et quels sont les faits à l'appui de leur sûreté et de leur efficacité?

L'état des personnes souffrant de dépression s'améliorera avec le traitement. Ce dernier peut être divisé en deux étapes : le traitement de courte durée visant à traiter un épisode de la maladie, et le traitement d'entretien, visant à prévenir toute récurrence.

Les traitements de la dépression peuvent être classés en plusieurs groupes.

- Stratégies d'autotraitement (p. ex. contact et soutien sociaux, bonnes habitudes de sommeil, exercice, nutrition, modération de la consommation d'alcool et de drogues)
- Autogestion assistée (p. ex. carnets de travail, thérapie cognitivo-comportementale en ligne)
- Psychothérapie
- Médication
- Électroconvulsothérapie (ECT)

- Thérapies plus récentes qui sont encore à l'étude, comme la stimulation magnétique transcrânienne, la stimulation du nerf vague, la stimulation cérébrale profonde, les préparations à base d'herbes médicinales et les nutraceutiques ainsi que la luminothérapie.

Les personnes souffrant de dépression, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins de santé, choisissent des options de traitement après avoir considéré plusieurs facteurs. Une approche axée sur la gradation des soins est recommandée en cas de traitements plus intenses ou ayant davantage d'effets secondaires, réservés à une maladie plus grave. D'autres facteurs, dont les pratiques et les croyances culturelles et spirituelles, les préférences personnelles et l'expérience antérieure en matière de traitement, contribuent à l'établissement d'un plan de traitement optimal pour chaque personne. Le soutien de la société ou des pairs joue un rôle important dans la réussite du traitement.

L'acquisition de connaissances sur la dépression et la pratique de l'autogestion sont utiles pour la plupart des personnes et peuvent suffire en cas de dépression très légère. Il existe de nombreux livres sur l'autogestion (auto-assistance) et des ressources sur Internet, mais leur qualité varie. Pour bien choisir parmi ces ressources, il faut faire appel à une personne informée qui peut formuler des recommandations à cet égard.

La psychothérapie peut revêtir de nombreuses formes. La thérapie cognitivo-comportementale est la plus étudiée et constitue un traitement efficace pour la dépression, tant pour le traitement de courte durée que pour le traitement d'entretien. Peu de risques liés à la psychothérapie sont connus, et ils sont généralement considérés comme étant faibles. L'accessibilité à ces traitements pose des problèmes et, à l'heure actuelle, l'accès à la psychothérapie se fait habituellement grâce au financement privé au Canada.

Un grand nombre de nouveaux antidépresseurs ont été mis sur le marché au cours des vingt dernières années. Ils sont largement prescrits et généralement sûrs pour les adultes, bien que leurs effets secondaires puissent varier d'un médicament à l'autre et d'une personne à l'autre. Leur abordabilité peut être un facteur à considérer. Des types plus anciens d'antidépresseurs sont efficaces et peu coûteux, mais ils ont davantage d'effets secondaires et ne sont pas aussi sûrs que les médicaments plus récents.

Des recherches sont en cours concernant l'utilité et la sûreté de ces médicaments chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou en période postpartum, les personnes atteintes d'autres maladies et les

aînés. Toutes les personnes qui prennent un antidépresseur doivent faire l'objet d'un suivi régulier par un médecin prescripteur. La durée de la prise du médicament varie selon les facteurs cliniques propres à la personne, bien qu'il semble que plusieurs mois soient nécessaires au traitement d'un épisode de dépression. Les personnes qui ont souffert de nombreux épisodes de la maladie ou, encore, de dépression compliquée ou difficile à traiter peuvent prendre des médicaments pendant des années pour réduire les risques de récurrence et de suicide.

D'autres traitements sont réservés aux personnes atteintes de dépression grave qui n'ont pas réagi à la médication, à la psychothérapie ou à une combinaison de ces deux traitements. L'ECT est efficace dans bien des cas, même ceux dans lesquels d'autres traitements n'ont pas donné de résultats. Elle se fait sous une brève anesthésie, et certains éprouvent une perte de mémoire. La plupart des personnes qui subissent une ECT pour un épisode de dépression devront soit subir une ECT d'entretien soit prendre des médicaments pour empêcher sa récurrence.

Un certain nombre de traitements physiques en sont à diverses étapes de développement. La stimulation magnétique transcrânienne est une thérapie plus récente. Elle n'est peut-être pas aussi efficace que l'ECT, mais elle ne se fait pas sous anesthésie et ne semble pas provoquer des pertes de mémoire, bien que sa sûreté à long terme soit toujours à confirmer. Au Canada, la stimulation magnétique transcrânienne est approuvée pour le traitement de la dépression, mais n'est pas encore largement répandue. La stimulation du nerf vague et la stimulation cérébrale profonde sont des thérapies expérimentales qui ont été étudiées chez un petit nombre de patients atteints de dépression difficile à traiter.

D'autres thérapies sont employées pour certaines formes de dépression; par exemple, la luminothérapie est utile pour certaines personnes qui souffrent de dépression saisonnière ou hivernale.

Les suppléments alimentaires tels que les acides gras oméga, la S-adénylméthione et les préparations à base d'herbes médicinales, comme le millepertuis, sont actuellement à l'étude en tant que solutions de traitement possibles.

Tous les traitements donnent des résultats optimaux lorsqu'ils sont utilisés convenablement, et tous peuvent comporter des effets secondaires ou des risques supérieurs s'ils sont pris sans le concours d'un fournisseur de soins de santé bien informé. Soyez un consommateur averti!

Recommandations du panel

- Il convient d'étudier et d'évaluer les innovations en matière de services qui pourraient aider à combler les lacunes à l'égard de la fourniture de services de santé mentale (p. ex. télésanté, thérapie en ligne, thérapie par téléphone, thérapie partagée chez l'omnipraticien, modèles axés sur la gradation des soins, modèles de gestion des maladies chroniques et autres modèles de remboursement).
- Il faut mener des études indépendantes pour évaluer l'efficacité à long terme du traitement.
- Il faut mener des études pour mieux comprendre comment adapter de façon optimale le traitement à chaque culture. Il faut procéder à des essais portant sur l'efficacité des antidépresseurs, de la psychothérapie et de leur combinaison.
- Il faut modifier le système de santé afin que toutes les personnes atteintes de dépression aient accès à des services efficaces d'autogestion assistée, de psychothérapie et de pharmacothérapie. Pour ce faire, il faut s'engager à former et à financer les praticiens.
- L'efficacité et la sûreté des approches de traitement telles que l'autogestion, la gestion du mode vie et les thérapies associées à la stimulation cérébrale doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse.
- La Commission de la santé mentale du Canada doit faciliter la tenue de discussions sur la façon de mieux incorporer les méthodes de guérison traditionnelle et les pratiques spirituelles de diverses cultures au traitement courant de la dépression.

■ **Question n° 6**

Quels sont les obstacles à la gestion efficace de la dépression et les stratégies pour les surmonter?

Au Canada, la dépression est un enjeu de santé publique important. L'amélioration de la qualité des soins dispensés aux personnes souffrant de dépression exige la mise en œuvre d'une importante initiative ciblée qui nous permettra de surmonter plusieurs obstacles, lesquels peuvent être divisés selon qu'il est question de difficultés rencontrées par les personnes vivant avec la dépression, par les fournisseurs de services ou à l'intérieur même des systèmes dans lesquels ces services sont fournis.

Difficultés rencontrées par les personnes vivant avec la dépression

Seule une faible fraction des Canadiens qui souffrent de dépression demandent de l'aide. Un certain nombre de raisons expliquent cet état de

fait. Par exemple, il est possible que les personnes dépressives ne reconnaissent pas les signes et les symptômes de la dépression et qu'elles ignorent qu'il existe des traitements efficaces. D'autres disent craindre d'être perçues comme étant atteintes d'une maladie mentale ainsi que la réaction des autres, une situation qui peut être liée à l'intolérance dont est victime la personne dépressive ou à la façon dont la société en général considère la maladie mentale. L'intolérance et l'absence de mesures d'aide concrètes au travail sont particulièrement préoccupantes pour la personne qui vit avec la dépression.

Celle-ci peut ne pas savoir où demander de l'aide. Les membres de sa famille et ses amis peuvent ne pas savoir non plus où s'adresser. Les symptômes de la dépression peuvent rendre encore plus difficile le fait de demander de l'aide (p. ex. manque d'énergie, confusion mentale, faible estime de soi). Il peut arriver que certaines personnes souffrant de dépression grave soient moins en mesure de participer activement à leur guérison et, par conséquent, qu'elles aient besoin de davantage de soutien. La société doit mettre en place des mécanismes pour protéger les droits de ces personnes et faire en sorte que les meilleurs intérêts des personnes vulnérables soient respectés.

La signification qui est donnée à la dépression dans les différentes cultures peut représenter un obstacle supplémentaire. Les difficultés posées par la langue et l'analphabétisme peuvent rendre encore plus difficile la demande d'aide. Au Canada, des obstacles géographiques à l'accès aux soins s'ajoutent aux difficultés vécues.

Difficultés rencontrées par les fournisseurs de services

Les travailleurs de la santé ont relevé un certain nombre d'obstacles à la prestation de soins de haute qualité à l'intention des personnes atteintes de dépression. Certains mentionnent le besoin d'une meilleure information et de meilleurs outils. Il faut offrir aux fournisseurs de soins de santé de la formation, notamment de la formation continue, et des services de supervision pour faire en sorte que les meilleures approches soient adoptées pour le traitement de cette maladie et que la qualité des soins soit assurée.

Les médecins de famille en particulier sont frustrés par le peu de temps dont ils disposent pour offrir les services qui, selon eux, seraient les plus salutaires. Ils mentionnent en particulier le manque d'accès à la psychothérapie.

Les fournisseurs de soins de santé se disent mécontents du manque d'accès à une plus vaste fourchette de ressources et de services qui profiteraient à la personne dépressive. Ces ressources et services

incluent l'accès à des prestations d'invalidité, à des services de logement, à de la formation en milieu de travail, etc.

Difficultés rencontrées à l'intérieur même du système de prestation de services

De nombreux obstacles importants ont été relevés en tant que difficultés internes aux systèmes de prestation de services. Le premier point d'accès aux traitements est habituellement le médecin de famille. Cependant, un grand nombre de Canadiens n'ont pas accès à un tel professionnel. Qui plus est, le médecin de famille n'est d'ordinaire pas en mesure d'assurer la liaison avec la vaste gamme de services dont a besoin la personne qui souffre de dépression. Des avancées importantes concernant l'établissement d'une telle liaison sont réalisées dans le cadre de la réforme des soins primaires (p. ex. réseaux de soins primaires en Alberta, où des équipes multidisciplinaires travaillent de façon intégrée). Toutefois, la mise en œuvre des mécanismes de financement, de remboursement et de formation qui doivent soutenir la réforme n'est pas encore terminée.

Lorsqu'un médecin de famille désire aiguiller une personne vers des services spécialisés de traitement de la dépression, de nouveaux obstacles se dressent pour l'accès à ces services. Les listes d'attente pour des services de psychiatrie sont longues, et le système public ne fournit pas un accès adéquat à d'autres types de services spécialisés, comme ceux dispensés par des psychologues et d'autres professionnels de la santé.

L'organisation du système actuel ne permet pas de répondre aux besoins de la personne dépressive et de sa famille. Un système remanié placerait cette clientèle au centre du système. En plus de faire participer plus activement la personne à son propre traitement en favorisant l'autogestion des soins, il inciterait la personne traitée à prendre part à des activités d'aide mutuelle, à des évaluations et à la prise de décisions stratégiques.

Recommandations du panel

Les changements que nous devons mettre en œuvre pour répondre aux besoins des personnes souffrant de dépression sont substantiels.

- La Commission de la santé mentale du Canada doit :
 - faire en sorte que son centre d'échange des connaissances se concentre sur l'éducation en matière de santé mentale afin de satisfaire aux besoins particuliers des personnes vivant avec la dépression;
 - élaborer un programme qui s'attaque à l'intolérance associée à la dépression dans notre société.

- Une réorganisation substantielle de l'offre de services de gestion de la dépression s'impose. L'évaluation et le traitement de la dépression doivent être intégrés aux initiatives mises en œuvre dans le cadre de la gestion des maladies chroniques et de la réforme des soins primaires. Ces changements sont compatibles avec le modèle axé sur le patient élaboré dans le cadre de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Il faut remanier les soins de santé et les règles de financement des services professionnels afin de stimuler et de favoriser le changement et l'innovation en matière de dépistage au sein du système ainsi que l'adoption d'une approche axée sur la gradation des soins au sein d'un modèle de gestion des maladies chroniques.
- Il faut assurer un financement continu afin de faciliter la participation des personnes atteintes de dépression, de leur famille et de groupes représentatifs à des réunions de groupes d'auto-assistance et de soutien par des pairs et à la réforme du système.
- Il faut faire des employeurs et des assureurs des partenaires qui apporteront une contribution supplémentaire aux ressources et aux services dont ont besoin les personnes vivant avec la dépression dans leur lieu de travail.
- Il faut trouver des méthodes pour offrir des services et des ressources aux Premières nations, aux Métis, aux Inuits et aux communautés rurales et éloignées. Il s'agit d'un domaine où il faudra faire preuve d'innovation ciblée.
- Le panel reconnaît qu'il faudra investir des ressources substantielles pour abolir les obstacles qui nous empêchent actuellement d'améliorer le traitement de la dépression.

■ Question n° 7

Quelles sont les nouvelles recherches qui doivent être menées dans ce domaine?

La recherche sur la dépression doit recevoir un soutien approprié et un financement proportionnel au fardeau économique associé à la maladie – l'écart à combler est évident.

Recommandations du panel

Un groupe de partenaires, mené par la Commission de la santé mentale du Canada, doit élaborer un cadre exhaustif pour la recherche sur la dépression en tenant compte des préoccupations soulevées à la Conférence de concertation sur la dépression chez les adultes.

D'autres recommandations, pertinentes pour les recherches à venir, se rapportent entre autres aux modèles de prestation de services, au rôle des soins primaires, aux méthodes de financement mieux adaptées à une prestation de services plus efficace, à l'identification des risques pendant des périodes critiques de la vie ainsi qu'aux effets cumulatifs du stress.

Le cadre exhaustif pour la recherche doit inclure les thèmes suivants, sans s'y limiter.

■ Études biomédicales de la dépression

La recherche sur la dépression doit profiter des avancées en neurosciences.

- Il faut financer des équipes de recherche multidisciplinaires pour étudier les symptômes, les comorbidités, la neurochimie, la génétique ou les services d'imagerie qui sont pertinents au traitement.
- Il faut mener des recherches en pharmacothérapie afin de concevoir des antidépresseurs plus efficaces. L'action des médicaments actuels est lente, leurs effets secondaires sont nombreux, mais ces médicaments sont plus sûrs, bien que plus coûteux, que les médicaments plus anciens.

■ Prévention de la dépression

Une prévention adéquate est fonction de l'identification des facteurs de risque. Il nous faut un système pour surveiller les facteurs de risque de la dépression afin d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention qui peuvent réduire le risque de dépression, y compris :

- des programmes prénataux, des stratégies pour réduire la violence envers les enfants et son incidence ainsi que des programmes de dépistage de la dépression postpartum;
- des programmes d'étude des facteurs de risque organisationnels sur le lieu de travail et des programmes pour un milieu de travail sain.

■ Aspects économiques de la dépression

Étant donné la rareté des ressources et l'importance des besoins, nous devons employer nos ressources limitées le plus efficacement possible. En conséquence, il faut poursuivre l'étude des coûts de la dépression, y compris sur les plans humain et social ainsi que dans le milieu de travail et les systèmes de santé.

Le programme de recherche dans ce secteur pourrait inclure :

- une évaluation économique de différentes interventions et approches;
- un suivi continu des dépenses engagées en santé pour faire face au fardeau que représente la dépression;
- un examen des structures de financement et de remboursement pour différents modèles de traitement de la dépression qui favorisent l'accès et la qualité dans un environnement axé sur le patient;
- un examen des structures relatives aux prestations pour favoriser une utilisation efficace des services par les patients de même que le rétablissement de ces derniers;
- un examen de l'équilibre optimal entre le financement privé (p. ex. travailleurs, citoyens, patients et employeurs) et public d'un accès accru à la psychothérapie selon les modèles élaborés en Australie et au Royaume-Uni.

■ Efficacité des services de traitement de la dépression

Les modèles utilisés pour le traitement de la dépression doivent s'intégrer aux réformes des soins primaires. Un programme de recherche possible pourrait inclure :

- l'évaluation de nouvelles voies de traitement de la dépression axées sur le patient, intégrées à celles visant d'autres maladies chroniques et troubles mentaux courants (p. ex. troubles de l'anxiété, alcoolisme et toxicomanie);
- l'élaboration de traitements reposant sur des lignes directrices minimales et faisant appel à des protocoles simples et à des échelles d'évaluation normalisées;
- l'évaluation de psychothérapies (y compris la psychothérapie brève et la psychothérapie de groupe) et de traitements autogérés (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale en ligne);

- l'évaluation de services d'aide mutuelle, d'auto-assistance et de soutien par des pairs offerts au client.

■ **Épidémiologie de la dépression**

Il faut mettre l'accent sur la réalisation d'études longitudinales afin d'examiner :

- les effets des périodes critiques du développement;
- l'effet des stress développementaux cumulatifs;
- les « chaînes d'adversité » et les « chaînes de risque ».

Il faut également inclure les variables pertinentes à la dépression dans les études longitudinales nouvelles ou proposées au Canada.

Enfin, il convient de réexaminer les hypothèses diagnostiques concernant la dépression et ses sous-classifications :

- étudier l'adoption d'une approche dimensionnelle en regard du diagnostic;
- la délimitation de chaque trouble est plus complexe que ce que les systèmes de diagnostic actuels laissent sous-entendre (p. ex. différence entre anxiété et dépression).

■ **Clients/patients et familles/aidants naturels**

Il faut soutenir davantage la recherche axée sur le patient. Les expériences vécues par celui-ci constituent un précieux guide des réalités de la maladie mentale.

■ **Résultats obtenus**

Les chercheurs en santé mentale doivent élargir leur perspective des résultats obtenus afin de voir au-delà des essais cliniques comparatifs sur échantillon aléatoire. Le recours à des méthodes qualitatives, à des témoignages narratifs et à d'autres moyens doit être envisagé.

■ **Échange de connaissances**

Tout programme de recherche doit investir dans des activités d'échange des connaissances ainsi qu'évaluer les résultats et les approches optimales.

■ Conclusion

Les membres du panel estiment avant tout que les services offerts aux personnes vivant avec la dépression doivent être améliorés. Le coût humain de la dépression est énorme. Son incidence est ressentie à la maison, au travail, dans la communauté plus vaste – et, par extension, au Canada.

Nous devons mieux comprendre la dépression et les multiples facteurs qui y sont associés, sans quoi nous ne pourrions ni prévenir, ni diagnostiquer, ni traiter cette maladie comme il se doit.

Nous devons considérer ceux qui souffrent de dépression avant tout comme des personnes. Nous devons respecter leur individualité, leur expérience, leur culture et leur spiritualité. Nous devons honorer leurs préférences en matière de traitement et les faire participer à leur propre guérison.

Les fournisseurs de soins doivent travailler avec la personne dépressive ainsi que bien comprendre les responsabilités et les rôles de chacun. Plus que tout, nous devons placer la personne vivant avec la dépression ainsi que sa famille et ses aidants naturels au centre du système de traitement.

Les efforts consentis dans l'amélioration du système doivent être éclairés par la recherche et les résultats obtenus. Toutefois, la recherche et ses résultats ne suffisent pas s'ils sont considérés isolément. Cette connaissance doit être reflétée dans les politiques et dans la pratique pour les fournisseurs de services, pour les employeurs et les collègues, pour les centres de formation, y compris ceux qui enseignent à des professionnels de la santé, et pour les décideurs à tous les paliers.

Tous les ordres de gouvernement doivent faire preuve de leadership en assurant l'élaboration et la promotion de politiques qui apporteront des changements positifs dans le système de soins. Ils doivent promouvoir le respect de la personne atteinte de dépression à son domicile, à son travail et dans sa communauté.

La dépression doit être reconnue comme étant la priorité qu'elle est en matière de santé et recevoir les ressources en conséquence. En investissant de manière éclairée et avec compassion dans la dépression, les Canadiens investissent dans leur avenir.

C'est maintenant qu'il faut agir.

■ Membres du panel

Président du panel

L'honorable Michael Kirby, président, Commission de la santé mentale du Canada

Membres du panel

M. Roger Bland, directeur médical exécutif, Alberta Health Services – Alberta Mental Health Board; professeur émérite, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta

M^{me} Carolyn Dewa, chef de programme, Recherche et évaluation sur le travail et le mieux-être, Centre de toxicomanie et de santé mentale; professeure agrégée, Département de psychiatrie et Département de la politique, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto; Instituts de recherche en santé du Canada/Agence de la santé publique du Canada, Chaire en santé publique appliquée

M^{me} Madeleine Dion Stout, présidente, Dion Stout Reflections; membre du conseil d'administration inaugural et vice-présidente du conseil d'administration, Commission de la santé mentale du Canada

M. Elliot Goldner, professeur, Faculté des sciences de la santé, Centre de recherche appliquée en santé mentale et en toxicomanie, Université Simon Fraser; président du comité consultatif sur la science, Commission de la santé mentale du Canada

M^{me} Nancy Hall, consultante en matière de recherche fondée sur les politiques et les communautés, Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique; membre du comité d'examen de la santé mentale en Colombie-Britannique; ancienne défenseure des personnes souffrant de problèmes de santé mentale en Colombie-Britannique.

M. Alain Lesage, professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

M^{me} Glenda MacQueen, professeure et chef, Département de psychiatrie, Université de Calgary et Alberta Health Services – Calgary Health Region

M. Ian Manion, directeur exécutif, Centre provincial d'excellence pour la santé mentale des enfants et des adolescents, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

M. Garey Mazowita, président, Département de médecine familiale et communautaire, Providence Health Care; professeur agrégé d'enseignement clinique, Université de la Colombie-Britannique

M. Rod Phillips, président et PDG, Shepell-fgi

M^{me} Shelagh Rogers, journaliste en radiotélédiffusion, Radio-Canada

M. Phil Upshall, directeur exécutif national, Société pour les troubles de l'humeur du Canada; conseiller spécial sur les relations avec les intervenants, Commission de la santé mentale du Canada; professeur auxiliaire, Département de psychiatrie, Université Dalhousie, ancien directeur exécutif, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale; directeur de projet, Semaine de sensibilisation aux maladies mentales 2008

■ Conférenciers et sujets

En quoi consiste la dépression, et cette maladie est-elle courante?

Troubles dépressifs, symptômes, prévalence et incidence

Scott B. Patten, M.D., FRCPC, Ph.D., professeur, Faculté de médecine, départements des sciences de la santé communautaire et de la psychiatrie, Université de Calgary

Quels sont les effets de la dépression pour l'individu, sa famille et la société?

Perspective de la personne et de sa famille

Shelagh Rogers, journaliste en radiotélédiffusion, Radio-Canada

Incidence sur la mortalité et la morbidité, y compris sur d'autres maladies

Eldon R. Smith, O.C., M.D., FRCPC, professeur émérite, Université de Calgary; président, Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action

Lauren Brown, B.Sc. (pharm.), M.Sc., ACPR, aspirante au doctorat, École de santé publique, Université de l'Alberta

Incidence sur le lieu de travail et la société

Zorianna Hyworon, présidente-directrice générale, InfoTech Inc.

Incidence économique et utilisation des services de santé

Philip Jacobs, Ph.D. (phil.), C.M.A., directeur des collaborations en matière de recherche, Institute of Health Economics; professeur en économie de la santé, Faculté de médecine, Université de l'Alberta

Quels sont les facteurs de risque de la dépression, et comment peut-on améliorer leur prévention?

Âge, sexe, race et génétique

Sidney H. Kennedy, M.D., professeur de psychiatrie et psychiatre en chef, University Health Network, Université de Toronto; président fondateur, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)

Lien entre les expériences défavorables durant l'enfance et la dépression à l'âge adulte

Vincent Felitti, M.D., professeur d'enseignement clinique en médecine, University of California; président fondateur de Preventative Medicine, Kaiser Permanente, San Diego

Facteurs à l'origine de différentes formes de stress et relation avec la dépression

Sonia Lupien, Ph.D., directrice scientifique du Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Université de Montréal

Alcoolisme et toxicomanie

Nady el-Guebaly, M.D., Ph.D. (psych.), D.H.P., FRCPC, professeur et chef de la division des toxicomanies, Département de psychiatrie, Université de Calgary; médecin en titre, Addiction Program and Centre, Alberta Health Services – Calgary Health Region

Facteurs de risque liés au travail

Mary Ann Baynton, M.S.S., TSI, directrice, Mental Health Works, Association canadienne pour la santé mentale; directrice du programme pour l'Ontario, Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West

Quelles sont les méthodes les plus appropriées pour diagnostiquer la dépression?

Détection précoce, dépistage et autres méthodes diagnostiques

David L. Streiner, Ph.D., psychologue certifié, professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto; vice-président adjoint et directeur de la recherche, Unité de recherche appliquée Kunin-Lunenfeld, Baycrest

Diagnostic et suivi dans la perspective d'un médecin de famille

June Bergman, M.D., CCMF, FCMF, professeure agrégée, Département de médecine familiale, Université de Calgary

Quels sont les traitements actuels de la dépression, et quels sont les faits à l'appui de leur sûreté et de leur efficacité?

Traitement pharmaceutique : avantages et risques

Raymond W. Lam, M.D., FRCPC, professeur et chef de la division de la neuroscience clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique; directeur, Mood Disorders Centre of Excellence, Hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique, Vancouver

Thérapie cognitivo-comportementale

Keith Dobson, Ph.D., professeur et chef du Département de psychologie, Université de Calgary; directeur exécutif, Conseil canadien des départements de psychologie; président élu, Academy of Cognitive Therapy; président élu, International Association for Cognitive Psychotherapy

Quels sont les traitements actuels de la dépression, et quels sont les faits à l'appui de leur sûreté et de leur efficacité?

Psychothérapie

Janet M. de Groot, B.Sc. (méd.), M.D., FRCPC, professeure agrégée, Département de psychiatrie et d'oncologie et doyenne associée, Équité et relations professeurs-étudiants, Université de Calgary

Autogestion

Dan Bilsker, Ph.D., professeur auxiliaire, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser; professeur adjoint d'enseignement clinique, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

Quels sont les traitements actuels de la dépression, et quels sont les faits à l'appui de leur sûreté et de leur efficacité?

Électroconvulsothérapie

Harold A. Sackeim, Ph.D., professeur, Département de psychiatrie et de radiologie, College of Physicians and Surgeons of Columbia University; chef émérite, Département de psychiatrie biologique, New York State Psychiatric Institute

Formes non classiques de traitement de la dépression

Raymond W. Lam, M.D., FRCPC, professeur et chef de la division de la neuroscience clinique, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique; directeur, Mood Disorders Centre of Excellence, Hôpital de l'Université de la Colombie-Britannique, Vancouver

Pratiques de guérison dans la collectivité autochtone

Leonard Bastien, aîné et consultant, Native Multi-Service Team, Calgary and Area Child and Family Services Authority

Quels sont les obstacles à la gestion efficace de la dépression et les stratégies pour les surmonter?

Intolérance

Patrick Corrigan, Psy.D., professeur et doyen associé pour la recherche, Institute of Psychology, Illinois Institute of Technology

Structure des soins de santé, systèmes de financement et de remboursement

A. Donald Milliken, M.B., M.H.S.A., FRCPC, président du comité de défense des droits et ancien président de l'Association des psychiatres du Canada; Affective Disorders Clinic, Victoria

Éducation en santé mentale : outils pour les individus et leur famille

Thomas Ungar, M.D., M.Éd., CCMF, FCMF, FRCPC, DABPN, chef de la psychiatrie, North York General Hospital

Accès des personnes souffrant de dépression à des soins de santé

David J. A. Dozois, Ph.D., psychologue certifié, professeur agrégé, Département de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université de l'ouest de l'Ontario

Temps d'attente et pénurie de personnel

Patrick J. White, M.B., B.Ch., MRCPsych., professeur d'enseignement clinique et président, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta; directeur du programme clinique régional en santé mentale, Alberta Health Services – Capital Health

Quelles sont les nouvelles recherches qui doivent être menées dans ce domaine?

Recherche biomédicale

Glen Baker, Ph.D., D.Sc., professeur, vice-président (recherche) et directeur de l'unité de recherche en neurochimie, Département de psychiatrie, Université de l'Alberta

Recherche clinique

Sidney H. Kennedy, M.D., professeur de psychiatrie et psychiatre en chef, University Health Network, Université de Toronto; président fondateur, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)

Santé de la population

Scott B. Patten, M.D., FRCPC, Ph.D., professeur, Faculté de médecine, départements des sciences de la santé communautaire et de la psychiatrie, Université de Calgary

Économie

Philip Jacobs, Ph.D. (phil.), C.M.A., directeur des collaborations en matière de recherche, Institute of Health Economics; professeur en économie de la santé, Faculté de médecine, Université de l'Alberta

Politique

Angus H. Thompson, Ph.D., Département de psychiatrie et Alberta Centre for Injury Control and Research, Université de l'Alberta; attaché de recherche, Institute of Health Economics

■ **Comité organisateur**

M. Egon Jonsson, président du comité organisateur, directeur exécutif et PDG, Institute of Health Economics

L'honorable Michael Kirby, président du panel et président de la Commission de la santé mentale du Canada

M. Scott Patten, président scientifique, professeur aux départements des sciences de la santé communautaire et de la psychiatrie, Université de Calgary

M. Ray Block, ancien président et PDG, Alberta Health Services – Alberta Mental Health Board

M. John Warrington, gestionnaire, Affaires externes-Ouest, Wyeth Canada

M. Roger Bland, directeur médical exécutif, Alberta Health Services – Alberta Mental Health Board

M. Steve Newman, professeur de psychiatrie, Université de l'Alberta

M^{me} Lisa Bergerman, coordonnatrice à la recherche, Alberta Health Services – Alberta Mental Health Board

M. Steve Clelland, directeur de la recherche, Alberta Health Services – Alberta Mental Health Board

M. Steve Long, directeur exécutif des produits pharmaceutiques et des sciences de la vie, ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta

M. Craig Mitton, professeur adjoint en études de la santé, Université de la Colombie-Britannique

M. John Sproule, directeur principal des politiques, Institute of Health Economics

M^{me} Rhonda Lothammer, gestionnaire des communications, Institute of Health Economics

M^{me} Judy Wry, gestionnaire de projet, BUKSA Associates Inc.

■ **Comité des communications**

M^{me} Rhonda Lothammer, gestionnaire des communications, Institute of Health Economics

M. Mike Pietrus, directeur, Communications, Commission de la santé mentale du Canada

M^{me} Josephine Lamy, coordonnatrice des communications, Alberta Health Services – Alberta Mental Health Board

Déclaration

Tous les membres du panel qui ont participé à cette conférence et qui ont contribué à la rédaction de la présente déclaration ont été identifiés comme n'étant engagés dans aucun conflit d'intérêt financier ou scientifique, et tous ont signé des formulaires attestant de ce fait. À la différence des experts conférenciers qui présentent des données scientifiques à la conférence, les personnes invitées à participer au panel de concertation ont fait l'objet d'un examen avant leur sélection pour faire en sorte qu'aucun d'entre eux ne soit le promoteur d'une position donnée en regard du sujet étudié.

**Pour toute question ou commentaire,
communiquer avec :**

Institute of Health Economics
1200, 10405 Jasper Avenue
Edmonton (Alberta) T5J 3N4

Tél. : 780-448-4881; téléc. : 780-448-0018
Courriel : info@ihe.ca

www.ihe.ca