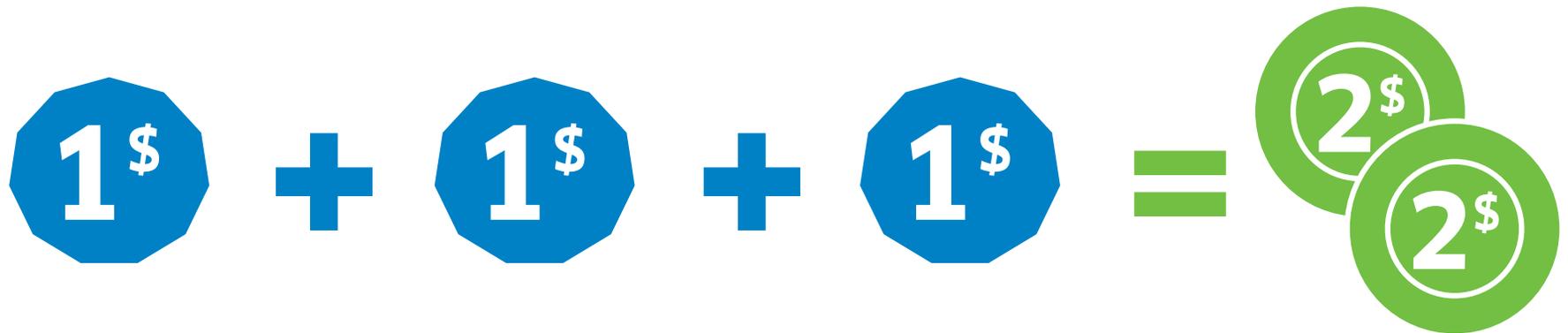




# Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA

MARS 2017



## Remerciements

Ce rapport a été rédigé par les membres de l'Unité des politiques et de la recherche du Centre d'échange des connaissances de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), qui est la seule responsable de son contenu. Cependant, ce document n'aurait pas été possible sans les recherches spécialisées, les analyses et les examens fournis par le Dr Alain Lesage (professeur à l'Université de Montréal et chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal) et son équipe de recherche compétente, particulièrement Mme Ionela L-Gheorghiu, ni sans les analyses réalisées par M. Phil Jacobs, directeur des collaborations en recherche à l'Institute on Health Economics de l'Alberta. Nous sommes également reconnaissants à M. Nawaf Madi, gestionnaire, Réadaptation et Santé mentale à l'Institut canadien d'information sur la santé, et à M. Steve Lurie, directeur général de la section torontoise de l'Association canadienne pour la santé mentale, pour leurs examens et conseils critiques. Les projections de prévalence pour 2016 et certains renseignements sur les coûts s'appuient sur les données d'une étude entreprise par l'équipe de RiskAnalytica qui a produit le rapport de 2011, *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada* (qui a également sous-tendu le document *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, publié par la CSMC en 2013).

---

*This document is available in English.*

Ce document est disponible à l'adresse  
<http://www.commissionsantementale.ca>

## Droits d'auteur

© Commission de la santé mentale du Canada, 2017

Les vues exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

ISBN : 978-1-77318-041-0

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada

# Avant-propos

En 2013, la Commission de la santé mentale du Canada (la CSMC) a répondu à la question pressante : « Pourquoi investir dans la santé mentale? ». Elle a projeté sur les 30 prochaines années les graves répercussions économiques et sociales de ne pas faire de la santé mentale une priorité.

La nécessité d'investir n'est plus contestée. L'Organisation de coopération et de développement économiques, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé reconnaissent toute l'abondance de preuves, de plans et de stratégies. Ce qui manquait était la volonté politique. Aujourd'hui, pour la première fois, le gouvernement du Canada a fait de la santé mentale une priorité du nouvel accord sur la santé.

Le présent rapport ne fait pas seulement réitérer l'importance d'orienter des fonds vers la santé mentale. Il traite de la question pressante à laquelle les provinces et territoires sont confrontés depuis de nombreuses années : « Où investir? ».

Nous savons, par exemple, que les problèmes de santé mentale apparaissent souvent durant l'enfance et l'adolescence. Sans traitement, ils peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et avoir des répercussions sur le plan humain et économique.

Le rapport démontre que des dépenses intelligentes en santé mentale rapportent gros. Par exemple, le programme complet d'intervention précoce de l'Ontario, Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, permet d'économiser près de 25 % par personne sur les services financés par les fonds publics. Ces économies découlent de la réduction du nombre de visites chez le médecin et des coûts en assistance sociale et en éducation.

Les études sur la rentabilité présentées dans ce rapport mettent en évidence les avantages d'investir dans des programmes fondés sur des preuves bien établies : qualité des soins, soins primaires, prévention et intervention précoce, amélioration de l'accès aux services communautaires de santé mentale pour les maladies mentales graves, élargissement de l'accès aux services

de conseils et de psychothérapie pour tous les groupes d'âge, ainsi que prévention du suicide dans les collectivités.

Par exemple, les coûts que les hôpitaux engageraient normalement pour traiter les jeunes qui se présentent aux urgences avec des pensées suicidaires peuvent être réduits de moitié grâce aux équipes d'intervention rapide dans les collectivités.

Les administrateurs des soins de santé et les élus doivent prendre des décisions difficiles à savoir dans quels programmes et services de santé mentale il faut investir. *Faire valoir les arguments* peut guider leurs choix.

Le rapport fait référence à des études canadiennes sur les avantages des investissements stratégiques dans les secteurs prioritaires, et ses conclusions sont étayées par *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, ainsi que par les stratégies en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des 13 provinces et territoires.

*Faire valoir les arguments* fait ressortir la valeur des dépenses dans les services communautaires, de l'expansion des interventions précoces et de la mesure des résultats, qui devraient être considérées comme un investissement dans la santé de la population du Canada et non pas comme un fardeau sur les fonds publics.



**L'honorable Michael Wilson,  
P.C., C.C.**

Président du conseil  
d'administration  
**Commission de la santé  
mentale du Canada**



**Louise Bradley**

Présidente-directrice générale  
**Commission de la santé  
mentale du Canada**

# Table des matières

Remerciements .....	2
Avant-propos .....	3
Aperçu .....	6
Échelle des maladies et problèmes associés à la santé mentale .....	9
L'impact humain des maladies mentales .....	11
Maladies mentales chez les jeunes : répercussions sur toute la vie pour la personne et pour l'économie .....	12
La santé mentale et la population vieillissante du Canada : un problème croissant .....	15
Disparités et santé mentale .....	16
Répercussions économiques des maladies et problèmes associés à la santé mentale .....	16
Les coûts économiques de la santé mentale : études et données probantes .....	17
Les dépenses actuelles en services ne répondent pas aux besoins .....	23
Décider où investir .....	27
Références .....	33

# Aperçu

En 2013, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a publié un document intitulé *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, qui présentait des arguments économiques clairs en faveur d'investissements dans le système de santé mentale. La maladie mentale coûte plus de 50 milliards de dollars à l'économie canadienne. Par ailleurs, 1,6 million de personnes affirment que leurs besoins en soins de santé mentale ne sont pas comblés et 7,5 millions sont aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale. Face à ces réalités, il ne suffit plus de concevoir des plans et des stratégies : le moment est venu de passer à l'action.

Pour la première fois, le gouvernement du Canada a fait de la santé mentale une priorité du nouvel accord sur la santé. Des pressions de plus en plus fortes s'exercent pour que des investissements avisés soient effectués en santé mentale.

Le présent rapport est un élément clé qui montre clairement comment les provinces et territoires peuvent améliorer leur situation financière tout en favorisant la santé mentale. Cette proposition gagnante fait valoir que les dépenses en santé mentale sont un investissement dans la « richesse mentale » du Canada et non pas un fardeau pour les fonds publics.

Beaucoup de maladies et de problèmes associés à la santé mentale apparaissent durant l'enfance et l'adolescence. Il n'est donc pas étonnant que les investissements dans la promotion de la santé mentale et l'intervention précoce soient reconnus comme un moyen d'enrayer les pertes économiques. Fait tout aussi important, ces interventions peuvent alléger le fardeau humain de maladies qui

risquent de compromettre la qualité de vie d'une personne, de l'enfance jusqu'à l'âge d'or.

Le rapport mentionne neuf études canadiennes importantes qui soulignent les économies qu'entraîneront les montants investis dans des approches fondées sur des données probantes. Ces interventions efficaces reflètent les recommandations mises de l'avant dans *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada* ainsi que dans les stratégies en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances des 13 provinces et territoires.

Le rapport montre les économies qu'il serait possible de réaliser en investissant dans des interventions conformes aux pratiques exemplaires, notamment :

## Les pratiques et programmes qui s'étendent le long du continuum de soins, comme

- constituer des équipes communautaires d'intervention rapide, qui peuvent réduire de moitié les coûts des soins de santé fournis aux jeunes qui ont des pensées suicidaires;
- élargir l'accès à la psychothérapie, ce qui permet d'améliorer la qualité de vie et d'économiser environ deux dollars sur les honoraires des médecins généralistes par dollar dépensé;
- offrir une séance de counseling aux visiteurs fréquents des urgences, ce qui entraîne des économies nettes de 21 \$ par client au cours du premier mois grâce à la réduction du nombre de visites à l'hôpital et d'un retour plus rapide au travail;
- offrir six séances psychothérapeutiques en milieu de soins primaires aux adultes vieillissants au lieu de simplement leur fournir des sédatifs ou de ne pas les traiter du tout, ce qui permet d'améliorer leur qualité de

vie de façon mesurable et se traduit par des avantages économiques quantifiables pouvant atteindre 13 000 \$ par personne;

- offrir en temps opportun aux personnes en congé d'invalidité de courte durée des soins en collaboration (entre le médecin de famille, le gestionnaire des cas d'incapacité et le spécialiste conseil), ce qui permet de réduire la durée de leur congé d'invalidité de 16 jours et évite qu'il se transforme en congé d'invalidité de longue durée.

### Les programmes de prévention et d'intervention précoce, y compris :

- le programme Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur de l'Ontario, une approche de prévention primaire et d'intervention précoce axée sur la santé publique à l'intention des familles et des enfants, qui permet d'économiser quatre dollars en dépenses publiques par tranche de trois dollars dépensés;
- les programmes tels que le « Triple P » (Positive Parenting Program) à l'intention des parents d'enfants atteints de troubles des conduites, qui sont neutres sur le plan des coûts et qui donnent de meilleurs résultats.

### Les services intensifs pour les personnes aux prises avec de graves maladies mentales qui sont associés à des approches rentables, par exemple :

- des investissements d'environ 22 000 \$ par personne dans la stratégie Logement d'abord, y compris un suivi intensif dans le milieu pour les utilisateurs très fréquents des services, qui permettent d'économiser jusqu'à 42 000 \$ en services qui auraient autrement été utilisés.

Le sous-financement chronique a fait grimper le prix que la population canadienne doit payer pour les problèmes de santé mentale, tant sur le plan humain qu'économique.

Il suffit de jeter un coup d'œil aux 85 centres communautaires agréés de santé mentale pour enfants, où il faut attendre jusqu'à 18 mois pour obtenir les deux services les plus recherchés, soit le counseling à long terme et la thérapie intensive. Fait tout aussi préoccupant, à Toronto, plus de 11 000 personnes sont inscrites sur la liste d'attente pour un logement avec services de soutien. Elles doivent attendre plus d'un an pour accéder à des services intensifs de gestion des cas en santé mentale et six ans pour les services de soutien connexes.

Les 15,8 milliards de dollars dépensés en soins de santé mentale dans les secteurs public et privé en 2015 ne représentaient que 7,2 % du total des dépenses en santé du Canada (219,1 milliards de dollars). Ce pourcentage est bien inférieur à celui des autres pays du G8. En Angleterre, par exemple, le National Health Service consacre 13 % de son budget aux services de santé mentale.

Dans son dernier rapport, le Conference Board du Canada indique que la dépression coûte plus de 32,3 milliards de dollars au Canada, soit deux fois plus que les montants consacrés aux services de santé mentale et aux soins communautaires.

La recherche montre depuis longtemps l'importance de mettre l'accent sur la promotion de la santé mentale, la prévention et l'intervention précoce, d'améliorer les soins primaires pour les troubles légers à modérés très répandus, et de mettre des soins spécialisés fondés sur des preuves à la disposition des personnes atteintes d'une maladie ou d'un problème grave associé à la maladie mentale.

Les recherches indiquent également que la plupart des personnes aux prises avec une maladie mentale, qui représentent 20 % de la population chaque année, peuvent recevoir des soins primaires adéquats. En effet, seulement 1,5 % de la population a besoin de services intensifs ou hautement spécialisés.

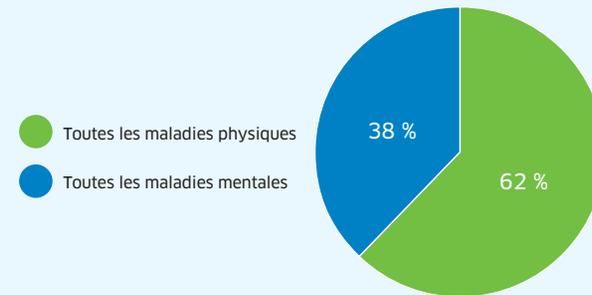
Des organisations internationales ont récemment souligné que les investissements mondiaux dans les soins de santé mentale sont insuffisants et qu'il faut étendre les programmes efficaces de prévention et de promotion afin de réduire l'impact économique total de la maladie mentale à l'échelle du globe.

# ÉCHELLE DES MALADIES ET PROBLÈMES ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Les maladies et les problèmes associés à la santé mentale sont loin d'être rares. En 2016, plus de 7,5 millions de personnes au Canada étaient probablement aux prises avec une maladie mentale courante, ce qui correspond à un Canadien sur cinq, soit plus que la population des 13 capitales combinées. C'est aussi près de deux fois plus que le nombre de personnes de tous les groupes d'âge qui sont atteintes d'une maladie cardiaque ou du diabète de type 2 (Smetanin et coll., 2011).

Chez les personnes de moins de 65 ans, les maladies mentales représentent environ 38 % de toutes les maladies (Layard, 2012) (voir le graphique 1).

Graphique 1 : Maladies chez les personnes de moins de 65 ans

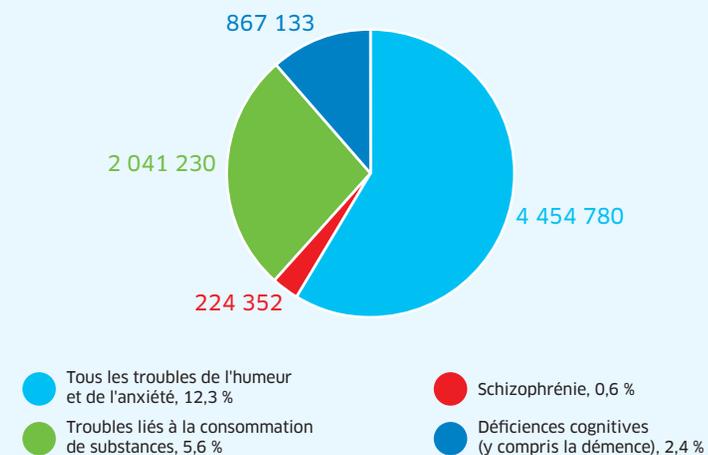


Source : Layard, 2012

Les cinq problèmes mentaux qui limitent le plus la vie quotidienne et qui ont les plus graves répercussions sur la santé sont la dépression majeure, les troubles bipolaires, les troubles liés à la consommation d'alcool, les phobies sociales et la dépression (Ratnasingham et coll., 2012). Les maladies les plus répandues chez les 7,5 millions de personnes de plus de 9 ans au Canada qui seraient aux prises avec une maladie mentale en 2016 incluaient les troubles de l'anxiété et de l'humeur et les problèmes liés à la consommation de substances, suivis par la démence et les troubles cognitifs (graphique 2; Smetanin, 2011). Ces données sont fondées sur le modèle de prévision commandé par la CSMC d'après les données administratives et de surveillance citées dans les études antérieures à 2009. Sur l'ensemble des répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012, 4,7 % ont déclaré des symptômes cadrant avec un épisode dépressif majeur, 1,5 % avec un trouble bipolaire, 2,6 % avec un trouble d'anxiété généralisée, et 4,4 % avec un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues (Pearson, 2015a).

D'après une étude récente de l'Agence de la santé publique du Canada, environ les trois quarts des Canadiens qui ont obtenu des services de santé pour une maladie ou un problème associé à la santé mentale étaient atteints de troubles de l'humeur et de l'anxiété. Cela équivaut à près de 3,5 millions de personnes (ou 10 % de la population) qui ont utilisé des services de santé pour des troubles de l'humeur et de l'anxiété en 2009-2010. L'étude concluait qu'entre 1996-1997 et 2009-2010, les enfants et les jeunes de 5 à 14 ans ont affiché la plus forte augmentation de tous les groupes d'âge dans l'utilisation des services pour des troubles de l'humeur et de l'anxiété (McRae et coll., 2016).

**Graphique 2 : Nombre estimatif de personnes de plus de neuf ans au Canada qui sont atteintes d'une maladie mentale, 2016**



Source : Smetanin et coll., 2011 (pourcentages de la population totale du Canada, 2016)

# L'IMPACT HUMAIN DES MALADIES MENTALES

Plus important que ces chiffres effarants est l'impact des maladies et des problèmes associés à la santé mentale sur l'état de santé. En effet, ces problèmes et ces maladies peuvent avoir de lourdes répercussions affectives. La douleur mentale est aussi réelle que la douleur physique et peut souvent être plus grave (Moussavi et coll., 2007). Les déficiences mentales et psychologiques viennent en quatrième place des raisons pour lesquelles les personnes handicapées au Canada sont soumises à des limitations de leurs activités quotidiennes (Statistique Canada, 2013). Une personne souffrant de dépression peut connaître des limitations invalidantes au moins 50 % plus élevées qu'une personne atteinte d'une angine de poitrine, d'arthrite, d'asthme ou de diabète (Layard, 2012).

Les chercheurs estiment que l'impact des maladies et problèmes associés à la santé mentale est supérieur à une fois et demie celui de tous les cancers, lorsque les années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et les années de fonctionnement réduit sont prises en compte (Ratnasingham et coll., 2012). On estime qu'au Canada, la dépression à elle seule a un plus grand impact que les cancers du poumon, du sein et de la prostate combinés (Ratnasingham et coll., 2012).

Les personnes atteintes de graves maladies mentales meurent aussi à un plus jeune âge que la population générale. Par exemple, chez les personnes schizophrènes, les femmes meurent 9 ans plus tôt et les hommes 12 ans plus tôt que la population générale (Institut national de santé publique du Québec, 2013).

Les maladies et les problèmes associés à la santé mentale touchent non seulement la personne, mais aussi sa famille. En 2012, environ 38 % des habitants du Canada avaient un membre de leur famille souffrant d'un problème de santé mentale ou d'une maladie mentale, et 22 % en avaient deux ou plus. Plus du tiers (35 %) de ces personnes ont déclaré que cela se répercutait sur leur emploi du temps, leur énergie, leurs émotions, leurs finances ou leurs activités quotidiennes. Près d'une personne sur cinq (19 %) a affirmé qu'elle avait elle-même présenté des symptômes d'un problème lié à la consommation de substances, d'un problème de santé mentale ou d'une maladie mentale au cours des 12 mois précédents (Pearson, 2015).

- L'impact des problèmes et des maladies liés à la santé mentale est plus d'une fois et demie plus grand que celui de tous les cancers.
- En 2012, 38 % des personnes au Canada avaient un membre de la famille aux prises avec un problème lié à la santé mentale ou une maladie mentale.

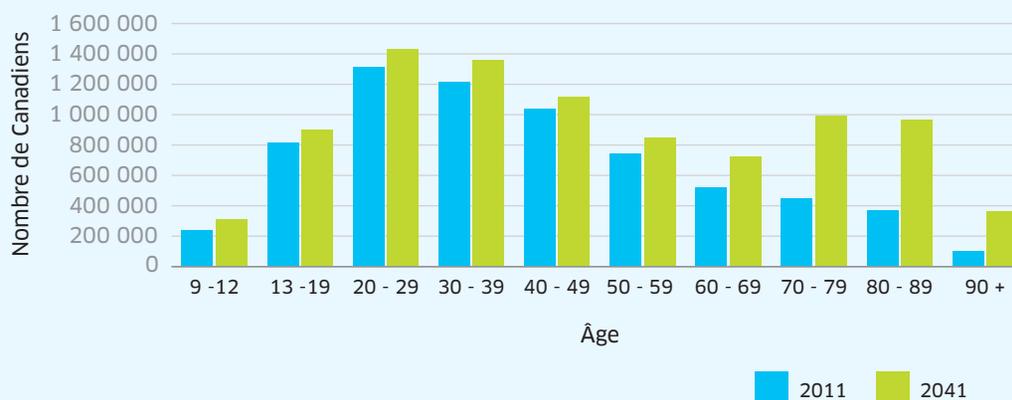
# MALADIES MENTALES CHEZ LES JEUNES : RÉPERCUSSIONS SUR TOUTE LA VIE POUR LA PERSONNE ET POUR L'ÉCONOMIE

Le taux le plus élevé de problèmes de santé mentale et de maladies mentales est observé chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans, au moment où ils commencent généralement leurs études postsecondaires et se lancent dans une carrière. Selon les projections jusqu'en 2041 de l'étude réalisée en 2011 par RiskAnalytica, cela restera le cas dans un avenir prévisible (graphique 3).

En 2016, plus de 900 000 adolescents de 13 à 19 ans étaient aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale, ce qui équivaut à la population d'Ottawa,

la capitale du Canada (voir le graphique 4). Ce modèle ne tient pas compte des problèmes de santé mentale ni des maladies mentales des enfants de moins de neuf ans. D'autres études, comme le récent rapport de surveillance de l'Institut national de santé publique du Québec, estiment la prévalence chez les jeunes de moins de 18 ans à un peu plus de 14 %. En outre, chez les jeunes de moins de 12 ans, on remarque des hausses substantielles des troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et des troubles de l'anxiété diagnostiqués (Institut national de santé publique du Québec, 2013).

**Graphique 3 : Profil d'âge du nombre estimatif de personnes au Canada qui ont une maladie ou un problème lié à la santé mentale, 2011-2041**

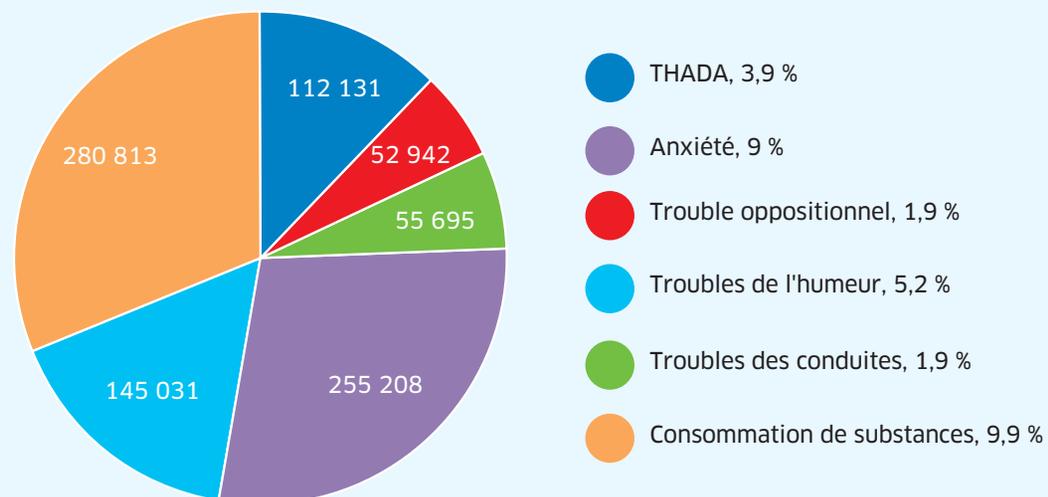


Source : Smetanin et coll., 2011

Après les blessures non intentionnelles, le suicide demeure la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 15 à 34 ans (Statistique Canada, 2016). Les taux de suicide ont légèrement diminué, mais le nombre de tentatives chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans reste troublant. En 2014-2015, celles-ci affichaient le taux d'hospitalisation le plus élevé pour les blessures volontaires, soit trois fois et demie le taux des jeunes hommes du même groupe d'âge (Skinner et coll., 2016).

Les maladies et les problèmes associés à la santé mentale chez les enfants et les jeunes sont généralement de gravité légère à modérée (Kessler, 2012). Les maladies et les problèmes les plus répandus chez les enfants sont l'anxiété, les THADA, les troubles de l'humeur et les troubles oppositionnels. Bien que l'anxiété et la dépression, par exemple, puissent se manifester seulement à l'âge de 17 ans, les symptômes sont déjà présents dès l'âge de 12 ans (Boyle et Georgiades, 2010).

Graphique 4 : Nombre estimatif d'habitants du Canada âgés de 13 à 19 ans qui avaient une maladie mentale en 2016



Source : Smetanin et coll., 2011. Pourcentages de la population totale âgée de 13 à 19 ans (2 815 350) en 2016

**Tableau 1 : Âge d'apparition et prévalence des maladies mentales et des problèmes de santé mentale les plus répandus chez les enfants et les adolescents**

Trouble	Âge à l'apparition des symptômes (plage)	Prévalence chez les enfants et les jeunes de 4 à 17 ans
Troubles de l'anxiété	5 à 17 ans	6,4 %
Troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA)	4 à 17 ans	4,8 %
Troubles des conduites	4 à 17 ans	4,2 %
Dépression	5 à 17 ans	3,5 %
Troubles liés à la consommation de substances	9 à 17 ans	0,8 %

Source : Boyle et Georgiades, 2010

L'apparition précoce des maladies et problèmes associés à la santé mentale a des conséquences qui durent toute la vie. D'après les résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes du Canada, réalisée entre 1994 et 2008, les enfants qui éprouvaient des difficultés affectives entre quatre et huit ans étaient quatre fois plus susceptibles de signaler une dépression huit ans plus tard (ICIS, 2015). Les adultes qui ont une maladie ou un problème lié à la santé mentale indiquent souvent que leurs symptômes sont apparus durant l'enfance ou l'adolescence (CSMC, 2012). Les auteurs d'études récentes ont conclu que probablement la moitié des troubles de santé mentale des adultes sont apparus à l'adolescence (Jones, 2013).

Nous examinons le lien entre l'apparition précoce des symptômes et le fardeau des incapacités qui durent toute la vie et ses répercussions économiques dans la section qui suit.

# LA SANTÉ MENTALE ET LA POPULATION VIEILLISSANTE DU CANADA : UN PROBLÈME CROISSANT

D'après les estimations de l'étude réalisée par RiskAnalytica pour la CSMC, plus de 1,8 million de personnes de plus de 60 ans avaient une maladie ou un problème associé à la santé mentale au Canada en 2016. Avec le vieillissement de la population canadienne, le nombre de personnes de plus de 60 ans atteintes d'une maladie mentale répandue augmentera constamment par rapport aux autres groupes d'âge (graphique 3). La probabilité d'avoir une maladie mentale commence à augmenter à l'âge de 70 ans. Une personne de 90 ans a 4 chances sur 10 d'être aux prises avec une maladie ou un problème lié à la santé mentale (Smetanin et coll., 2011).

**Bien que la démence soit généralement considérée comme le problème de santé mentale ou la maladie mentale qui prédomine chez les plus de 60 ans, le nombre d'adultes de ce groupe qui souffrent d'anxiété ou de dépression est presque aussi élevé (Smetanin et coll., 2011).**

La santé mentale a un impact sur la santé physique et vice-versa. Par exemple, les adultes âgés qui ont des problèmes de santé tels que les cardiopathies présentent des taux plus élevés de dépression que les bien-portants. À l'inverse, la dépression non traitée chez une personne âgée atteinte de cardiopathie peut avoir des répercussions négatives sur l'issue de la maladie (Organisation mondiale de la Santé, 2016). De nombreuses personnes âgées, particulièrement celles de plus de 85 ans, ont des besoins physiques, psychologiques et sociaux complexes et

interdépendants susceptibles d'entraîner une maladie mentale (ICCSM, 2006).

L'impact des maladies et problèmes associés à la santé mentale chez les personnes de 65 ans ou plus se manifeste de nombreuses façons à l'échelle du système. Ces personnes représentent près du quart des visites aux urgences, et les experts s'attendent à ce que cette proportion continue d'augmenter avec le vieillissement de la population (Hakenwerth, 2015). Une étude des établissements résidentiels réalisée en 2009-2010 révèle que 31 % des résidents montraient des signes de dépression (ICIS, 2011). Les séjours à l'hôpital en raison d'une maladie mentale sont beaucoup plus longs chez les aînés que dans les autres groupes d'âge. En 2005-2006, la durée moyenne de l'hospitalisation était de 29 jours pour les aînés, par rapport à 16 jours pour les adultes de 45 à 64 ans. En outre, 23 % des personnes âgées hospitalisées avaient aussi reçu un diagnostic de trouble lié à la consommation de drogues ou d'alcool (ICIS, 2010).

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de démence ou de déficit cognitif se fait déjà sentir dans le système de santé, les familles, les collectivités et l'économie (Société Alzheimer du Canada, 2008). Ces affections neurodégénératives accompagnent souvent d'autres maladies mentales. Qui plus est, les maladies et les problèmes associés à la santé mentale sont souvent combinés à des maladies chroniques qui ont tendance à s'aggraver avec l'âge (CSMC, 2011).

# DISPARITIÉS ET SANTÉ MENTALE

Même si les maladies et les problèmes associés à la santé mentale touchent l'ensemble de la population, les inégalités et les désavantages sociaux entraînent des disparités dans les résultats en santé mentale (CSMC, 2016). Certains groupes sont plus susceptibles d'être exposés aux déterminants sociaux qui font augmenter la probabilité de développer une maladie ou un problème lié à la santé mentale, comme l'insécurité alimentaire, un logement inadéquat, le chômage, un faible revenu, le racisme et un accès limité aux soins de santé. De nombreuses études révèlent les liens étroits entre les déterminants socioéconomiques de la santé et les mesures de la santé mentale et du bien-être dans l'enfance et l'adolescence (Von Rueden et coll., 2006).

Au Canada, les peuples autochtones font face à des défis uniques et à des disparités en matière de santé en raison

d'injustices historiques et actuelles, de leur situation socioéconomique et de leur marginalisation politique. Plusieurs commissions et rapports canadiens documentent la façon dont l'héritage du colonialisme – incluant la dépossession systémique des terres ancestrales, le système des pensionnats, la « rafle » des années soixante par les organismes de protection de l'enfance, l'affaiblissement délibéré des institutions sociales et politiques autochtones, et la discrimination raciale – a eu des effets durables sur les peuples autochtones du Canada, y compris sur les jeunes. Beaucoup de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis continuent de faire face à des conditions sociales inéquitables et à des obstacles systémiques qui les empêchent d'accéder à des services de santé mentale culturellement sûrs et appropriés, lesquels peuvent avoir une grande influence sur le bien-être mental.

## RÉPERCUSSIONS ÉCONOMIQUES DES MALADIES ET PROBLÈMES ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Les maladies et les problèmes associés à la santé mentale qui ne sont pas traités ou qui le sont de façon inadéquate ou inappropriée ont des répercussions importantes sur l'économie canadienne. Les décideurs disposent de vastes données probantes sur la façon de réduire la courbe de coût total. Les investissements dans des programmes fondés sur des preuves qui mettent l'accent sur l'intervention précoce et rapide peuvent contribuer en grande partie à prévenir ou à atténuer l'incidence des maladies au cours de la vie, et ce, même pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale les plus graves. Un certain nombre d'organisations mondiales ont récemment souligné que le problème n'est pas un manque de connaissances sur la façon d'améliorer les résultats, mais plutôt le fait que des priorités mal placées ont empêché les pays membres de l'OCDE de prendre les mesures qui s'imposent (OCDE, 2014; Patel, 2015).

# LES COÛTS ÉCONOMIQUES DE LA SANTÉ MENTALE : ÉTUDES ET DONNÉES PROBANTES

Selon les estimations de la CSMC, les maladies et les problèmes associés à la santé mentale coûtent à l'économie canadienne plus de 50 milliards de dollars par an, soit près de 1 400 \$ par personne au Canada en 2016.

Au cours des 10 dernières années, au moins quatre grandes études canadiennes ont analysé les coûts économiques des maladies et problèmes associés à la santé mentale à l'échelle nationale. Cependant, ces études ont utilisé des méthodes et des éléments de coûts différents pour estimer l'impact économique total. Les économistes de la santé font une distinction entre trois types de coûts.

Premièrement, les dépenses directes sont les dépenses publiques et privées engagées pour fournir les services et le soutien associés au processus de traitement, de soin et de récupération de la maladie. Deuxièmement, les coûts indirects sont ceux absorbés par l'économie. Ils représentent les pertes de production attribuables aux maladies, aux incapacités liées au travail et aux décès prématurés (ASPC, 2009). Les coûts indirects absorbés par l'économie sont engagés dans différents domaines. Ils comprennent :

- les coûts de l'employeur associés à l'absentéisme, au présentéisme et au roulement des employés;
- les coûts des régimes d'assurance invalidité privés et publics;
- les coûts engagés par les programmes publics de soutien du revenu et d'assistance sociale à l'intention des personnes qui ne peuvent pas travailler ou qui ne participent plus à la vie de leur collectivité;
- les revenus fiscaux perdus en raison du chômage ou du sous-emploi;
- les coûts engagés par les proches aidants.

Troisièmement, certaines études estiment également la valeur intrinsèque d'une meilleure santé et les conséquences subjectives de la maladie, par exemple en mesurant la perte de qualité de vie (années de vie ajustées en fonction de la qualité), l'incapacité (années de vie ajustées en fonction de l'incapacité) ou la volonté de payer. C'est ce qu'on appelle les coûts intangibles.

Les coûts directs investis dans les interventions et services fondés sur les meilleures données probantes peuvent compenser les coûts indirects et intangibles. Cependant, tous les types de coûts augmentent inutilement lorsque les personnes aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale ne peuvent pas accéder aux services de traitement, sont traitées à un stade avancé de la maladie ou n'obtiennent pas le traitement approprié ou le plus à jour.

La CSMC a demandé à l'Institute of Health Economics (IHE) de l'Alberta d'analyser les différences entre les études canadiennes. Selon l'analyse de l'IHE, qui montre que chaque étude mesure différents éléments de coût, la maladie mentale coûterait bien au-delà de 50 milliards de dollars à l'économie canadienne (voir le tableau 2). Une seule de ces études tient

compte des coûts intangibles (Lim, 2008). Aucune d'elles ne calcule certains coûts directs et sociaux importants, comme ceux engagés par le système de justice.

Il y a non seulement trois types de coûts à estimer, mais aussi différentes façons de mesurer les coûts indirects (c.-à-d. les répercussions sur la productivité). La méthode de mesure la plus complète se fonde sur le capital humain. La récente étude du Conference Board du Canada, qui utilise cette méthode, modélise la perte de productivité pour les deux maladies mentales les plus répandues : l'anxiété et la dépression. Les auteurs de l'étude estiment à 49 milliards de dollars la perte de productivité uniquement pour ces deux affections. Une approche plus prudente est la méthode du coût de friction, utilisée dans l'étude de RiskAnalytica commandée par la CSMC.

**Tableau 2 : Différences entre les quatre principales études canadiennes sur les coûts de la maladie mentale**

Étude	En milliers de dollars canadiens de 2015			
	Total estimatif	Coûts directs <sup>++</sup>	Coûts indirects : perte de productivité	Coûts intangibles (valeur de la qualité de vie)
Lim, 2008	50 909	5 509	19 671 <sup>**</sup>	31 237
Jacobs, 2010	20,233	20,233		
<i>RiskAnalytica, 2011 (total)</i>	51 403		6 739 <sup>*</sup>	
<i>Sous-total sans la démence et les troubles cognitifs</i>	23 822	23 822		
<i>Sous-total avec la démence et les troubles cognitifs</i>	20 843	20 843		
Conference Board, 2016 Dépression	32 300		32 300 <sup>**</sup>	
Anxiété <sup>+</sup>	17 300		17 300 <sup>**</sup>	

Fondé sur une analyse réalisée par l'Institute of Health Economics pour la CSMC, octobre 2016.

\* Selon la méthode du coût de friction et la méthode du capital humain.

\*\* Les coûts indirects comprennent ceux associés à la démence.

+ La dépression et l'anxiété pouvant apparaître en même temps, il est impossible de les additionner.

++ Comprend, selon différentes combinaisons, les services directs de soins de santé, certains services sociaux, les programmes de soutien du revenu, ainsi que les dépenses couvertes par les assureurs du secteur privé.

REMARQUE : L'Agence de la santé publique du Canada a aussi calculé trois aspects des coûts directs des affections neuropsychiatriques (médicaments et soins hospitaliers et médicaux). Ces coûts s'élevaient à 11,4 milliards de dollars en 2008, comparativement à 11,7 milliards pour la deuxième catégorie de coûts en importance, soit ceux associés aux maladies cardiovasculaires.

Notre meilleure estimation du total des coûts directs publics et privés des soins et du soutien en santé mentale liés à des affections autres que la démence en 2015 frisait les 23,8 milliards de dollars (51,4 milliards de dollars lorsque les soins liés à la démence sont inclus) (tableau 2).

Nous estimons que près de 17,8 % de ces dépenses sont associées aux paiements privés pour la protection du revenu en cas d'invalidité et pour les médicaments, ainsi qu'aux programmes d'aide aux employés, de sorte que les dépenses publiques pour les services de santé mentale non liés à la démence en 2015 sont estimées à un peu plus de 19,5 milliards de dollars (tableau 3). Comme le montre le tableau 3, ces coûts sont ventilés comme suit :

- 66,6 % (ou 15,8 milliards de dollars) pour les services de soins de santé et de soins communautaires, y compris :
  - les services aux patients hospitalisés des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques et aux résidents des établissements de soins de longue durée;
  - les médicaments sur ordonnance (des régimes privés et publics);
  - les honoraires des médecins; et
  - les services sociaux et communautaires, y compris les services de consultations externes, les services communautaires de santé mentale, le logement et l'emploi avec services de soutien, et les services de lutte contre les dépendances.
- 22,8 % (ou 5,4 milliards de dollars) pour les programmes de soutien du revenu (c.-à-d. les prestations d'invalidité des régimes privés et publics).
- 10,6 % (ou 2,5 milliards de dollars) pour d'autres services, comme le soutien aux organismes sans but lucratif qui offrent des services généraux de logement et de santé mentale en milieu éducatif et les programmes d'aide aux employés.

Les dépenses du système de justice ne sont pas incluses dans ce calcul.

Tableau 3 : Ventilation estimative des coûts directs en dollars de 2015

DÉPENSES	% DU TOTAL	DÉPENSES DIRECTES TOTALES	% DU SECTEUR PRIVÉ	DÉPENSES PUBLIQUES UNIQUEMENT (EN MILLIERS DE DOLLARS)
Services aux patients hospitalisés	15,9	3 787,70		3 787,70
Services communautaires	27,1	6 455,76		6 455,76
Honoraires des médecins	8,6	2 048,69		2 048,69
Médicaments sur ordonnance	15,0	3 573,30	54,7	1 618,70
<b>Sous-total - soins de santé</b>	<b>66,6</b>	<b>15 865,45</b>		<b>13 910,85</b>
Autres services	10,6	2 525,13	12,3	2 214,54
<b>Sous-total - soins et services</b>	<b>77,2</b>	<b>18 390,58</b>		<b>16 125,39</b>
Soutien du revenu	22,8	5 431,42	36,4	3 454,38
<b>Total - soutien du revenu et services</b>		<b>23 822,00</b>	<b>17,8</b>	<b>19 579,77</b>

Source : Calculé en 2015. Données de source fournies dans Smetanin et. coll. (2011) et Jacobs (2010)

**Au Canada, les 15,8 milliards de dollars estimatifs que les secteurs public et privé ont affectés aux soins de santé mentale non liés à la démence en 2015 représentaient environ 7,2 % du total des dépenses en santé du Canada (219,1 milliards de dollars). Ces dépenses sont bien inférieures à celles d'autres pays occidentaux. Par comparaison, le National Health Service d'Angleterre consacre 13 % de ses dépenses en santé à un ensemble similaire de services (OCDE, 2014).**

Dans sa récente analyse des dépenses en santé mentale dans le monde entier, l'OCDE conclut que même le pourcentage de 13 % affecté par l'Angleterre pourrait être trop bas, étant donné que les maladies mentales représentent jusqu'à 23 % de la charge de morbidité totale (OCDE, 2014). Une récente étude, financée en partie par Grands Défis Canada, confirme que les investissements mondiaux en santé mentale sont faibles et qu'il faut étendre les programmes de prévention et les interventions efficaces pour réduire l'impact économique total partout dans le monde (Chisholm et coll., 2016).

Les dépenses liées aux services directs fondés sur des preuves et aux interventions en amont peuvent atténuer les coûts indirects et intangibles secondaires, que ces coûts découlent de la perte de productivité, des prestations d'invalidité, des décès prématurés, des limitations associées à l'incapacité, de l'exclusion sociale ou d'une mauvaise qualité de vie. Dans son dernier rapport, le Conference Board du Canada estime qu'à elle seule, la dépression engendre des coûts indirects de 32,3 milliards de dollars. Ce montant dépasse largement le coût des services publics associés à tous les troubles mentaux. Comme en témoignent aujourd'hui de nombreux experts, les dépenses en services efficaces devraient être considérées comme un investissement et non pas comme un coût pour l'économie (Loeppke, 2008).

La section qui suit met en évidence les principaux domaines dans lesquels les études canadiennes ont confirmé les conclusions des recherches internationales sur la possibilité de compenser les coûts et de réaliser des économies globales si les investissements sont effectués selon des approches fondées sur des preuves.

# LES DÉPENSES ACTUELLES EN SERVICES NE RÉPONDENT PAS AUX BESOINS

## BESOINS NON SATISFAITS

Le fait que les dépenses en santé mentale du Canada soient inférieures à celles d'autres pays membres de l'OCDE ne serait peut-être pas un problème si les besoins étaient satisfaits et si elles étaient engagées de façon appropriée. Or, environ 1,6 million de répondants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012 ont déclaré qu'on avait répondu à leurs besoins en santé mentale seulement en partie ou pas du tout. Les besoins en médicaments étaient les plus susceptibles d'avoir été satisfaits, tandis que les besoins en services de counseling étaient les moins susceptibles de l'avoir été : 36 % des répondants ont déclaré qu'on avait répondu à leurs besoins en services de counseling seulement en partie ou pas du tout (Sunderland, 2013).

L'écart entre les besoins en santé mentale et les services disponibles est un problème d'envergure mondiale, l'écart allant de 32,2 % à environ 50 % pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale les plus répandus (OCDE, 2014). Dans son rapport de 2014, l'OCDE note que certains pays (par exemple, le Royaume-Uni, l'Australie, la Finlande, la Nouvelle-Zélande et la Suède) ont pris des mesures pour combler ce manque, notamment en offrant des services de prévention et d'intervention à l'intention des enfants et des jeunes et en élargissant l'accès aux services de santé mentale pour les troubles les plus répandus.

## PRESSIONS DU SYSTÈME

Les preuves des pressions exercées sur le système de santé canadien comprennent des données indiquant qu'entre 2006-2007 et 2013-2014, les visites aux urgences et les hospitalisations pour des maladies et problèmes associés à la santé mentale ont augmenté de 45 % et 37 % respectivement chez les enfants et les jeunes (ICIS, 2015). La plus forte hausse de l'usage hospitalier a été observée chez les jeunes de 10 à 17 ans, chez les personnes ayant des troubles de l'humeur et de l'anxiété et chez les résidents des zones urbaines (ICIS, 2015). Les autres signes troublants que les soins communautaires et primaires et les efforts d'intervention précoce, de prévention et de promotion de la santé mentale sont inadéquats comprennent le nombre d'hospitalisations pour automutilation chez les jeunes de 10 à 17 ans. Ce nombre a atteint un pourcentage alarmant de 85 % entre 2006-2007 et 2013-2014 (ICIS, 2015). En outre, même si les preuves continuent d'indiquer que près de 80 % des personnes aux prises avec une maladie ou un problème lié à la santé mentale consultent un médecin de famille au cours d'une année donnée (Institut national de santé publique du Québec, 2013), très peu de jeunes ont vu un médecin local avant de visiter les urgences ou d'être admis à l'hôpital, et seulement 21 % des visites ou des hospitalisations font l'objet d'un suivi par un médecin dans les sept jours (ICIS, 2015).

## TEMPS D'ATTENTE

L'ICIS reconnaît que les provinces commencent à surveiller les temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale (ICIS, 2012). C'est notamment le cas de la Nouvelle-Écosse, qui a créé une base de données sur les temps d'attente moyens. Cependant, le Canada n'a pas de système de surveillance des temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale, et il y a peu de normes nationales (à part celle établie par l'Association des psychiatres du Canada pour la consultation d'un médecin de famille ou d'un psychiatre) (APC, 2006).

L'Institut Fraser mène des enquêtes périodiques sur les temps d'attente auprès des membres de l'Association médicale canadienne (AMC), mais seulement 5,5 % des psychiatres ont répondu à sa dernière enquête. Les 236 psychiatres qui ont répondu au sondage de 2015 ont indiqué que les temps d'attente pour consulter un psychiatre au Canada variaient de 59 semaines à Terre-Neuve à 15 semaines en Ontario. Ces temps d'attente correspondent à une augmentation de plus d'une semaine par rapport à 2014. Les répondants ont également déclaré qu'après avoir vu un spécialiste, un patient devait encore attendre entre 3 et 22 semaines pour commencer une psychothérapie de courte durée et entre 5 à 14 semaines pour accéder à un suivi intensif dans le milieu ou à un programme similaire, selon la province qui fournit les soins (Barua, 2015).

Des représentants de Santé mentale pour enfants Ontario (SMEO) ont récemment signalé que ses 85 centres agréés de santé mentale pour enfants ont des temps d'attente pouvant aller jusqu'à 18 mois pour les deux services les plus recherchés (counseling de longue durée et thérapie intensive) (SMEO, 2016). Ils ont ajouté que les investissements dans un accès rapide aux services ambulatoires et communautaires font disparaître la nécessité pour les enfants et les jeunes de recourir à des soins hospitaliers plus coûteux.

Bien que seulement 1,5 % des membres de la population soient atteints d'une maladie mentale grave (comme la schizophrénie et les troubles bipolaires) au cours d'une année donnée, jusqu'au tiers d'entre eux nécessitent des services de soins intensifs continus spécialisés et très coûteux, et ils sont souvent plus vulnérables à l'itinérance et plus susceptibles d'avoir des démêlés avec le système de justice (IHE, 2014). À Toronto, plus de 11 000 personnes sont inscrites sur la liste d'attente pour des logements avec services de soutien, et les temps d'attente pour les services connexes peuvent atteindre 6 ans. Jusqu'à 1 900 de ces personnes sont inscrites sur les listes d'attente pour les services intensifs de gestion des cas en santé mentale et peuvent avoir à attendre au moins une autre année avant d'y accéder (Toronto Supportive Housing, 2016).

Le défaut de répondre aux besoins en santé mentale a aussi des conséquences coûteuses pour les services de soins de santé physique au Canada. Les auteurs d'une étude réalisée en Alberta ont examiné 42 millions de relevés de facturation pour prélever des échantillons représentatifs des Albertains qui ont reçu des services de santé sur une période de 9 ans. Ils ont découvert qu'en moyenne, les coûts des services de santé et des visites chez le médecin (à l'exclusion des coûts des visites chez le psychiatre) étaient jusqu'à deux fois et demie plus élevés pour les Albertains qui avaient une maladie mentale que pour ceux qui n'en avaient pas (Crawthorpe, D. et coll., 2011).

### RÔLE DES SOINS PRIMAIRES

Alors que les temps d'attente ont tendance à mettre l'accent sur l'accès aux soins spécialisés, le cadre établi par Lesage en 2010 pour différencier les niveaux et l'intensité des besoins démontre qu'il est effectivement possible de répondre à la majorité des besoins en fournissant des services au plan des soins primaires et communautaires (voir le tableau 4). Seule une petite partie des 20 % de la population qui ont une maladie ou un problème associé à la santé mentale au cours d'une année donnée ont besoin de services spécialisés plus coûteux. La plupart de ces personnes reçoivent une évaluation et un traitement adéquats dans les milieux de soins primaires où environ 80 % de la population est déjà soignée pour d'autres problèmes de santé. Approximativement 3,5 % de la population bénéficieraient des services de spécialistes, mais seulement environ 1,5 % a besoin de soins intensifs ou hautement spécialisés. Ces données sont conformes à l'approche des soins par paliers recommandée dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et dans presque toutes les stratégies en santé mentale des provinces et territoires. Elles encouragent les décideurs à accorder une plus grande importance à l'élargissement de l'accès aux services pour les soins primaires et communautaires, ce que préfèrent d'ailleurs la plupart des personnes aux prises avec une maladie ou un problème lié à la santé mentale.

Tableau 4 : Cadre d'estimation du niveau de besoin en services de santé mentale, population adulte

	PROPORTION DANS LA COLLECTIVITÉ	NIVEAU DE SERVICE CONFORME AUX PRATIQUES EXEMPLAIRES	POPULATION	DEGRÉ D'INCAPACITÉ	DURÉE
Sévère et persistant	0,5 %	Soins spécialisés	Psychoses	Sévère et persistante	Toute la vie
Sévère	1,0 %	Soins spécialisés avec soins primaires	50 % de troubles psychotiques non affectifs / troubles bipolaires et 50 % d'autres troubles mentaux	Sévère	Chronique et aigüe
Grave	3,5 %	Soins primaires avec soins spécialisés	Autres troubles mentaux avec comorbidité	Grave	Aigüe et chronique
Modéré	10 %	Soins primaires	Troubles d'anxiété, de dépression, de contrôle des impulsions et d'abus de substances	Modérée à légère	Épisodique
Léger	15 %	Soins primaires / santé publique	Troubles d'anxiété, de dépression, de contrôle des impulsions, d'abus de substances et d'adaptation ; détresse psychologique	Légère à inexistante	Transitoire, mais à risque

Source : Lesage, 2010

# DÉCIDER OÙ INVESTIR

Il existe non seulement de solides preuves épidémiologiques qui peuvent orienter les décideurs vers les types de services les plus efficaces, mais aussi des preuves et un consensus internationaux robustes sur la rentabilité des interventions (Patel, 2015). Beaucoup de ces recherches appuient depuis longtemps l'importance de mettre l'accent sur les efforts en amont en matière de promotion de la santé mentale, de prévention et d'intervention précoce (Knapp, 2011, ICIS; Roberts, 2011; Friedli, 2007; Lesage, 2017) et sur l'amélioration des soins pour les troubles légers à modérés très répandus (OCDE, 2014) ainsi que pour les personnes qui ont de graves maladies ou problèmes liés à la santé mentale (OCDE, 2014).

L'OCDE, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) conviennent que les preuves, les plans et les stratégies ne manquent pas, et que les décideurs doivent plutôt affecter les ressources aux interventions fondées. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada et les plans et stratégies des 13 provinces et territoires se fondent sur les données probantes. Toutes ces données font ressortir la nécessité de mettre l'accent sur les efforts en amont, les interventions en temps opportun, l'amélioration de l'accès aux traitements fondés, l'élimination des inégalités et la prise en compte des déterminants sociaux dans la transformation des soins de santé mentale.

## PREUVES CANADIENNES

Même s'il existe des preuves internationales irréfutables de la rentabilité de certaines interventions en santé mentale, la CSMC a demandé à un économiste de la santé et à un épidémiologiste psychiatrique de déterminer comment les études canadiennes de qualité et les protocoles d'accord pourraient guider les priorités en matière d'investissement. Sur les 500 études mentionnées dans la littérature, ces spécialistes ont repéré 9 études de ce genre dans 7 domaines (IHE, 2016). Les études mentionnées dans le tableau 5 soulignent quelques interventions précises, dont chacune indique la gamme d'interventions efficaces dans le continuum de soins qui correspondent au cadre de Lesage présenté dans le tableau 4.

Les exemples de programmes de santé mentale communautaires rentables comprennent les équipes d'intervention rapide, qui peuvent réduire de moitié les coûts de santé par jeune aux pensées suicidaires, et l'élargissement de l'accès à la psychothérapie, qui permet d'économiser environ deux dollars et d'améliorer la qualité de vie pour chaque dollar dépensé. Il en va de même pour l'adoption de l'approche Logement d'abord qui aide les personnes sans-abri atteintes de graves maladies mentales. Le programme Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur de l'Ontario est un exemple d'une approche efficace axée sur la santé publique pour la prévention primaire et l'intervention précoce. Il reproduit d'anciens programmes ciblés d'intervention précoce globale. Ce programme ontarien permet d'économiser quatre dollars de dépenses publiques par tranche de trois dollars dépensée. Le tableau 5 résume les résultats des études canadiennes.

Tableau 5 : Investissements rentables dans tout le continuum

DOMAINE	ÉTUDES CANADIENNES	RENTABILITÉ	PALIER
<p>Prévention du suicide :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Équipes d'intervention rapide</li> <li>- Déploiement par le Québec du programme de prévention multimodal de l'Alliance de Nuremberg contre la dépression</li> </ul>	<p>Latimer, E. et coll. (2014)</p> <p>Vasiliadis, H. et coll. (2015)</p>	<p>Effet sur les coûts de l'hôpital traitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les coûts des équipes d'intervention rapide étaient inférieurs de 1 886 \$ à ceux du groupe de contrôle (le coût moyen par personne était de 2 114 \$ pour le groupe expérimental et de 4 000 \$ pour le groupe de contrôle).</li> <li>- Estimer une réduction de 4 981 tentatives de suicide et de 171 suicides au Québec.</li> <li>- Neutre du point de vue des coûts. Si l'on évalue les coûts liés à la santé et les coûts sociétaux selon l'approche du capital humain, les résultats indiquent des économies de 3 979 \$ par année de vie sauvée.</li> </ul>	<p>Santé publique, soins communautaires, santé mentale et soins primaires</p>
<p>Santé mentale des enfants et des jeunes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur de l'Ontario</li> <li>- Programme « Triple P » pour les parents d'enfants ayant des troubles de la conduite</li> </ul>	<p>Roche, J. et coll. (2008)</p> <p>Escobar Doran, C. et coll. (2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût du programme par personne sur quatre ans : 2 964 \$; résultats : 3 902 \$ de moins en services financés par les fonds publics (assistance sociale, visites chez le médecin de famille, répétition d'années scolaires), pour des économies nettes de 938 \$ par personne.</li> <li>- Effet au moins neutre sur les coûts avec de meilleurs résultats.</li> </ul>	<p>Santé publique / prévention primaire ciblée</p>

DOMAINE	ÉTUDES CANADIENNES	RENTABILITÉ	PALIER
Services psychologiques : Simulation d'un accès accru aux services de traitement de la dépression dans le système de filtrage par les médecins de famille.	Vasiliadis, et coll. (2017), sous presse	1 292 \$ pour les séances de psychothérapie et deux visites chez le médecin généraliste ou de famille par an et par personne avec une augmentation de 0,17 année de vie ajustée selon la qualité par personne. Économies de 2 590 \$ par personne en moyenne.	Santé publique / prévention primaire ciblée
Santé mentale en milieu de travail : Rentabilité d'un programme de soins de collaboration en santé mentale pour les personnes en congé d'invalidité de courte durée.	Dewa et coll. (2009)	Coût moyen : 2 023 \$ par personne; résultat : 503 \$ de moins par personne en prestations d'invalidité; réduction du nombre de personnes qui font la transition vers un congé d'invalidité de longue durée; et 1 600 jours de travail supplémentaires pour les 100 personnes visées par l'étude.	Soins primaires - services communautaires de santé mentale
Santé mentale des populations vieillissantes : Six semaines de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de groupe et six semaines de TCC privée, par rapport à une thérapie sédative ou à l'absence de traitement.	Tannenbaum, C. et coll. (2015)	Économies liées à la TCC : 13 010 \$ US par rapport à une thérapie sédative et 14 411 \$ par rapport à l'absence de traitement.	Soins primaires - services communautaires de santé mentale

DOMAINE	ÉTUDES CANADIENNES	RENTABILITÉ	PALIER
Contournement des services hospitaliers :  Offrir une seule séance de counseling aux visiteurs des urgences.	Horton, S. et coll. (2012)	Économies de 21 \$ par personne durant le premier mois grâce à la réduction du nombre de visites aux urgences et d'un retour plus rapide au travail.	Soins primaires - services communautaires de santé mentale
Logement pour les personnes atteintes d'une grave maladie mentale :  Accès à un logement permanent avec services de soutien communautaires (suivi intensif dans le milieu ou gestion de cas plus ou moins intensive selon les besoins).	Commission de la santé mentale du Canada, Rapport final du projet pancanadien Chez Soi, 2014, ainsi que de nombreuses publications à comité de lecture	Fourchette de coûts : de 14 177 \$ à 22 257 \$ par personne.  Réduction des coûts des autres services : 42 536 \$ par personne pour les 10 % de participants qui consommaient le plus de services au début de l'étude.	Soins spécialisés intensifs

DOMAINE	ÉTUDES CANADIENNES	RENTABILITÉ	PALIER
<p>Pratiques exemplaires pour les personnes atteintes d'une grave maladie mentale :</p> <p>Fournit des points de repère pour la dotation et la disponibilité des services de soutien d'intensité moyenne à élevée dans les équipes communautaires de santé mentale, ainsi que des recommandations de pratiques exemplaires pour l'accès aux thérapies psychologiques et aux services de soutien en cas de crise, d'encadrement psychosocial et de soins primaires.</p>	<p>IHE, Lesage et coll. (2014)</p>	<p>Principales interventions rentables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les programmes de suivi intensif dans le milieu mis en œuvre conformément au modèle des pratiques exemplaires, qui permettent de réduire les coûts des soins de santé et d'améliorer les résultats en réduisant le nombre d'hospitalisations et de visites aux urgences.</li> <li>- Les équipes de résolution de crise constituent une solution de rechange rentable à l'hospitalisation qui permet de réduire le nombre de lits utilisés et d'accroître la satisfaction des clients.</li> <li>- Le coût par jour des refuges en cas de crise est plus faible que celui des soins aux patients hospitalisés, et l'admission dans un refuge est associée à une plus grande satisfaction des utilisateurs qu'une hospitalisation.</li> <li>- Les places dans de petits centres de traitement (contenant entre 8 et 15 lits) avec accès à une équipe de spécialistes dans un environnement de type familial axé sur le rétablissement sont beaucoup moins coûteuses que les lits des grands établissements et sont associées à une plus grande satisfaction des clients.</li> <li>- Les tribunaux de la santé mentale avec liens vers des services de traitement et du soutien social qui ne seraient pas disponibles autrement permettent de réduire les coûts pour le système de justice.</li> <li>- Les coûts des services de santé diminuent lorsque les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales graves entrent sur le marché du travail, et les programmes d'emploi avec services de soutien aident ces personnes à s'intégrer à la population active et à conserver leur emploi.</li> </ul>	<p>Soins spécialisés intensifs</p>

Les quelques études recensées lors de la revue de la littérature soulignent l'importance de renforcer les capacités dans la communauté canadienne de recherche en santé mentale. Des efforts de recherche supplémentaires sont nécessaires pour produire des études de rentabilité et d'évaluation robustes afin d'orienter les investissements en cours et la transformation du système. En 2014, l'OCDE a également exhorté tous les pays membres à accorder une plus grande attention à la mesure des résultats et à élaborer des indicateurs communs pour la mesure des progrès réalisés (OCDE, 2014).

Par ailleurs, les études et rapports canadiens illustrent et renforcent la gamme d'interventions fondées qui s'alignent sur les priorités recommandées dans les stratégies en matière de santé mentale des 13 provinces et territoires, ainsi que dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Ces études et rapports illustrent les principales priorités communes de la plupart des plans et des stratégies. Un large consensus s'est dégagé sur la nécessité d'accroître les investissements dans le domaine de la santé mentale afin de se rapprocher davantage des montants dépensés par les autres pays membres de l'OCDE. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada recommande d'augmenter de deux points de pourcentage la part du budget alloué à la santé mentale dans le financement des programmes sociaux, ce qui reviendrait à des dépenses de 4 milliards de dollars de plus par an qu'en 2015. Fait plus important, les données de recherche actuelle appuient le consensus sectoriel sur les dépenses à engager afin de mieux répondre aux besoins. Il faut notamment mettre l'accent sur la qualité des soins; investir en amont dans la santé publique, les soins primaires et la prévention; intervenir dès le début; améliorer l'accès aux services communautaires; élargir l'accès aux psychothérapies pour les personnes de tous les groupes d'âge aux prises avec des maladies mentales modérées ou graves; et investir dans les services communautaires de prévention du suicide.

# RÉFÉRENCES

- Barua, B. *Waiting your turn*: 2015 Report, Institut Fraser, 2015.
- Boyle, M.H., et K. Georgiades. « Perspectives on child psychiatric disorder in Canada », *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective*, publié sous la direction de J. Cairney et D.L. Streiner, Toronto, Toronto University Press, 2010, p. 205-226.
- Chisholm, D., et coll. « Scaling up treatment of depression and anxiety: a global return on investment », *The Lancet Psychiatry*, vol. 3, no 5 (2016), p. 415-424.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Arguments en faveur de la diversité : Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*, Ottawa, Commission de la santé mentale du Canada, 2016.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, 2012.
- Commission de la santé mentale du Canada. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, 2013.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*, 2011.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Rapport final du projet pancanadien Chez Soi*, chapitre 5 : Utilisation de services et coûts, 2014, p. 21-27.
- Communautés européennes, Projet de soutien. *Mental Health in the European Union: A Background Paper*, 2008.
- Conference Board du Canada. *Healthy Brains at Work: Estimating the impact of workplace mental health benefits*, 2016.
- Dewa, C.S., J.S. Hock, G. Carmen, R. Guscott et C. Anderson. « Cost, effectiveness, and costeffectiveness of a collaborative mental health care program for people receiving short-term disability benefits for psychiatric disorders », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol 54, no 6 (2009), p. 379-388.
- Escobar-Doran, C., P. Jacobs et C.S. Dewa. *Return on investment for medical health promotion: parenting and early childhood development*, Edmonton, Institute of Health Economics, 2011.
- Fernández, R.L., M.J. Rotheram-Borus, V. Trotter Betts, L. Greenman, S.M. Essock, J.I. Escobar et coll. « Rethinking funding priorities in mental health research », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 208, no 6 (juin 2016), p. 507-509. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.179895.
- Friedli, L., et M. Parsonage. *Mental health promotion: building an economic case*, Belfast, Northern Ireland Association for Mental Health, 2007.
- Gratzer, D., et D. Goldbloom. « Making Evidence-Based Psychotherapy More Accessible in Canada », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol 61, no 10 (2016), p. 618-623.

Hakenewerth, A.M., J.E. Tintinalli, A.E. Waller et A. Ising. « Emergency Department Visits by Older Adults with Mental Illness in North Carolina », *The Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 16, no 7 (décembre 2015), p. 1142-1145.

Horton, S., C.A. Stalker, C.A. Cait et L. Josling. « Sustaining walk-in counselling services. An economic assessment from a pilot study », *HealthCare Quarterly*, vol. 15, no 3 (2012), p. 44-49.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les personnes âgées et la santé mentale*, septembre 2010.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux : Rapport*, 2015.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente*, chapitre 4, 2013.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, 2011.

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015*, 2015a.

Institut national de santé publique du Québec. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, no 6 (2013).

Institute of Health Economics. *Consensus Statement on Improving Mental Health Transitions*, 2014.

Institute of Health Economics. *Reports submitted to Mental Health Commission of Canada: October 28, 2016*.

Jacobs, P., C. Dewa, A. Lesage, H-M. Vasiliadis, C. Escobar, G. Mulvale et R. Yim. *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A report to the Mental Health Commission of Canada*, Institute of Health Economics, 2010.

Jones, P. B. « Adult mental health disorders and their age at onset », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 202, no s54 (janvier 2013).

Kessler, R.C., S. Avenevoli, J. Costello, J.G. Green et coll. « Severity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication: Adolescent Supplement », *Archives of General Psychiatry*, vol. 69, no 4 (avril 2012), p. 381-389. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1603.

Knapp, M., D. McDaid et M. Parsonage. *Mental health promotion and prevention: the economic case*, Londres, Department of Health, 2011.

Kutcher, S. *Le système de santé mentale : Qu'est-ce qui doit changer?*. Commission de la santé mentale du Canada. Exposé présenté à la Conférence consensuelle sur la santé mentale des adultes émergents, tenue le mardi 3 novembre 2015.

L'Alliance sur les temps d'attente. *Il est temps de refermer l'écart : Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente*, 2014.

Latimer, E. A., G. Garipey et B. Greenfield. « Cost-effectiveness of a rapid response team intervention for suicidal youth presenting at an emergency department », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, no 6 (2014), p. 310-318.

Layard, Lord Richard, et coll. *How Mental Illness loses out in the NHS*, Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Working Group, London School of Economics and Political Science, 2012.

Leo, Geoff. « Teen waiting over 18 months for psychiatry appointment: Saskatchewan has among longest waits in Canada » (en ligne), *CBC News Online*, Société Radio-Canada. Publié le 10 juin 2014, à 5 h 30 HNC. Sur Internet : <<http://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/teen-waiting-over-18-months-for-psychiatry-appointment-1.2667960>>

Lesage, A. D. « Contribution of psychiatric epidemiology to the study of the adult severely mentally ill », chapitre 8 de *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective*, publié sous la direction de J. Cairney et D.L. Streiner, Toronto, University of Toronto Press, 2010, p. 144-169.

Lesage, A. D., R. Bland, I. Musgrave, E. Jonsson, M. Kirby et H. Vasiliadis. « The Case for a Federal Mental Health Transition Fund », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62, no 1 (2017), p. 4-7.

Lesage, A.D. *Best Practices for Screening, Prevention and Treatment of Five Common Mental Disorders in Young Populations: Review of reviews and examples of good practices in Quebec*, 2017 (sous presse).

Lim, K., P. Jacobs, A. Ohinmaa, D. Schopflocher et C.S. Dewa. « Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 28, no 3 (2008), p. 92-98.

Loeppke, R. « The value of health and the power of prevention », *International Journal of Workplace Health Management*, vol. 1, no 2 (2008), p. 95-108.

McLaughlin, K.A., J. Greif Green, M.J. Gruber, N.A. Sampson, A.M. Zaslavsky et R.C. Kessler. « Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents », *Archives of General Psychiatry*, vol. 69, no 11 (novembre 2012), p. 1151-1160. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277.

McRae, L., S. O'Donnell, L. Loukine, N. Rancourt et C. Pelletier. « Note de synthèse - Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016 », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, vol. 36, no 12 (2016).

Moussavi, S., S. Chatterji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel et B. Ustun. « Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys », *The Lancet*, vol. 370, no 9590 (2007), p. 852858.

OCDE. « Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care », *OECD Health Policy Studies*, 2014.

OCDE. *Mental Health Systems in OCDE*, 2016. Sur Internet : <<https://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm>>

Organisation mondiale de la Santé. *Aide-mémoire Santé mentale et vieillissement*, mis à jour en 2016.

Patel, V., D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan et M.E. Medina-Mora. *Disease Control Priorities: Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, Groupe de la Banque mondiale, 2015.

Pearson, C. « L'incidence des problèmes de santé mentale sur les membres de la famille », *Coup d'œil sur la santé*, no 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, 2015

Pearson, C., T. Janz et J. Ali. « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada » (révisé), *Coup d'œil sur la santé*, no 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, 2015a. Sur Internet : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm#a6>>

Ratnasingham, S., J. Cariney, J. Rehm, H. Manson et P. Kurdyak. *Opening Eyes, Opening Minds: The Ontario Burden of Mental Illness and Addictions Report*, Institut de recherche en services de santé, 2012.

Roberts, G., et K. Grimes. *Rendement du capital investi : Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale*, Institut canadien d'information sur la santé et Canadian Policy Network de l'Université Western Ontario, 2011.

Roche, J., et coll. *Investing in our future: highlights of Better Beginnings, Better Futures research findings at Grade 9*, Better Beginnings, Better Futures Research Coordination Unit, Université Queen's, 2008.

Santé mentale pour enfants Ontario. « Ontario's children waiting up to 1.5 years for urgently needed mental health care », *Communiqué de SMEO*, novembre 2016.

Skinner, R., S. McFaull, J. Draca, M. Fréchette, J. Kaur, C. Pearson et W. Thompson. « Le suicide et les hospitalisations associées à des blessures autoinfligées au Canada (1979 à 2014-2015) », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, vol. 36, no 11 (2016).

Smetanin, P., D. Stiff, C. Briante, C.E. Adair, S. Ahmad et M. Khan. *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*, RiskAnalytica pour la Commission de la santé mentale du Canada, 2011.

Société Alzheimer du Canada. *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*, 2008.

Statistique Canada. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, 2010 (consulté le 10 janvier 2017). Aperçu. Sur Internet : <[http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&Id=56797](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=56797)>

Statistique Canada. *L'incapacité au Canada : premiers résultats de l'Enquête canadienne sur l'incapacité*, Division de la statistique sociale et autochtone, 2013.

Sunderland, A., et L.C. Findlay. « Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012) », *Rapports sur la santé*, no 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, 2013.

Tannenbaum, C., V. Diaby, G. Singh, S. Perreault, M. Luc et H.M. Vasiliadis. « Sedative-hypnotic medicines and falls in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness (decision-tree) analysis from a US Medicare perspective », *Drugs Aging*, vol. 32, no 4 (2015), p. 305-314.

Toronto Mental Health & Addictions Supportive Housing Network. Site Web (<http://www.tosupportivehousing.ca/>, 2016) consulté le 11 janvier 2017.

Vasiliadis H. M., A.D. Lesage, E. Latimer et M. Seguin. « Implementing Suicide Prevention Programs: Costs and Potential Life Years Saved in Canada », *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 18, no 3 (septembre 2015), p. 147-155. PubMed PMID: 26474050.

Vasiliadis, H. M., et coll. *Cost-effectiveness of increasing access to psychological services for depression in Canada: discrete simulation modelling within GP gatekeeper system*, 2017 (sous presse).

Viga, D., G. Thornicroft et R. Atun. « Estimating the true global burden of mental illness », *Lancet Psychiatry*, 2016, p. 171-178.

Von Rueden, U., A. Gosch et coll. pour Kidscreen Group Europe. « Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60 (2006), p. 130-135.

Von Rueden, U., Gosch, A., et al. for the European Kidscreen Group. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60:130-135.



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada



### **Commission de la santé mentale du Canada**

350, rue Albert, bureau 1210  
Ottawa (ON) K1R 1A4

Téléphone : 613.683.3755  
Télécopieur : 613.798.2989

info@commissionsantementale.ca  
commissionsantementale.ca

[@MHCC\\_](#) [f/theMHCC](#) [/1MHCC](#) [@theMHCC](#)  
[in/Mental Health Commission of Canada](#)