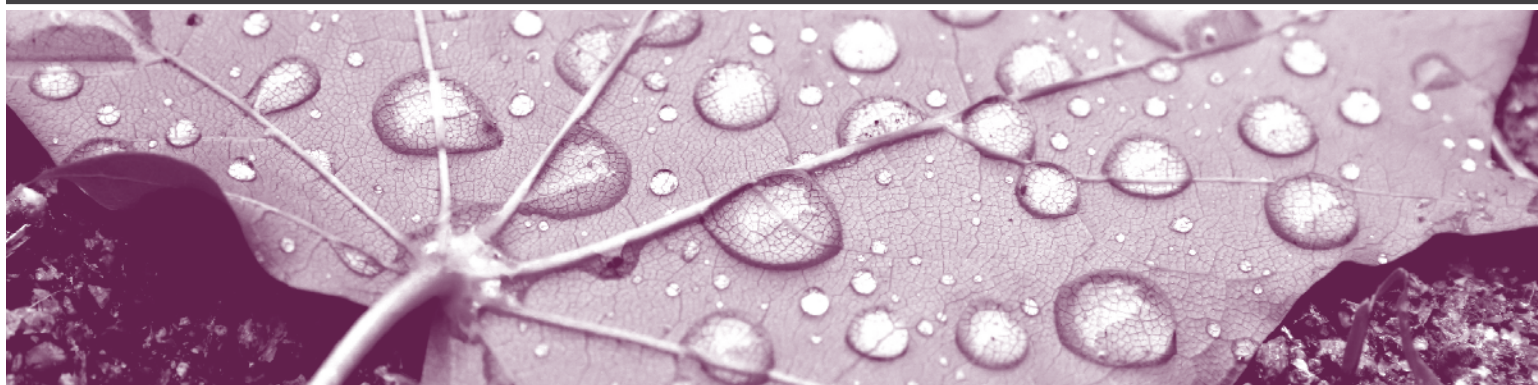


RAPPORT DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES : LES MALADIES MENTALES AU CANADA, 2015



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
REPORT FROM THE CANADIAN CHRONIC DISEASE SURVEILLANCE SYSTEM:
MENTAL ILLNESS IN CANADA, 2015

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : mai 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP35-56/2015F-PDF
ISBN : 978-0-660-23453-3
Pub. : 140527

RAPPORT DU SYSTÈME
CANADIEN DE SURVEILLANCE
DES MALADIES CHRONIQUES :
LES MALADIES MENTALES AU CANADA, 2015



TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS DU RAPPORT	1
1. INTRODUCTION	4
MALADIES MENTALES.	4
SANTÉ MENTALE	4
IMPACTS DES MALADIES MENTALES	4
COMORBIDITÉ DES MALADIES MENTALES	5
TRAITEMENT	5
DÉFIS LIÉS À LA SURVEILLANCE DES MALADIES MENTALES	6
OBJET DU RAPPORT.	6
2. LES MALADIES MENTALES DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES.	7
MÉTHODOLOGIE	7
LIMITES	9
3. PRINCIPAUX RÉSULTATS	10
PERSONNES AYANT UTILISÉ DES SERVICES DE SANTÉ POUR DES MALADIES MENTALES	10
PERSPECTIVE PANCANADIENNE	14
MALADIES ET AFFECTIONS CHRONIQUES COMORBIDES DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES.	18
4. CONCLUSION	22
FUTURS OBJECTIFS	22
GLOSSAIRE	24
REMERCIEMENTS	27
ANNEXE A.	30
ANNEXE B.	31
ANNEXE C.	33
ANNEXE D.	35
BIBLIOGRAPHIE	36

FAITS SAILLANTS DU RAPPORT

OBJET DU RAPPORT

Le présent rapport, *Les maladies mentales au Canada, 2015*, est la première publication à présenter des données administratives sur la santé tirées du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) pour la surveillance nationale des maladies mentales. Il renferme les données les plus récentes du SCSMC (soit celles de l'exercice 2009–2010) ainsi que des données sur les tendances couvrant plus d'une décennie (de 1996–1997 à 2009–2010). Il s'agit aussi du premier rapport national à présenter des données sur les enfants et les adolescents de moins de 15 ans. Il est possible de consulter les données présentées ici, et dans les mises à jour subséquentes, par l'entremise des cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse www.infobase.phac-aspc.gc.ca. Les cubes de données sont des bases de données interactives qui permettent aux utilisateurs de créer des tableaux et graphiques à l'aide de leur navigateur Web.

MALADIES MENTALES

Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Elles découlent d'interactions complexes de facteurs biologiques, psychosociaux, économiques et génétiques. Les maladies mentales peuvent toucher les personnes de tout âge, mais elles apparaissent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il existe de nombreux types de maladies mentales, qui prennent la forme d'épisodes uniques de courte durée jusqu'aux troubles chroniques.

SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Le SCSMC forme un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance, financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Il relève les cas de maladies chroniques dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales, lesquelles incluent les réclamations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux, jumelées aux registres de l'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Les données sur tous les résidents admissibles au régime d'assurance-maladie provincial ou territorial (environ 97 % de la population canadienne) sont saisies dans le registre de l'assurance-maladie, ce qui rend la couverture du SCSMC presque universelle. Les définitions de cas sont appliquées à ces bases de données jumelées. Les données obtenues sont ensuite regroupées au niveau provincial et territorial avant d'être soumises à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'être rapportées aux niveaux provincial, territorial et national.

En 2010, l'Agence de la santé publique du Canada a élargi la portée du SCSMC de façon à faire le suivi des données sur les maladies mentales dans la population canadienne. Dans le SCSMC, une personne est considérée comme ayant eu recours aux services de santé pour une maladie mentale si elle détient au moins une réclamation de facturation d'un médecin ou un congé de l'hôpital indiquant des codes de maladie mentale de la 9^e ou de la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM) au cours de l'année.

Le SCSMC peut identifier des personnes qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques normalisés d'une maladie mentale mais à qui on a attribué un code diagnostique selon une évaluation clinique. À l'inverse, le SCSMC n'identifie pas les personnes qui remplissent tous les critères diagnostiques normalisés d'une maladie mentale mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent (incluant celles qui ont utilisé des services de santé mais n'ont pas été saisies dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales et celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout). Pour ces raisons, les estimations du SCSMC sont représentatives de la prévalence d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales plutôt que de la prévalence des maladies mentales diagnostiquées.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

À chaque année, environ cinq millions de Canadiens (soit environ un sur sept) utilisent des services de santé pour des maladies mentales. Cette proportion normalisée selon l'âge des personnes ayant recours à des services de santé pour cette raison, quoiqu'élevée, est restée stable entre 1996–1997 et 2009–2010 (entre 13,2 % et 14,2 %).

Les adultes canadiens, particulièrement les aînés, sont plus susceptibles que les enfants et les adolescents d'utiliser des services de santé pour des maladies mentales, mais l'augmentation relative la plus forte au cours de la période de surveillance de 14 ans a été observée chez les jeunes adolescents (de 10 à 14 ans). Il est important de noter que près d'une personne sur quatre âgée de 80 ans et plus utilise des services de santé pour des maladies mentales, bien que cette tendance tienne probablement à l'inclusion de la démence parmi les troubles mentaux figurant dans la CIM.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser des services de santé pour des maladies mentales, surtout celles âgées de 25 à 39 ans. Une combinaison de facteurs génétiques, biologiques, comportementaux et socioculturels peut expliquer cet écart. Par ailleurs, les garçons (âgés de moins de 15 ans) sont plus susceptibles d'utiliser des services de santé pour des maladies mentales que les filles, probablement à cause des troubles des conduites ou de déficit de l'attention, qui sont plus fréquents chez les garçons.

En 2009–2010, la prévalence normalisée selon l'âge d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées d'un an et plus était la plus élevée en Nouvelle-Écosse (16,8 %) et en Colombie-Britannique (15,1 %), et la plus faible à Terre-Neuve-et-Labrador (10,5 %), au Québec (11,0 %) et dans les Territoires du Nord-Ouest (11,0 %). Ces écarts d'une province ou d'un territoire à l'autre peuvent dénoter des différences dans la répartition de facteurs associés à la santé mentale (de l'individu à la société). Toutefois, des différences au niveau de la détection et du traitement des maladies mentales, ainsi que des différences en matière de codage des données, de soumission aux bases de données, de modèles de rémunération et de pratiques de facturation *pro forma* peuvent aussi jouer un rôle.

Une prévalence plus élevée d'asthme et de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et, dans une moindre mesure, de cardiopathie ischémique, de diabète et d'hypertension a été observée chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales par rapport aux personnes qui ont utilisé des services pour d'autres maladies ou affections. Le lien entre les maladies mentales et d'autres maladies et affections chroniques demeure mal compris. Toutefois, il a été démontré que les personnes atteintes d'une maladie mentale comme les troubles dépressifs et anxieux sont aussi plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie ou d'une affection chronique comorbide comme une maladie cardiovasculaire, l'asthme ou une MPOC, et que les personnes qui ont une maladie ou une affection chronique sont plus susceptibles d'être atteintes de troubles dépressifs et anxieux.

FUTURS OBJECTIFS

Les activités à venir du SCSMC en santé mentale comportent, entre autres, la poursuite de la collecte et de la communication de données sur les maladies mentales et les troubles de l'humeur et anxieux; l'étude de la faisabilité d'élaborer des définitions de cas pour d'autres maladies mentales, par exemple les troubles psychotiques; et enfin l'élaboration d'indicateurs de mortalité.

1. INTRODUCTION

MALADIES MENTALES

Les maladies mentales sont « caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués »¹. Elles résultent d'interactions complexes entre facteurs biologiques, psychosociaux, économiques et génétiques². Les maladies mentales peuvent toucher les personnes de tout âge, mais elles se manifestent souvent dès l'adolescence ou le début de l'âge adulte³. Il existe de nombreux types de maladies mentales: la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10) en définit plus de 400⁴ⁱ. Elles peuvent prendre la forme d'épisodes uniques de courte durée jusqu'aux troubles chroniques, leurs symptômes se distribuent sur un continuum de gravité, et les troubles sous-cliniques sont fréquents.

SANTÉ MENTALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »⁵. La santé mentale et la maladie mentale ne s'excluent pas mutuellement, c'est-à-dire qu'une personne atteinte d'une maladie mentale peut être en bonne santé mentale, alors qu'une personne sans maladie mentale peut être en mauvaise santé mentale². Pour cette raison, les initiatives de promotion de la santé mentale qui renforcent les facteurs de protection, comme la résilience et l'estime de soi, peuvent contribuer à atténuer les maladies mentales et améliorer la qualité de vie chez les personnes qui en sont atteintes².

IMPACTS DES MALADIES MENTALES

Les maladies mentales peuvent affecter tous les aspects de la vie d'une personne, notamment les relations, l'éducation, le travail et la participation à la collectivité. Selon l'étude *La charge mondiale de morbidité 2010*, les troubles mentaux et comportementaux représentent près du quart (23 %) des années de vie perdues en raison d'une invalidité et 13 % des années de vie perdues en raison d'une invalidité et d'une mortalité prématurée (fardeau de morbidité) au Canada⁶ⁱⁱ. En outre, les résultats d'une enquête nord-américaine menée auprès d'organisations présentes dans tous les grands secteurs d'activité économique révèlent que les problèmes de santé mentale (p. ex. dépression, anxiété et stress) sont la cause principale d'invalidité à court et à long terme au Canada⁷.

ⁱ Au Canada, la mise en œuvre de la CIM-10-CA a commencé en 2001. Cette classification est utilisée dans l'ensemble des provinces et des territoires depuis 2006 (données sur les hospitalisations seulement). En ligne : www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/standards+and+data+submission/standards/classification+and+coding/codingclass_icd10status.

ⁱⁱ Les estimations obtenues à l'aide de l'outil de visualisation interactif de l'Institute for Health Metrics and Evaluation sont fondées sur les répartitions des causes pour le Canada en 2010 issues de l'étude *La charge mondiale de morbidité 2010*.

Les maladies mentales ont également d'importantes répercussions économiques, étant donné leur forte prévalence et le dysfonctionnement qui leur est associé. En 2008, les coûts directs (c.-à-d. hospitalisations, soins médicaux et achat de médicaments) associés aux maladies mentales ont été estimés à environ 8 milliards de dollars au Canada^{8 iii}. Les coûts indirects associés aux maladies mentales, notamment les coûts liés aux demandes de prestation d'invalidité, à la productivité perdue à l'école et au travail en raison d'absentéisme et de présentéisme et aux services sociaux et judiciaires, sont beaucoup plus élevés que les coûts directs^{9,10}. Selon l'OMS, le nombre de journées de travail perdues à cause des troubles mentaux dépasse désormais celui des journées perdues à cause de maladies physiques¹¹. Il a été établi que les coûts indirects liés aux maladies mentales au Canada varient entre 11 et 50 milliards de dollars, selon les dépenses prises en compte^{8,9,12}.

COMORBIDITÉ DES MALADIES MENTALES

Une maladie mentale est souvent concomitante d'autres maladies mentales (comme la toxicomanie et la dépendance)¹³ et d'autres affections chroniques. De nombreuses associations bidirectionnelles ont été observées, mais elles demeurent mal comprises. Par exemple, l'apparition précoce de troubles dépressifs et anxieux a été associée au risque accru de développer d'autres affections chroniques à l'âge adulte, comme des maladies cardiaques, de l'asthme, du diabète, de l'arthrite ainsi que des maux de dos ou de tête chroniques¹⁴. En outre, les maladies mentales peuvent mener à des comportements malsains qui augmentent le risque de développer ou d'aggraver des maladies ou des affections chroniques^{1,15,16}. Par exemple, les personnes qui indiquent vivre avec une maladie mentale grave sont aussi plus susceptibles de déclarer fumer et d'être atteintes de bronchite chronique ou d'emphysème¹⁶. Inversement, ces troubles dépressifs et anxieux peuvent aussi avoir été engendrés par le fardeau associé à la maladie ou l'affection chronique^{1,15}. La dépression est par exemple associée à différentes affections médicales chroniques¹⁷, comme les maladies coronariennes¹⁸.

TRAITEMENT

La plupart des maladies mentales peuvent être traitées afin de permettre aux personnes de continuer à vaquer à leurs activités quotidiennes et de vivre une vie riche et bien remplie. Le traitement se présente sous plusieurs formes : la psychothérapie, le counseling, les interventions psychosociales et la médication¹⁹. Un soutien communautaire, dont font partie les services de proximité, un soutien au revenu (p. ex. l'aide sociale), un soutien professionnel et une aide au logement, peut être offert. Au Canada, le traitement des maladies mentales et le soutien à cet égard sont offerts dans divers milieux, comme les cliniques de médecine familiale et de psychiatrie, les hôpitaux, les programmes et consultations externes, ainsi que les organismes communautaires. De nombreuses personnes défraient elles-mêmes les coûts pour un traitement en pratique privée (p. ex. psychothérapie offerte par un psychologue) ou pour des soins en établissement privé.

ⁱⁱⁱ Les coûts obtenus à l'aide de l'outil en ligne du Fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) sont fondés sur une tabulation personnalisée des coûts directs associés aux maladies mentales et à toutes ses sous-catégories diagnostiques selon les codes diagnostiques de la CIM-10-CA.

DÉFIS LIÉS À LA SURVEILLANCE DES MALADIES MENTALES

La surveillance des maladies mentales présente des défis particuliers comparativement à d'autres maladies ou affections chroniques en raison de l'exactitude variable du diagnostic. Contrairement aux maladies ou affections ayant des marqueurs physiologiques établis, les maladies mentales ressemblent à la douleur chronique en ce sens qu'il n'existe aucun test objectif permettant de poser un diagnostic. Le diagnostic des maladies mentales repose sur les symptômes rapportés par le patient et sur les signes observés par le médecin ou par les proches²⁰.

La durée variable des épisodes de maladie mentale d'une personne à l'autre pose un autre défi spécifique en matière de surveillance, puisqu'il est difficile d'en estimer la véritable incidence. Cependant, il est possible d'estimer différentes prévalences de période. Par exemple, les estimations de la prévalence à vie des maladies mentales au Canada laissent penser qu'au moins un Canadien sur trois sera aux prises avec un trouble de l'humeur, un trouble anxieux généralisé ou une dépendance à une substance au cours de sa vie²¹. Par ailleurs, chez les enfants et les adolescents canadiens, les estimations de la prévalence sur six mois des maladies mentales pourraient atteindre 18,1 %²².

De nombreux facteurs environnementaux, sociaux et culturels peuvent influencer le taux de consultation pour des symptômes et signes associés aux maladies mentales et sur la façon dont les médecins analysent ces symptômes et ces signes. Cependant, des efforts ont été déployés pour augmenter la sensibilisation aux symptômes et aux conséquences des maladies mentales et pour en renforcer la compréhension et l'acceptation. En l'absence de crainte de jugement ou de discrimination, le nombre de personnes prêtes à obtenir des soins pour leurs symptômes ou à discuter plus ouvertement de leurs émotions pourrait augmenter.

OBJET DU RAPPORT

Le présent rapport est la première publication à présenter des données administratives sur la santé tirées du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) pour la surveillance nationale des maladies mentales. Il renferme les données les plus récentes du SCSMC (soit celles de l'exercice 2009–2010) ainsi que des données sur les tendances couvrant plus d'une décennie (de 1996–1997 à 2009–2010). Il s'agit aussi du premier rapport national à présenter des données sur les enfants et les adolescents de moins de 15 ans.

Il est possible de consulter les données présentées ici, et dans les mises à jour subséquentes, par l'entremise des cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse www.infobase.phac-aspc.gc.ca. Les cubes de données sont des bases de données interactives qui permettent aux utilisateurs de créer rapidement des tableaux et des graphiques en utilisant leur navigateur Web.

2. LES MALADIES MENTALES DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

MÉTHODOLOGIE

Le SCSMC forme un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance, financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Il relève les cas de maladies chroniques dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales, lesquelles incluent les réclamations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux, jumelées aux registres de l'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Les données sur tous les résidents admissibles au régime d'assurance-maladie provincial ou territorial (environ 97 % de la population canadienne) sont saisies dans le registre de l'assurance-maladie, ce qui rend la couverture du SCSMC presque universelle. Les définitions de cas sont appliquées à ces bases de données jumelées. Les données obtenues sont ensuite regroupées au niveau provincial et territorial avant d'être soumises à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'être rapportées aux niveaux provincial, territorial et national. Pour en savoir plus sur la portée actuelle du SCSMC, veuillez vous reporter à l'annexe A.

Dans le SCSMC, une personne est considérée comme ayant eu recours aux services de santé pour une maladie mentale si elle satisfait aux critères suivants : au moins une réclamation de facturation d'un médecin indiquant un code diagnostique de maladie mentale dans le premier champ, ou un congé de l'hôpital indiquant un code diagnostique de maladie mentale dans le champ du diagnostic principal, selon les codes de la CIM-9 ou CIM-9-MC, ou leurs équivalents dans la CIM-10-CA (Tableau 1). Selon cette définition de cas « omnibus », la personne doit être considérée comme un cas au cours d'un exercice donné pour figurer parmi les estimations de cet exercice. Par conséquent, les estimations représentent la prévalence annuelle. Pour en savoir plus sur les études de faisabilité et de validation exécutées en vue d'élargir la portée du SCSMC pour inclure les maladies mentales, veuillez vous reporter à l'annexe B.

TABEAU 1 : Codes de la CIM inclus dans la définition de cas du SCSMC pour l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales

	CIM-9 ou CIM-9-MC	CIM-10-CA
Maladies mentales	290 à 319	F00 à F99

Ces codes de la CIM inclus dans la définition de cas du SCSMC pour l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales sont associés aux troubles ci-dessous :

- troubles de l'humeur (p. ex. trouble dépressif majeur, trouble bipolaire);
- troubles anxieux (p. ex. agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, troubles obsessionnels-compulsifs);
- psychoses (p.ex. schizophrénie);
- troubles de la personnalité (p. ex. trouble de la personnalité limite, trouble de la personnalité antisociale);
- troubles psychosexuels;

- troubles liés à l'utilisation de substances (p. ex. consommation ou abus d'alcool ou de drogues avec ou sans dépendance);
- autres troubles mentaux non psychotiques diagnostiqués à l'adolescence et à l'âge adulte (p. ex. facteurs physiologiques issus d'un dysfonctionnement psychologique, troubles alimentaires, troubles du sommeil);
- autres troubles mentaux non psychotiques diagnostiqués au cours de l'enfance (p. ex. trouble des conduites, trouble de déficit de l'attention);
- retard mental; et
- démences (incluant les démences associées à la maladie d'Alzheimer, mais excluant les codes plus généraux propres à la maladie d'Alzheimer).

Le SCSMC peut identifier des personnes qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques normalisés d'une maladie mentale mais à qui on a attribué un code diagnostique selon une évaluation clinique. À l'inverse, le SCSMC n'identifie pas les personnes qui remplissent tous les critères diagnostiques normalisés d'une maladie mentale mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent (incluant celles qui ont utilisé des services de santé mais n'ont pas été saisies dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales et celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout). Pour ces raisons, les estimations du SCSMC sont représentatives de la prévalence d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales plutôt que de la prévalence des maladies mentales diagnostiquées.

Ce rapport présente des données issues de l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavut^{iv} et du Yukon^v qui, ensemble, représentent environ 0,2 % de la population totale du Canada^{vi}. Les registres de l'assurance-maladie des provinces et des territoires fournissent les données démographiques pour chaque personne et l'âge est calculé en date du 1^{er} octobre, soit à la mi-course de l'exercice financier. Le dénombrement de la population correspond au nombre total de personnes assurées dans les provinces et les territoires (sauf le Nunavut et le Yukon) selon le registre de l'assurance-maladie pour chaque exercice financier.

^{iv} Les données du Nunavut ont été exclues puisqu'elles étaient incomplètes avant 2003 (c.-à-d. que les données des centres de santé communautaires et de certains hôpitaux n'étaient pas disponibles).

^v Les données du Yukon ont été exclues en raison de problèmes liés à la qualité des données.

^{vi} Chiffres de population et des logements, Canada, provinces et territoires, recensements de 2011 et 2006, Statistique Canada. En ligne : www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hltfst/pd-pl/Table-Tableau.cfm?Lang=fr&T=101&S=50&O=A.

LIMITES

Bien que la couverture du SCSMC soit quasi universelle, elle exclut les Canadiens couverts par des programmes de santé fédéraux, par exemple les demandeurs d'asile, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les anciens combattants admissibles, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus de pénitenciers fédéraux.

En outre, le SCSMC n'identifie pas les personnes admissibles qui ont été vues par un médecin salarié ne pratiquant pas la facturation *pro forma*, celles qui ont sollicité des soins en clinique communautaire ou privée, celles qui ont reçu des services de santé mentale dans un hôpital ne soumettant pas ses données sur les congés (p. ex. les hôpitaux psychiatriques spécialisés et certains hôpitaux dotés de lits réservés à la santé mentale) à la Base de données sur les congés des patients (ou à la base de données MED-ÉCHO au Québec), celles qui ont utilisé des services de santé sans recevoir de code diagnostique de maladie mentale pertinent et, enfin, celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout.

Pour ces raisons, les données présentées ici sous-estiment probablement l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales au Canada. Pour en savoir plus sur la couverture de la population relative aux maladies mentales dans le SCSMC, veuillez vous reporter à l'annexe C.

3. PRINCIPAUX RÉSULTATS

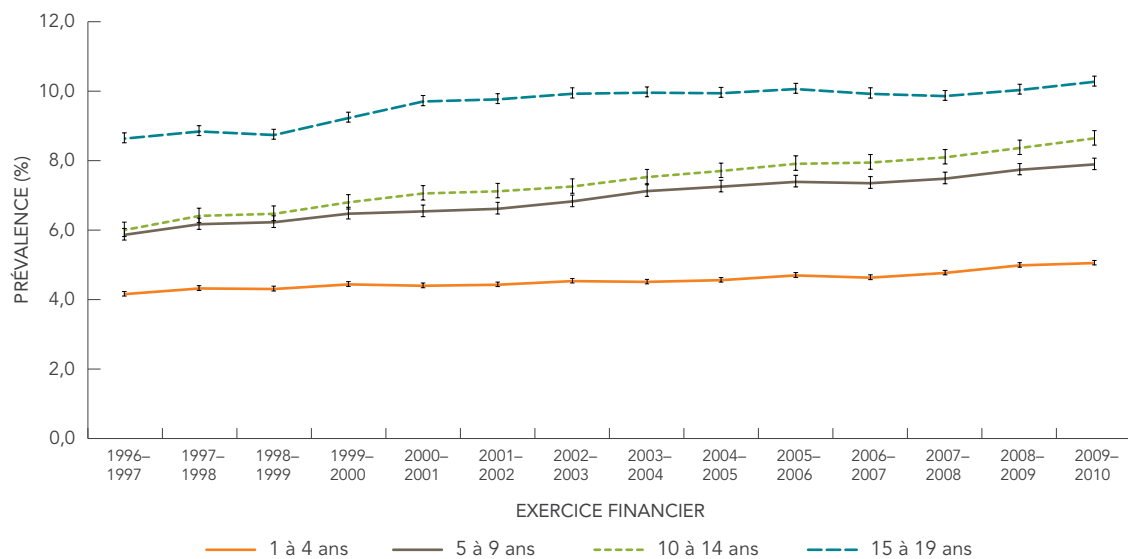
RAPPEL

Le SCSMC peut identifier des personnes qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques normalisés d'une maladie mentale mais à qui on a attribué un code diagnostique selon une évaluation clinique. À l'inverse, le SCSMC n'identifie pas les personnes qui remplissent tous les critères diagnostiques normalisés d'une maladie mentale mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent (incluant celles qui ont utilisé des services de santé mais n'ont pas été saisies dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales et celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout). Pour ces raisons, les estimations du SCSMC sont représentatives de la prévalence d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales plutôt que de la prévalence des maladies mentales diagnostiquées.

PERSONNES AYANT UTILISÉ DES SERVICES DE SANTÉ POUR DES MALADIES MENTALES

- En 2009–2010, environ cinq millions (14,4 %) de Canadiens âgés d'un an et plus ont reçu des services de santé pour des maladies mentales (presque 3,0 millions de femmes et environ 2,1 millions d'hommes, résultats non présentés).
- Chez les enfants et les jeunes (moins de 20 ans), la prévalence de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales a augmenté entre 1996–1997 et 2009–2010. La plus forte augmentation relative a été observée chez les jeunes adolescents de 10 à 14 ans (43,8 %), suivie de près par celle touchant les enfants de 5 à 9 ans (34,5 %) (Figure 1).

FIGURE 1 : Prévalence annuelle selon l'âge (%) de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées de 1 an à 19 ans, Canada*, de 1996–1997 à 2009–2010



NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
* Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

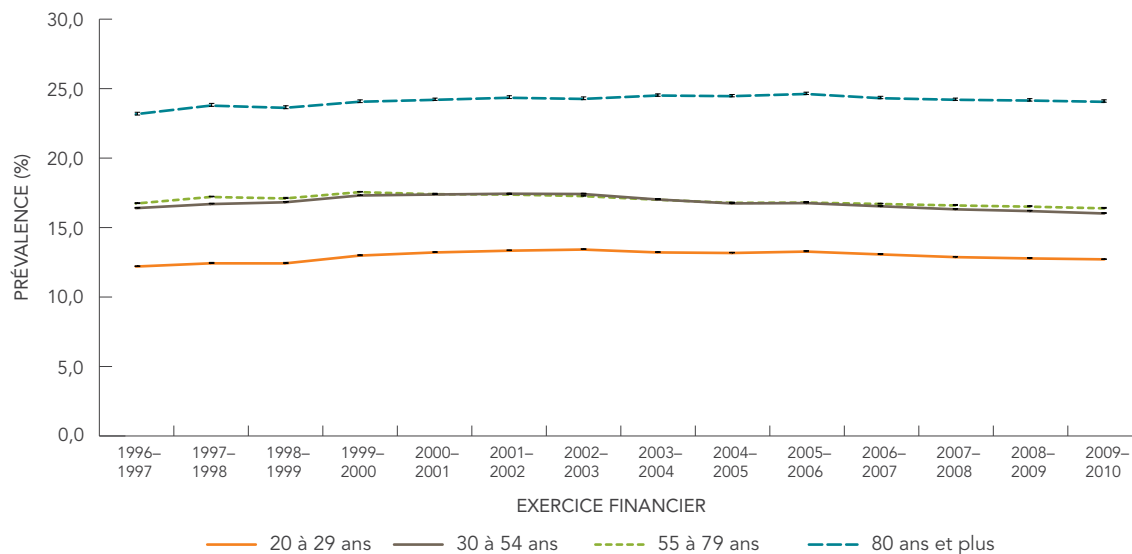
L'augmentation de la prévalence de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les enfants et les adolescents pourrait être due à une augmentation véritable du nombre de cas mais aussi à une sensibilisation accrue à la présence de maladies mentales chez les enfants, faisant ainsi augmenter le taux de détection et de traitement. Par exemple, le diagnostic de certains troubles de déficit de l'attention et des conduites pourrait avoir augmenté en raison d'une sensibilisation accrue chez les professionnels de la santé, chez les parents et chez les éducateurs. Des programmes d'éducation spécialisée ainsi que du financement sont souvent offerts aux conseils scolaires au sein desquels se trouvent des enfants et des adolescents ayant reçu un diagnostic de maladie mentale¹⁴, ce qui peut constituer un incitatif à détecter et déclarer ces affections.

L'augmentation observée chez les enfants et les adolescents concorde avec les résultats d'autres études. Une étude au Québec a montré que la prévalence des troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité chez les enfants et les jeunes de moins de 20 ans a augmenté au cours des dernières années²³. Par ailleurs, en Alberta, des chercheurs ont observé une augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents qui demandent des soins d'urgence pour une maladie mentale, signalant qu'un fort pourcentage de ces cas concerne l'abus ou le mauvais usage de substances²⁴. Les résultats de l'Étude nationale sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire confirment un lien entre la fréquence du tabagisme, l'utilisation du cannabis ainsi que l'abus d'alcool, et les problèmes affectifs ou comportementaux²⁵.

Des changements apportés aux critères diagnostiques pourraient également expliquer l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les enfants et les adolescents. Par exemple, dans le cadre de la révision de 1994 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), la définition de l'autisme a été élargie et inclut désormais le syndrome d'Asperger. Ce changement pourrait avoir conduit à une augmentation du nombre de personnes associées à un code diagnostique pour un trouble du spectre de l'autisme, qui est inclus dans la définition de cas des maladies mentales du SCSMC.

- Chez les adultes canadiens (20 ans et plus), la prévalence de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales est demeurée généralement stable au cours de la période de surveillance de 14 ans, les personnes âgées de 80 ans et plus affichant systématiquement la prévalence la plus élevée (24,1 % en 2009–2010) (Figure 2).

FIGURE 2 : Prévalence annuelle normalisée selon l'âge[†] (%) de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées de 20 ans et plus, Canada*, de 1996–1997 à 2009–2010



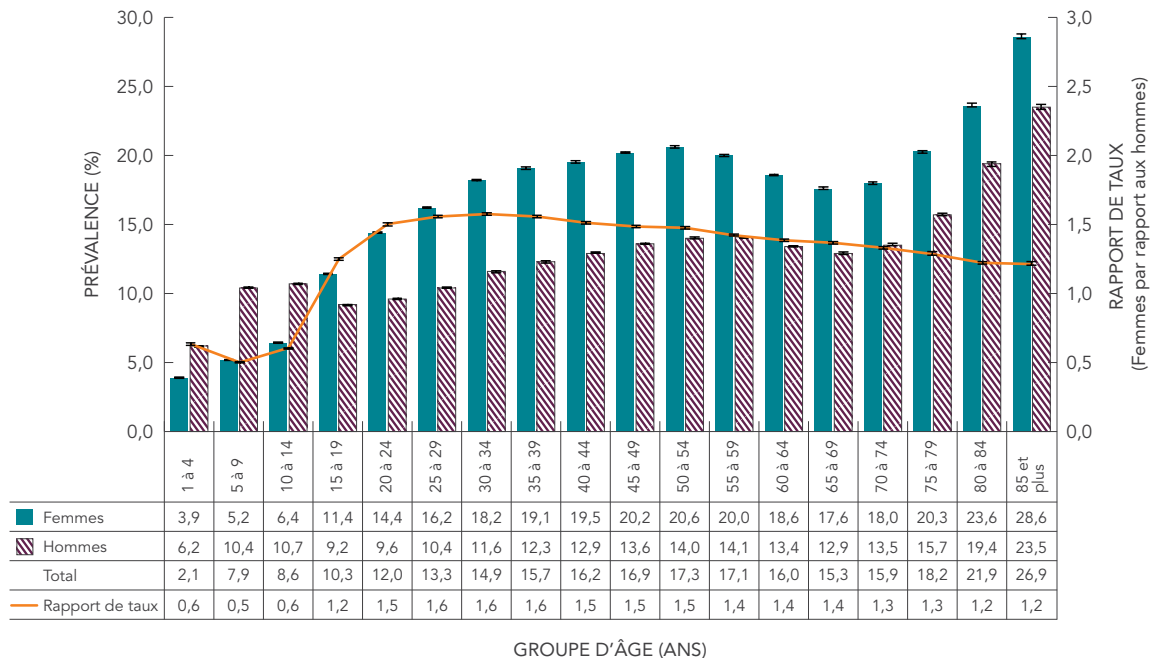
NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
[†] Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. * Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

Ce résultat pourrait avoir été occasionné par l'inclusion des codes diagnostiques associés aux démences dans la définition de cas de maladies mentales du SCSMC (voir dans le Tableau 1 les codes de la CIM inclus). Bien que cela ait un impact important sur la prévalence au sein de la population âgée, les études de faisabilité ont montré que l'inclusion de la démence n'a qu'une faible influence sur la prévalence globale (annexe B).

- La prévalence selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales variait selon le sexe en 2009–2010 (Figure 3).
- Les taux selon l'âge chez les garçons et les adolescents de moins de 15 ans étaient plus élevés que chez les filles et les adolescentes du même âge, mais les taux selon l'âge étaient plus élevés chez les adolescentes plus âgées et les femmes comparativement aux adolescents plus âgés et aux hommes (15 ans et plus) (Figure 3).

FIGURE 3 : Prévalence annuelle selon l'âge (%) de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées d'un an et plus, selon le sexe, Canada*, 2009–2010



NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
* Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSCMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

La prévalence plus élevée de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les garçons de moins de 15 ans par rapport aux filles tient probablement à une prévalence plus élevée de certains troubles des conduites et de déficit de l'attention chez les garçons^{22,26}. Par contre, la prévalence plus élevée chez les adolescentes et les femmes de 15 ans et plus par rapport aux adolescents et aux hommes de 15 ans et plus est probablement due à une prévalence plus élevée des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux chez celles-ci²⁶.

- Les différences relatives les plus importantes entre hommes et femmes par rapport à l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales ont été observées chez les femmes au cours de la période la plus féconde de leur vie reproductive et pendant les années d'éducation des enfants, la prévalence étant alors au moins 50 % plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Figure 3).

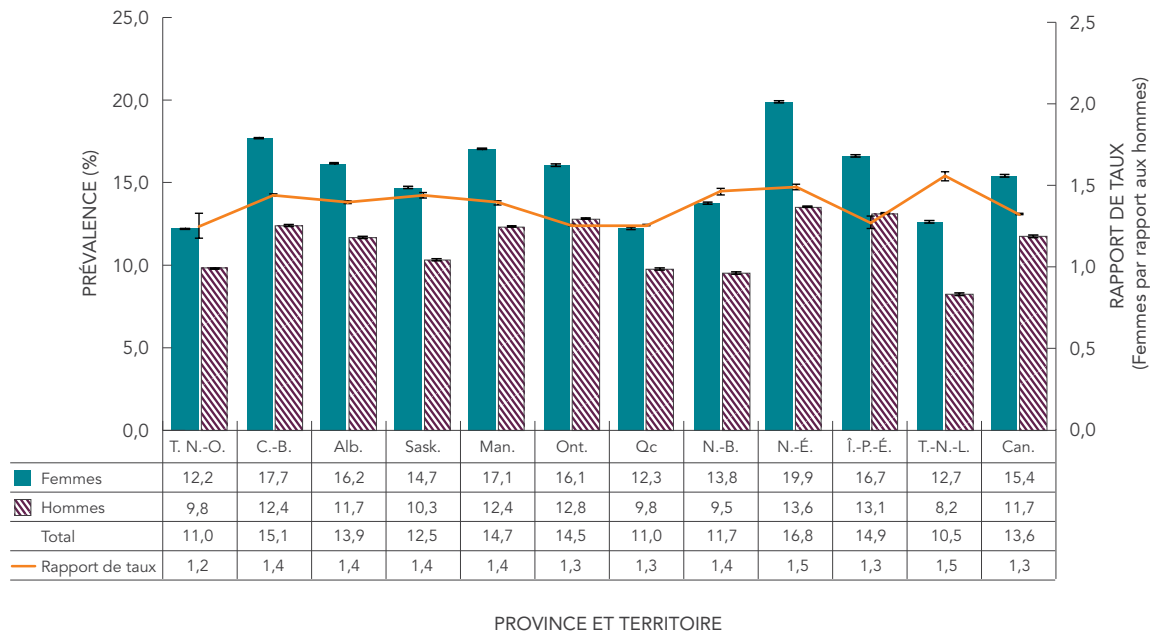
Ces différences en fonction du sexe concordent avec celles observées dans d'autres études^{1,27}. Par exemple, une étude s'appuyant sur des données administratives du Manitoba a montré que les femmes en âge de procréer dépensaient plus que les hommes en soins de santé pour des consultations médicales et pour soins hospitaliers de courte durée, ce qui sous-entend une plus forte utilisation des services de santé²⁷.

La prévalence plus élevée de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales observée chez les adolescentes et les femmes adultes peut être attribuable à plusieurs facteurs, en particulier aux différences entre les sexes à propos des comportements de recherche d'aide pour des services de santé mentale. Il a été établi que les femmes ont des attitudes plus positives que les hommes sur ce plan²⁸. Plusieurs processus biologiques, dont les fluctuations hormonales liées à différents aspects de la fonction reproductive susceptibles de modifier certains processus neuraux interférant avec les états dépressifs, pourraient aussi prédisposer davantage les femmes à la dépression que les hommes^{29,30}. Enfin, des facteurs culturels ou contextuels, par exemple les responsabilités professionnelles et familiales, peuvent aussi entrer en jeu, les femmes déclarant plus souvent que les hommes vivre un stress lié à leurs responsabilités personnelles et familiales³¹⁻³³.

PERSPECTIVE PANCANADIENNE

- En 2009–2010, la prévalence normalisée selon l'âge d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées d'un an et plus était la plus élevée en Nouvelle-Écosse (16,8 %) et en Colombie-Britannique (15,1 %), et la plus faible à Terre-Neuve-et-Labrador (10,5 %), au Québec (11,0 %) et dans les Territoires du Nord-Ouest (11,0 %) (Figure 4).
- Quel que soit le lieu de résidence, la prévalence normalisée selon l'âge était de 1,2 à 1,5 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. L'écart le plus important entre les sexes a été observé en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador (Figure 4).

FIGURE 4 : Prévalence annuelle normalisée selon l'âge[†] (%) de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées d'un an et plus, selon la province et le territoire* et le sexe, Canada*, 2009–2010

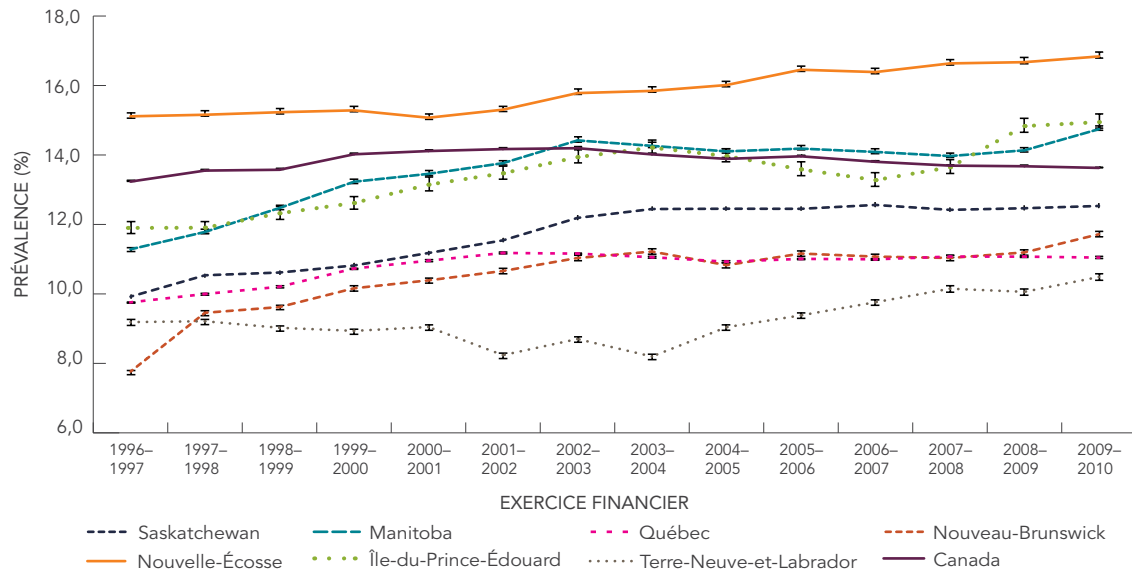


NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
[†] Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. * Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

- La prévalence normalisée selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales est demeurée relativement stable de 1996–1997 à 2009–2010 au Canada. Toutefois, en 2001–2002 et 2002–2003, une petite pointe dans la prévalence a été observée, puis le taux est revenu à un niveau semblable à celui de 1996–1997 (Figures 5 et 6).

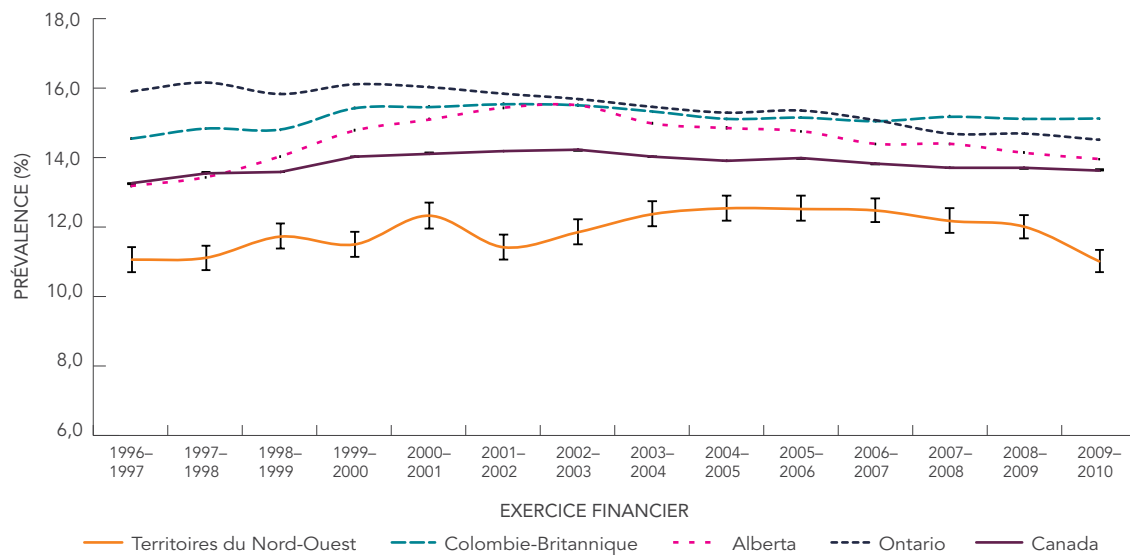
FIGURE 5 : Prévalence annuelle normalisée selon l'âge[†] (%) de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées d'un an et plus, selon la province et le territoire*, lorsque le changement relatif était supérieur à 10 %, Canada*, 1996–1997 à 2009–2010



NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
[†] Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. * Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

FIGURE 6 : Prévalence annuelle normalisée selon l'âge[†] (%) de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les personnes âgées d'un an et plus, selon la province et le territoire*, lorsque le changement relatif était inférieur ou égal à 10 %, Canada*, 1996–1997 à 2009–2010



NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
[†] Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. * Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

Bien que ce changement dans l'orientation de la tendance puisse refléter une légère baisse du nombre de personnes cherchant à obtenir un traitement pour des maladies mentales, il pourrait également être lié aux nouvelles politiques et modifications apportées en matière de codage des données. L'introduction de la CIM-10-CA dans les hôpitaux canadiens entre 2001–2002 et 2006–2007 est susceptible d'avoir contribué à la sous-estimation du nombre de patients atteints de maladies mentales admis à l'hôpital. En Alberta, Quan et ses collègues ont constaté que la CIM-10-CA était moins sensible que la CIM-9-MC pour l'enregistrement des cas de dépression à partir des dossiers de congé de l'hôpital³⁴.

En outre, cette nouvelle tendance pourrait découler de changements apportés aux modèles de rémunération. Par exemple, il est possible qu'une proportion accrue de médecins aient été payés par salaire (plutôt qu'à l'acte) au cours de la partie plus récente de la période de surveillance. Faut de facturation *pro forma*, ce changement touchant la rémunération réduirait le nombre de réclamations de facturation des médecins soumises aux provinces et aux territoires. Malgré ces modifications apportées au codage des données et aux modèles de rémunération, dans l'ensemble, la variation absolue de la prévalence de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales durant la période de surveillance n'était pas substantielle (moins de 1,0 %).

- De 1996–1997 à 2009–2010, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse présentaient les prévalences normalisées selon l'âge les plus élevées d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales (Figures 5 et 6).
- La prévalence normalisée selon l'âge d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales a augmenté dans l'ensemble des provinces et des territoires durant la période de surveillance, sauf en Ontario, où la baisse a été de 8,8 %. Celle-ci peut s'expliquer, en partie, par le fait que l'Ontario a cessé de fournir les données de ses hôpitaux psychiatriques à la Base de données sur les congés en 2006. La plus forte augmentation de la prévalence normalisée selon l'âge a été observée au Nouveau-Brunswick (Figures 5 et 6).

Les variations provinciales et territoriales de la prévalence normalisée selon l'âge pour l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales peuvent être liées à des différences dans la répartition de facteurs ayant une influence connue sur la santé mentale, par exemple la situation financière, l'emploi, les possibilités de formation, le soutien social et la mobilisation de la collectivité¹. Toutefois, des différences au niveau de la détection et du traitement des maladies mentales, ainsi que des différences en matière de codage des données, de soumission aux bases de données, de modèles de rémunération et de pratiques de facturation *pro forma* peuvent aussi jouer un rôle.

MALADIES ET AFFECTIONS CHRONIQUES COMORBIDES DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Plusieurs maladies ou affections chroniques peuvent être identifiées de manière comparable par le SCSMC, ce qui constitue un des avantages de la méthodologie de ce système. Les cas sont définis à partir de la même population source et peuvent être jumelés au moyen d'un identificateur unique (au niveau provincial ou territorial seulement). Par conséquent, le SCSMC permet de calculer la prévalence de maladies et affections chroniques comorbides chez les personnes qui utilisent les services de santé pour des maladies mentales. Il est important de souligner que ces données ne peuvent être utilisées que pour décrire l'association transversale entre plusieurs maladies ou affections, mais elles ne permettent pas de décrire la direction de cette association (c.-à-d. la causalité). À l'avenir, la surveillance par l'entremise du SCSMC permettra peut-être d'établir la temporalité du diagnostic des maladies et affections chroniques. Cette information pourrait fournir un éclairage sur la mesure dans laquelle une maladie mentale constitue un facteur de risque associé à d'autres maladies chroniques ou une complication découlant d'autres maladies chroniques.

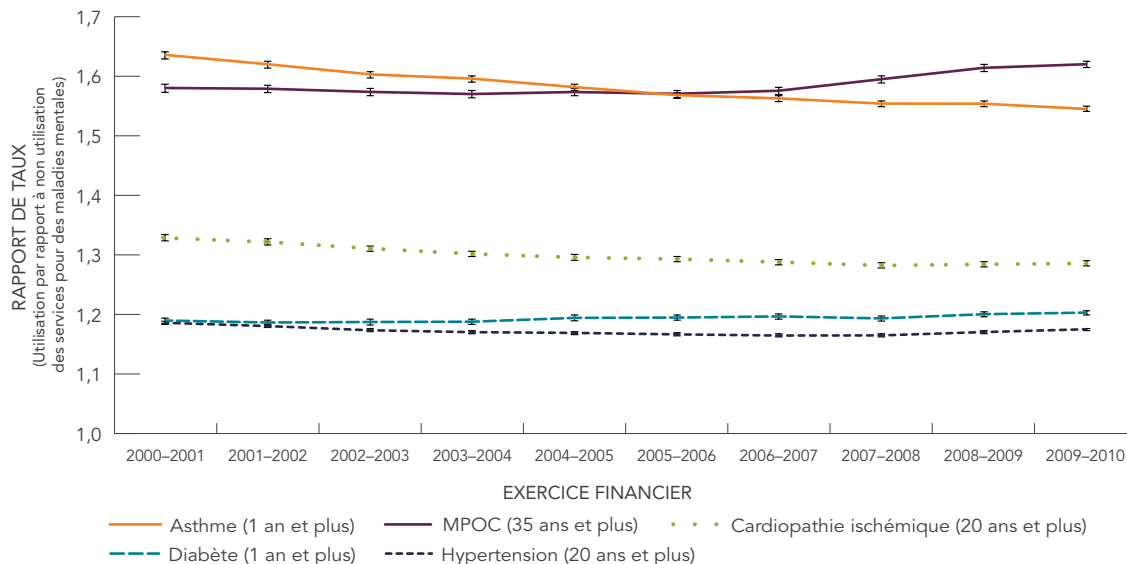
Dans le cadre d'un projet pilote pancanadien mené en 2012, le SCSMC a collecté des données sur cinq maladies et affections chroniques susceptibles d'être concomitantes d'une maladie mentale, à savoir le diabète, l'hypertension, l'asthme, la cardiopathie ischémique et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Les résultats de ce projet pilote ont été utilisés pour calculer la prévalence de maladies chroniques comorbides chez les personnes ayant utilisé les services de santé pour des maladies mentales comparativement à la prévalence chez celles qui n'en ont pas utilisés. Pour consulter un résumé des définitions des cas utilisées pour ces maladies et affections comorbides, veuillez vous reporter à l'annexe D.

L'une des limites de ce projet pilote est liée au fait que la prévalence d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales a été calculée annuellement (prévalence annuelle) alors que les cas de diabète, d'hypertension, d'asthme, de cardiopathie ischémique et de MPOC, une fois identifiés, sont prévalents à vie. En outre, certaines administrations n'utilisent qu'un seul champ de diagnostic dans les réclamations de facturation des médecins. Par conséquent, si une personne sollicite des services de santé pour plus d'une maladie ou affection lors d'une même visite, toutes les affections comorbides ne seront pas notées au dossier. Cette situation est plus problématique pour les groupes plus âgés présentant plusieurs affections chroniques. Enfin, certains diagnostics, comme le diabète, peuvent être codés de préférence à d'autres, et entraîner une sous-déclaration des maladies mentales.

Les résultats de ce projet pilote pancanadien ont révélé les observations suivantes.

- De 2000–2001 à 2009–2010, la prévalence normalisée selon l'âge de l'asthme, de la MPOC, de la cardiopathie ischémique, du diabète et de l'hypertension chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales était plus élevée que chez celles n'en ayant pas utilisés (rapports de taux variant de 1,2 à 1,6). La différence observée était relativement stable au cours de la période de surveillance, sauf pour l'asthme, pour lequel la différence a légèrement diminué avec le temps (Figure 7).
- L'asthme et la MPOC étaient plus fréquents que la cardiopathie ischémique, le diabète ou l'hypertension chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour une maladie mentale, comparativement aux personnes n'en ayant pas utilisés (rapports de taux supérieurs à 1,5 et 1,2, respectivement) (Figure 7).

FIGURE 7 : Rapports de taux normalisés selon l'âge[†] de la prévalence des maladies ou affections chroniques chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales[‡] par rapport à celles n'en ayant pas utilisés, Canada*, 2000–2001 à 2009–2010



NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.

[†] Taux normalisés selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991 (les groupes d'âge normalisés dépendent de l'inclusion et de l'exclusion dans la définition de cas). [‡] Les inclusions et exclusions selon l'âge sont fondées sur les définitions de cas propres à chaque maladie. * Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon; les données relatives au diabète au Québec ont été modélisées à l'aide de la répartition canadienne des groupes d'âge.

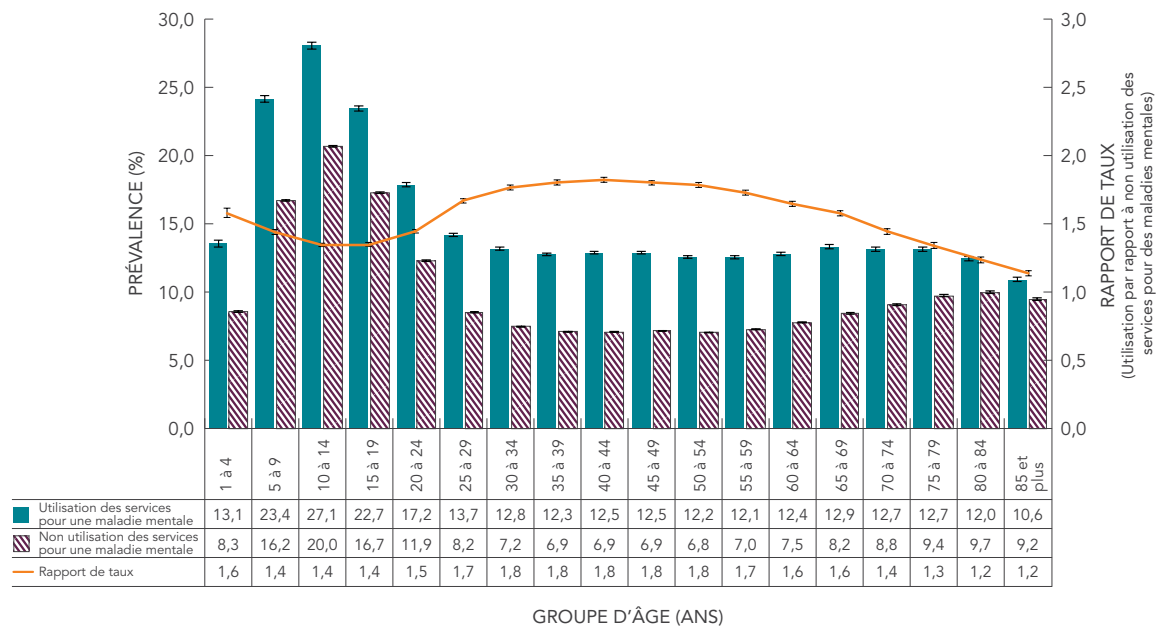
SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

Le fait que l'asthme soit plus fréquent chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales que la cardiopathie ischémique, le diabète et l'hypertension comparativement aux personnes n'ayant pas utilisé de services de santé pour des maladies mentales est probablement lié à la gravité des épisodes asthmatiques, soit à l'anxiété et à la panique qui en découlent^{35,36}, ainsi qu'aux médicaments employés pour traiter l'asthme, qui peuvent engendrer des symptômes anxieux³⁵. Les associations entre dépression, anxiété et mauvaise gestion de l'asthme sont bien connues³⁷.

Les études antérieures donnent aussi des indices par rapport à la prévalence plus élevée de la MPOC observée chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales. Par exemple, les personnes ayant déclaré être atteintes d'une maladie mentale grave étaient aussi plus susceptibles de déclarer fumer, ce qui est un facteur de risque important de la MPOC^{16,38}. Par ailleurs, aux États-Unis, on estime que près de la moitié des cigarettes consommées le sont par des personnes atteintes d'une maladie mentale³⁸. En outre, bien que la prévalence du tabagisme ait nettement diminué au cours des 60 dernières années, les résultats d'une étude longitudinale ont révélé que le lien entre cigarette et dépression n'est apparu qu'au cours des dernières décennies, ce qui donne à penser que les personnes qui ont continué de fumer sont plus susceptibles d'être atteintes de dépression³⁹.

- En général, le rapport des taux des maladies ou affections chroniques comorbides chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales, comparativement aux personnes qui n'en ont pas utilisés, a diminué régulièrement avec l'âge (résultats non présentés). Toutefois, dans le cas de l'asthme, le rapport des taux atteint un sommet chez les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen, puis diminue chez les personnes plus âgées (Figure 8).

FIGURE 8 : Prévalence selon l'âge (%) de l'asthme chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales et chez celles n'en ayant pas utilisés, Canada*, 2009–2010



NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
* Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

Cela peut s'expliquer par le fait que l'asthme est plus souvent diagnostiqué chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Un cas d'asthme diagnostiqué durant l'enfance peut être bien géré à l'âge adulte; le professionnel de la santé cessera donc de lui attribuer un code diagnostique au cours des années de vie subséquentes. Par conséquent, si le diagnostic d'asthme a été établi avant la période de surveillance, il est possible que la personne ne soit pas identifiée comme un cas dans le SCSMC. Ces données peuvent donc sous-estimer la prévalence de maladies ou d'affections comorbides chez les personnes qui ont utilisé (ou non) des services de santé pour des maladies mentales.

4. CONCLUSION

Un important segment de la population canadienne a utilisé des services de santé pour des maladies mentales pendant la période de surveillance (1996–1997 à 2009–2010), la prévalence annuelle normalisée selon l'âge variant globalement entre 13,2 % et 14,2 % (résultats non présentés). Il convient de porter une attention particulière à l'augmentation de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les jeunes adolescents, de même qu'à la très forte prévalence du recours à des services de santé chez les personnes âgées. D'autres activités devront être réalisées afin de comprendre quelles maladies mentales sont à l'origine de ce phénomène. Ces résultats illustrent l'importante sollicitation du système de soins de santé pour les services en santé mentale.

Comme toute source de données de surveillance, les données administratives sur la santé comportent elles aussi des limites. Les résultats présentés ici doivent donc être interprétés en tenant compte de ces dernières. Par exemple, les estimations du SCSMC n'incluent pas les personnes ayant sollicité des services de santé mentale de médecins salariés ne pratiquant pas la facturation *pro forma*, celles ayant sollicité exclusivement des soins privés, celles ayant reçu des services de santé mentale dans des hôpitaux ne soumettant pas de données sur les congés à la Base de données sur les congés des patients (ou à la base de données MED-ÉCHO au Québec), celles ayant sollicité des soins sans se voir attribuer de code diagnostique pertinent pour une maladie mentale ou celles n'ayant pas sollicité de soins du tout. Par conséquent, les résultats présentés ici sous-estiment probablement l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales au Canada.

Le présent rapport est la première publication à présenter des données administratives sur la santé tirées du SCSMC pour la surveillance nationale des maladies mentales. Il décrit la situation actuelle et les tendances de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales au Canada au cours de la vie. Les données qu'il renferme peuvent être utiles aux principaux intervenants de tous les paliers de gouvernement, ceux des organismes non gouvernementaux, ceux du milieu universitaire et ceux des secteurs de l'industrie dans les efforts qu'ils déploient pour alléger le fardeau des maladies mentales au Canada.

FUTURS OBJECTIFS

Le SCSMC est une source précieuse d'information pour la surveillance de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales au Canada, information utile pour accroître la compréhension collective des maladies mentales et de l'utilisation des services de santé qui y est associée au sein de la population canadienne.

Dans cette perspective, les activités à venir du SCSMC auront comme objectifs de :

- collecter et communiquer des données sur les maladies mentales et les troubles de l'humeur et/ou anxieux de façon continue;
- étudier la faisabilité d'élaborer des définitions de cas pour d'autres maladies mentales, notamment les troubles psychotiques;
- développer une approche pour étudier la chronicité des maladies mentales faisant l'objet d'un suivi dans le SCSMC;
- étudier d'autres maladies et affections comorbides, entre autres les accidents vasculaires cérébraux et d'autres affections neurologiques, étant donné que les maladies mentales sont communes chez les personnes atteintes de ces affections⁴⁰; et
- élaborer des indicateurs de mortalité.

GLOSSAIRE

Agoraphobie : Trouble anxieux caractérisé par de l'anxiété liée au fait de se retrouver dans un lieu ou une situation d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours¹.

Chronicité : Degré de persistance d'une maladie chronique ou d'une pathologie, c.-à-d. une maladie qui est considérée comme permanente une fois diagnostiquée, ou une maladie qui est intermittente.

Code de la Classification internationale des maladies (CIM) : Classification diagnostique internationale normalisée des maladies et autres problèmes de santé, utilisée à des fins épidémiologiques, cliniques et de gestion. Cette classification est notamment utilisée pour faire le suivi de l'incidence et de la prévalence des maladies et autres problèmes de santé, offrant ainsi un portrait de l'état de santé général d'un pays ou d'une population⁴³.

Comorbidité : Affections médicales ou maladies concomitantes qui s'ajoutent à une maladie ou à une affection particulière étudiée.

Démence : Catégorie de troubles caractérisés par la détérioration progressive des facultés intellectuelles et de la mémoire⁴¹.

Dépression : Trouble de l'humeur pouvant occasionner une variété de symptômes, dont des sentiments de dévalorisation, une tristesse gênant le fonctionnement, une perte d'intérêt envers les activités habituelles, un changement d'appétit, un sommeil troublé et une baisse d'énergie. Les enfants atteints de dépression peuvent se montrer irritables et anxieux ou manifester des troubles des conduites similaires aux symptômes du trouble d'opposition ou du trouble de déficit de l'attention. Chez les personnes âgées, la dépression se manifeste par des symptômes d'anxiété, d'agitation et de troubles physiques et de mémoire¹.

Épisodes maniaques : Symptômes des troubles de l'humeur où la personne démontre un niveau d'énergie élevé et des comportements téméraires, et qui la prédisposent souvent à agir de façon inhabituelle, p. ex. dépenser inconsidérément, commettre des délits ou avoir des comportements sexuels inappropriés¹. Les épisodes maniaques peuvent durer des semaines, voire des mois. Les épisodes de dépression et de manie changent la façon dont la personne pense, se sent et se comporte, et influencent ses capacités physiques fonctionnelles.

Étude de faisabilité : Étude menée pour déterminer si les données peuvent être utilisées dans un objectif de surveillance.

Facteurs de protection contre les maladies mentales : « Facteurs [qui] aident à réduire les possibilités de développer des troubles mentaux ou une maladie mentale, à maintenir une bonne santé mentale et à acquérir une certaine résilience face à l'adversité. Parmi ces facteurs se trouvent le sentiment d'appartenance, l'établissement de bonnes relations, le sentiment d'avoir le contrôle sur sa propre vie et l'acquisition d'une bonne capacité de résolution des problèmes. Les facteurs structurels et sociaux qui allègent l'adversité et renforcent le sentiment de sécurité, comme le logement sécuritaire et le revenu stable, sont aussi très importants»².

Facteurs de risque liés aux maladies mentales : Aspects de la vie ou prédispositions génétiques qui augmentent la probabilité de développer une maladie mentale ou qu'une maladie mentale existante se détériore. Il peut s'agir d'une prédisposition génétique, de facteurs économiques, sociaux et psychologiques, de traumatismes durant l'enfance, d'isolement, d'incarcération, d'abus personnel ou familial de drogues et d'alcool, de conflits familiaux ou encore d'expériences de discrimination².

Facturation *pro forma* : Processus administratif selon lequel les médecins salariés fournissent de l'information sur les services qu'ils dispensent au moyen de codes d'honoraires provinciaux et territoriaux; toutefois, le paiement n'est pas directement lié aux services déclarés.

Intervalle de confiance : Un intervalle de confiance de 95 % indique une fourchette autour de la valeur estimée qui comprendra la véritable valeur dans une probabilité de 95 %. La taille de l'intervalle de confiance renvoie à la précision de l'estimation.

Maladie mentale : Les maladies mentales sont «caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués»¹. Elles résultent d'interactions complexes entre facteurs biologiques, psychosociaux, économiques et génétiques². Elles peuvent toucher les personnes de tout âge; cependant, elles se manifestent souvent dès l'adolescence ou le début de l'âge adulte³. Il existe de nombreux types de maladies mentales, qui prennent la forme d'épisodes uniques de courte durée jusqu'aux maladies chroniques.

Présentéisme : Fait pour un employé de travailler alors qu'il est malade, entraînant ainsi une baisse de productivité¹⁰.

Prévalence annuelle d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales (%) : Proportion de personnes qui ont utilisé des services de santé pour des maladies mentales au cours d'un exercice donné. Cette proportion représente le nombre de personnes ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales divisé par le total de la population, soit toutes les personnes inscrites à un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial (environ 97 % de la population canadienne). Dans le SCSMC, pour qu'une personne soit considérée comme ayant utilisé des services de santé pour des maladies mentales, elle doit satisfaire aux critères suivants : au moins une réclamation de facturation d'un médecin indiquant un code diagnostique de maladie mentale dans le premier champ, ou un congé de l'hôpital indiquant un code diagnostique de maladie mentale dans le champ du diagnostic principal, selon les codes de la CIM-9 ou CIM-9-MC (290 à 319) ou leurs équivalents dans la CIM-10-CA (F00 à F99), au cours d'un exercice donné.

Rapport de taux : Rapport de deux mesures reliées; par exemple, la prévalence d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les femmes divisée par la prévalence d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les hommes.

Rémunération à l'acte : Paiement des réclamations qui se fonde sur la soumission d'actes individuels⁴².

Stigmatisation : « Renvoie aux croyances et aux mentalités à l'égard des troubles mentaux et des maladies mentales qui mènent à stéréotyper les personnes qui vivent avec ces troubles et à avoir des préjugés envers elles et leur famille. Ces comportements sont souvent dus à l'ignorance, à l'incompréhension et à des connaissances erronées »².

Taux d'incidence : Taux de personnes qui reçoivent au cours d'une période donnée un premier diagnostic, parmi celles qui sont à risque.

Taux normalisé selon l'âge : Taux ajusté pour tenir compte des différences dans la structure d'âge de la population à l'étude par rapport à la population de référence. Les taux normalisés selon l'âge sont fréquemment utilisés dans les analyses des tendances ou pour comparer les taux entre différentes régions ou différents sous-groupes.

Taux spécifique selon l'âge : Taux calculé pour chaque tranche d'âge de 5 ans.

Trouble d'anxiété généralisée : Trouble anxieux caractérisé par une anxiété et des soucis excessifs qui sont difficiles à contrôler et souvent accompagnés de fatigue et de difficultés de concentration. Le diagnostic clinique suppose des symptômes qui sont présents la plupart des jours pendant une période durant au moins 6 mois¹.

Trouble bipolaire : Trouble de l'humeur caractérisé par au moins un épisode de manie ou un épisode mixte (manie et dépression) avec ou sans antécédents de dépression majeure. Le trouble bipolaire I englobe tout épisode maniaque, avec ou sans épisodes dépressifs. Le trouble bipolaire II est caractérisé par des épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'épisodes maniaques moins graves (épisodes hypomaniaques)¹.

Trouble dépressif majeur : Trouble de l'humeur « caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs », cliniquement défini par la présence d'une « humeur dépressive et/ou perte d'intérêt envers les activités habituelles persistant pendant au moins deux semaines et s'accompagnant d'au moins quatre autres symptômes de dépression »¹.

Trouble obsessionnel-compulsif : Trouble anxieux caractérisé par une ou plusieurs obsessions, comme des « pensées, idées, impulsions ou des représentations persistantes qui sont perçues comme intrusives et inappropriées, et qui causent une anxiété ou une détresse prononcée ». Les compulsions sont des pensées ou des actes qui surviennent pour faire face aux obsessions¹.

Trouble panique : Trouble anxieux qui suppose la « présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues » (période bien délimitée de peur intense), « suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois de subir d'autres attaques, d'inquiétude au sujet des attaques », ou « d'un changement de comportement important associé aux attaques »¹.

REMERCIEMENTS

Équipe de production de l'Agence de la santé publique du Canada (anciens membres et membres actuels)

Christina Bancej

Joellyn Ellison

Yong Jun Gao

Kelsey Klaver

Lidia Loukine

Louise McRae

Siobhan O'Donnell

Jay Onysko

Catherine Pelletier

Louise Pelletier

Glenn Robbins

Amanda Shane

Saskia Vanderloo

Chris Waters

Groupe de travail du SCSMC sur les maladies mentales (anciens membres et membres actuels)

Cheryl Broeren, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Leslie Anne Campbell, Université Dalhousie

Wayne Jones, Université Simon Fraser

Steve Kisely, Université du Queensland (Australie)

Alain Lesage, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Adrian Levy, Université Dalhousie

Elizabeth Lin, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Peter Nestman, Université Dalhousie

Éric Pelletier, Institut national de santé publique du Québec

Kim Reimer, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Mark Smith, Université du Manitoba

Larry Svenson, ministère de la Santé de l'Alberta

Karen Tu, Institute for Clinical Evaluative Sciences

Helen-Maria Vasiliadis, Université de Sherbrooke

Comité scientifique du SCSMC (anciens membres et membres actuels)

Paul Bélanger, Instituts de recherche en santé du Canada

Gillian Booth, Université de Toronto

Jill Casey, ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse

Kayla Collins, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec

Jeffrey Johnson, Université de l'Alberta

John Knight, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Anthony Leamon, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Lisa Lix (coprésidente), Université du Manitoba

Carol McClure, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Rolf Puchtinger, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Indra Pulcins, Institut canadien d'information sur la santé

Drona Rasali, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Kim Reimer (coprésident), ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Mark Smith, Université du Manitoba

Larry Svenson, ministère de la Santé de l'Alberta

Karen Tu, Institute for Clinical Evaluative Sciences

Linda Van Til, Anciens Combattants Canada

Comité consultatif sur la surveillance des maladies mentales (membres en 2011–2012)

Carol Adair, Université de Calgary

Tim Aubry, Université d'Ottawa

Kathryn Bennett, Université McMaster

Karen Cohen, Société canadienne de psychologie

Wayne Jones, Université Simon Fraser

Nawaf Madi, Institut canadien d'information sur la santé

Gillian Mulvale, Université McMaster

Mark Smith, Université du Manitoba

Larry Svenson, ministère de la Santé de l'Alberta

Cathy Trainor, Statistique Canada

Phil Upshall, Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Groupe de travail technique du SCSMC (membres en 2011–2012)

Fred Ackah, ministère de la Santé de l'Alberta

Patricia Caetano, ministère de la Santé du Manitoba

Jill Casey, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Connie Cheverie, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Bryany Denning, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Neeru Gupta, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Yuko Henden, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Ping Li, Institut de recherche en services de santé

Mary-Ann MacSwain, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Pat McCrea, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Jim Nichol, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Rolf Puchtinger, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Robin Read, Programme de soins du diabète de la Nouvelle-Écosse

Louis Rochette, Institut national de santé publique du Québec

Mike Ruta, Gouvernement du Nunavut

Khokan Sikdar, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Josh Squires, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Mike Tribes, Gouvernement du Yukon

Hao Wang, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Kai Wong, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

ANNEXE A

PORTÉE DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Le SCSMC permet d'estimer les tendances des maladies chroniques au Canada et de générer des rapports à ce sujet. Fondé sur le modèle de l'ancien Système national de surveillance du diabète, le SCSMC poursuit la surveillance du diabète au Canada mais sa portée est désormais plus large, puisqu'il inclut d'autres maladies ou affections chroniques. Des données sur les maladies mentales, les troubles de l'humeur et anxieux, l'hypertension, l'asthme, la MPOC, l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie ischémique, l'infarctus aigu du myocarde et l'ostéoporose sont maintenant collectées de manière régulière, alors que les définitions de cas pour les affections neurologiques, les accidents vasculaires cérébraux et l'arthrite sont en voie d'être finalisées. Le SCSMC offre une couverture quasi complète de la population canadienne, dont certaines personnes souvent exclues d'autres méthodes de collecte de données (comme les enquêtes). Le portrait qu'il dresse des maladies et affections chroniques que l'on retrouve dans le système de soins de santé canadien est plus exhaustif que celui offert par les bases de données dont le suivi se limite aux affections traitées dans les hôpitaux. Le SCSMC est guidé par un Comité scientifique qui compte des représentants de chaque province et territoire.

ANNEXE B

SURVEILLANCE DES MALADIES MENTALES À L'AIDE DE DONNÉES ADMINISTRATIVES – ÉTUDES DE FAISABILITÉ ET DE VALIDATION

Des études de faisabilité ont été menées en 2006–2007 afin d'évaluer l'utilité de données administratives pour la surveillance des maladies mentales au Canada à l'aide de données provenant de cinq provinces (Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse, Alberta et Colombie-Britannique)⁴⁴.

Les cas ont été identifiés grâce à un jumelage au niveau populationnel des données extraites des réclamations de facturation des médecins et des congés des hôpitaux. Une personne a été considérée comme un cas si elle avait eu au moins une réclamation de facturation d'un médecin ou un congé d'un hôpital avec un code diagnostique inscrit dans le premier champ de diagnostic ou dans le champ du diagnostic principal, selon les codes correspondant de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC (290 à 319), ou leurs équivalents dans la CIM-10-CA, ou encore dans la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Les taux ont été calculés annuellement⁴⁴.

Les résultats de ces études de faisabilité ont montré que la définition de cas « omnibus » décrite conviendrait aux objectifs de surveillance nationale de la prévalence des maladies mentales traitées. Cette conclusion était fondée sur le fait que les estimations de prévalence concordent avec celles d'enquêtes sur la santé de la population, qu'elles étaient similaires d'une province à une autre et qu'elles révélaient les tendances attendues selon le sexe et l'âge⁴⁴.

D'autres explorations des données ont permis d'évaluer l'impact de l'exclusion de codes pour les démences (codes 290 de la CIM-9 ou de la CIM-9-MC) et les retards de développement (codes 315 à 319 de la CIM-9 ou CIM-9-MC). Les résultats ont révélé très peu de différences sur le plan de la prévalence globale peu importe la province (moins de 0,5 %) et, par conséquent, tous les codes de la CIM ont été retenus à des fins de surveillance nationale.

Par ailleurs, l'impact de l'incorporation des codes de facturation des médecins et des données sur les hospitalisations au-delà du premier champ de diagnostic et du champ du diagnostic principal a été examiné. En Ontario et en Nouvelle-Écosse, il a été possible d'élargir la définition de cas dans les données sur les hospitalisations afin de chercher des codes de maladie mentale au-delà du diagnostic principal. Les résultats ont révélé que la prévalence n'augmentait que de 0,3 %, même en étendant la recherche à 16 champs. En Alberta et en Nouvelle-Écosse, on a pu examiner jusqu'à deux champs des réclamations de facturation des médecins pour déceler les codes de maladie mentale, ce qui a fait augmenter la prévalence de moins de 0,5 %⁴⁴. L'inclusion d'un seul champ de diagnostic (dénominateur commun entre les provinces et territoires) semble donc n'avoir qu'un effet marginal sur l'identification des cas.

Enfin, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont examiné l'effet occasionné par l'ajout des données des cliniques communautaires, qui incluent les visites auprès de tous les professionnels en santé mentale et non seulement des médecins. Les résultats montrent une augmentation de la prévalence des troubles mentaux traités de seulement 1 %.

Au terme de l'étude de faisabilité décrite, l'Agence a financé une étude intitulée *Case definition validation study for mental health surveillance in Canada* afin d'établir la validité des définitions de cas du SCSMC par rapport à leur capacité à estimer la prévalence des maladies mentales traitées à l'aide de données administratives au sein de la population adulte (la validité chez les personnes âgées de moins de 20 ans n'a pas été évaluée). L'étude menée par l'Institute of Clinical Evaluative Sciences (Ontario) a montré que les critères d'identification des cas du SCSMC pour la prévalence annuelle risquaient de ne pas cerner correctement tous les cas diagnostiqués (sensibilité de 53 à 71 %, spécificité de 90 à 91 %, valeur prédictive positive de 45 à 51 %, valeur prédictive négative de 91 à 97 %) ⁴⁵.

Parmi les explications possibles de cette faible sensibilité figure la difficulté à identifier un cas de maladie mentale dans les réclamations de facturation des médecins en présence d'un diagnostic concurrent, puisque plusieurs administrations ne peuvent utiliser qu'un seul champ de diagnostic (soit le premier). Toutefois, l'effet de cette restriction a semblé marginal selon les résultats de l'étude de faisabilité présentés plus haut. Par ailleurs, la faible valeur prédictive positive peut s'expliquer en partie par les limites inhérentes à la norme de référence (c.-à-d. les dossiers médicaux électroniques des médecins de famille), puisque les lettres de consultation de spécialistes et les dossiers d'hospitalisation et de salles d'urgence ne sont pas entièrement saisis dans cette source de données. Une autre explication potentielle de la faible valeur prédictive positive tient au fait que des médecins sont susceptibles d'attribuer un code diagnostique pour une maladie mentale alors que le patient ne satisfait pas à la norme diagnostique ⁴⁵.

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude de validation ont montré que la capacité à identifier correctement, à l'aide de données administratives, les personnes atteintes de maladies mentales est limitée. Par conséquent, il a été recommandé de réserver l'utilisation de données administratives destinées à l'examen des maladies mentales à l'estimation de l'utilisation des services de santé pour des maladies mentales.

ANNEXE C

LES MALADIES MENTALES DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES – COUVERTURE DE LA POPULATION

Bien que la couverture du SCSMC soit quasi universelle, des exclusions touchent les Canadiens couverts par des programmes de santé fédéraux, par exemple les demandeurs d'asile, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les anciens combattants admissibles, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus de pénitenciers fédéraux. Comme les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont inclus dans les registres des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux, les services médicaux et hospitaliers sont enregistrés pour ces populations.

Par ailleurs, le SCSMC n'identifie pas toutes les personnes admissibles, notamment :

- Celles qui ont été vues par un médecin salarié (ce qui inclut les psychiatres) qui ne pratique pas la facturation *pro forma*.

Conformément aux modèles conventionnels de rémunération des médecins au Canada, ces derniers se voient rembourser selon le principe du « paiement à l'acte ». Étant donné l'évolution des modèles de prestation de soins de santé, il y a eu une augmentation de ces autres modèles de paiement, comme les paiements à salaire, à vacation ou à capitation. Lorsque ces modes de paiement sont utilisés, les codes diagnostiques ne sont pas saisis dans les données de réclamations de facturation des médecins^{vii}, à moins que la facturation *pro forma* ne soit en place. En 2005–2006, les autres modes de paiement totalisaient 21,3 % de tous les paiements de services cliniques versés aux médecins au Canada⁴². La proportion de médecins rémunérés par d'autres modes de paiement varie de 10,3 % en Alberta à 96,1 % dans les Territoires du Nord-Ouest⁴². Étant donné que dans plusieurs provinces et territoires la plupart des psychiatres sont rémunérés selon d'autres modes de paiement⁴² et qu'on ignore dans quelle proportion ils pratiquent la facturation *pro forma*, une proportion non définie de ces cas peuvent être manquants.

- Celles qui ont utilisé les soins d'une clinique communautaire ou privée.

De nombreux services de santé mentale fournis dans des cliniques communautaires ou des cabinets privés (services de psychothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux ou conseillers) sont financés par d'autres modes de paiement et, par conséquent, ne sont pas enregistrés dans le SCSMC. Par exemple, les psychologues, qui jouent un rôle crucial dans les centres communautaires de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie²³, sont souvent financés par d'autres modes de paiement. Par conséquent, les personnes atteintes de troubles liés à la toxicomanie qui bénéficient de soins de la part de ces professionnels de la santé mentale ne seront pas identifiées dans le SCSMC. Toutefois, les résultats d'une étude de faisabilité ayant examiné l'effet de l'inclusion de données tirées de bases de données communautaires en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse ont montré que la prévalence des troubles mentaux traités n'augmentait que de 1 %⁴⁴.

^{vii} Les réclamations de facturation des médecins comprennent les services rendus par les omnipraticiens, les psychiatres et les autres médecins spécialistes.

- Celles qui ont reçu des services pour une maladie mentale dans un hôpital qui ne soumet pas de données sur les congés à la Base de données sur les congés des patients (ou à la base de données MED-ÉCHO au Québec).

Certains hôpitaux psychiatriques spécialisés (représentant environ 11 % à 16 % des congés pour soins en santé mentale)⁴⁶ et certains hôpitaux offrant des lits réservés aux patients recevant des soins en santé mentale ne soumettent pas de données sur les congés aux bases de données mentionnées plus haut. Ainsi, les données sur les hospitalisations psychiatriques ne sont pas systématiquement enregistrées dans le SCSMC dans toutes les provinces et tous les territoires.

- Celles qui ont sollicité des soins mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent pour une maladie mentale.

Comme de nombreuses administrations ne peuvent utiliser qu'un seul champ de diagnostic (le premier), il peut être difficile d'enregistrer un cas de maladie mentale en présence d'un diagnostic concurrent. Par exemple, certains diagnostics, dont le diabète, peuvent être codés de préférence à d'autres, d'où une sous-déclaration des maladies mentales. Par ailleurs, des personnes dont le fournisseur de soins de santé hésite à attribuer un code diagnostique de maladie mentale en raison de la stigmatisation qui y est associée peuvent recevoir un autre code diagnostique non associé à la maladie mentale et, ainsi, ne pas être enregistrées.

- Celles qui n'ont pas sollicité de soins du tout.

L'identification des cas de maladies mentales dans le SCSMC repose sur le fait que les personnes consultent pour traiter leurs symptômes. Les estimations issues d'enquêtes populationnelles révèlent que 1,9 million d'adultes au Canada ont déclaré être atteints d'une maladie mentale diagnostiquée par un professionnel de la santé en 2003 et que 1,6 million d'adultes ont rapporté des symptômes satisfaisant aux critères définissant les problèmes de santé mentale, sans n'avoir toutefois sollicité de soins. Ces derniers n'ont donc pas été diagnostiqués⁹. Plusieurs explications ont été proposées concernant ces faibles taux de recherche de traitement chez ceux qui présentent ces troubles, notamment la crainte d'être stigmatisé par les professionnels de la santé et par la société⁴⁷, la croyance que le problème disparaîtra de lui-même⁴⁸ et, enfin, le peu de connaissances en matière de santé mentale^{49,50}.

ANNEXE D

DÉFINITIONS DE CAS POUR LES MALADIES ET AFFECTIONS CHRONIQUES COMORBIDES IDENTIFIÉES AU MOYEN DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Asthme : Personne âgée d'au moins un an et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique d'asthme dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins en deux ans incluant un code diagnostique d'asthme dans le premier champ de diagnostic. Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Cardiopathie ischémique : Personne âgée d'au moins vingt ans et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique ou de procédure de cardiopathie ischémique dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins incluant un code diagnostique de cardiopathie ischémique dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic, au cours d'une année donnée. Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Diabète : Personne âgée d'au moins un an et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique de diabète dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins en deux ans incluant un code diagnostique de diabète dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic (les cas probables de diabète gestationnel sont exclus). Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Hypertension : Personne âgée d'au moins 20 ans et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique d'hypertension dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins en deux ans incluant un code diagnostique d'hypertension dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic (les cas probables d'hypertension induite par la grossesse sont exclus). Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Maladie pulmonaire obstructive chronique : Personne âgée d'au moins 35 ans et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique de MPOC dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins incluant un code diagnostique de MPOC dans le champ du premier diagnostic, au cours d'une année donnée. Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Gouvernement du Canada. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ottawa (Ontario) : Travaux publics et services gouvernementaux Canada; 2006. 188 p. N° de catalogue : HP5-19/2006F. ISBN : 0-662-72356-2.
- (2) Commission de la santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien-être : cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Commission de la santé mentale du Canada; novembre 2009. 123 p. ISBN : 978-0-9813-795-1-7.
- (3) Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R. et Walters E. E. « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6 (juin 2005), p. 593–602.
- (4) Organisation mondiale de la Santé (OMS). *CIM-10 version – Chapitre V, Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)* [Internet]. OMS et German Institute of Medical Documentation and Information; 1994/2006 [consultation 9 mars 2015]. En ligne : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/index.htm?gf10.htm> (Version de 2007 non disponible en français, version de 2008 disponible en français : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#V>).
- (5) Organisation mondiale de la Santé (OMS). *La santé mentale : renforcer notre action*. Aide-mémoire n° 220 [Internet]. OMS; 2014 [consultation 9 mars 2015]. En ligne : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr.
- (6) Institute for Health Metrics and Evaluation. « GBD Cause Patterns » [Internet]. University of Washington; 2014 [publication mars 2013, consultation 9 mars 2015]. En ligne : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns>.
- (7) National Business Group on Health/Towers Watson. « L'avantage santé et productivité », *Au travail! 2009–2010*. Towers Watson (originellement publié par Watson Wyatt Worldwide); 2010. 36 p. TW-NA-2009-14565.
- (8) Gouvernement du Canada. « Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) ». Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; [mise à jour 9 mars 2015, consultation 9 mars 2015]. En ligne : <http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/index.php?lang=fra>.
- (9) Lim K. L., Jacobs P., Ohinmaa A., Schopflocher D. et Dewa C. S. « Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 28, n° 3 (2008), p. 103–110.
- (10) Sanderson K., Tilse E., Nicholson J., Oldenburg B. et Graves N. « Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? », *Journal of Affective Disorders*, vol. 101, n° 1–3 (août 2007), p. 65–74.
- (11) Organisation mondiale de la Santé (OMS). « Rapport sur la santé dans le monde, 1998 – La vie au 21^e siècle : une perspective pour tous » [Internet]. OMS; 1998 [consultation 9 mars 2015]. En ligne : www.who.int/whr/1998/fr.
- (12) Jacobs P., Dewa C., Lesage A., Vasiliadis H., Escobar C., Mulvale G., Yim R. « The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A report to the Mental Health Commission of Canada ». Alberta : Institute of Health Economics; 2010. 43 p. ISBN (version imprimée) : 978-1-897443-78-1. ISBN (version électronique) : 978-1-897443-79-8.

- (13) Merikangas K. R., Mehta R. L., Molnar B. E., Walters E. E., Swendsen J. D., Aguilar-Gaziola S., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga J. J., DeWit D. J., Kolody B., Vega W. A., Wittchen H. U., Kessler R. C. « Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology », *Addictive Behaviors*, vol. 23, n° 6 (novembre–décembre 1998), p. 893–907.
- (14) Scott K. M., Von Korff M., Angermeyer M. C., Benjet C., Bruffaerts R., de Girolamo G., Haro J. M., Lépine J. P., Ormel J., Posada-Villa J., Tachimori H., Kessler R. C. « Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 68, n° 8 (août 2011), p. 838–844.
- (15) Katon W. J. « Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness », *Biological Psychiatry*, vol. 54, n° 3 (août 2003), p. 216–226.
- (16) Himelhoch S., Lehman A., Kreyenbuhl J., Daumit G., Brown C. et Dixon L. « Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness », *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, n° 12 (décembre 2004), p. 2317–2319.
- (17) Patten S. B. « Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2 », *Journal of Affective Disorders*, vol. 63, n° 1–3 (mars 2001), p. 35–41.
- (18) Frasure-Smith N. et Lesperance F. « Reflections on depression as a cardiac risk factor », *Psychosomatic Medicine*, vol. 67, suppl. 1 (mai–juin 2005), p. S19–25.
- (19) Institute of Health Economics. *Déclaration de consensus sur l'amélioration des transitions en santé mentale*. Edmonton (Alberta) : Institute of Health Economics; novembre 2014. 19 p. ISBN (version imprimée) : 978-1-897443-32-3. ISBN (version électronique) : 978-1-897443-33-0.
- (20) Pies R. « How "Objective" Are Psychiatric Diagnoses? (guess again) », *Psychiatry* (Edgmont), vol. 4, n° 10 (2007), p. 18–22.
- (21) Pearson C., Janz T. et Ali J. « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada » [Internet]. Statistique Canada : Coup d'œil sur la santé; septembre 2013 [consultation 9 mars 2015]; N° de catalogue 82-624-X. En ligne : www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm.
- (22) Offord D. R., Boyle M. H., Szatmari P., Rae-Grant N. I., Links P. S., Cadman D. T., Byles J. A., Crawford J. W., Blurn H. M., Byrne C., Thomas H., Woodward C. A. « Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization », *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, n° 9 (septembre 1987), p. 832–836.
- (23) Institut national de santé publique du Québec. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services ». Gouvernement du Québec : *Surveillance des maladies chroniques*, n° 6, 2012; 15 p. N° de publication : 1578. ISBN (version imprimée) : 978-2-550-66504-5. ISBN (version PDF) : 978-2-550-66505-2.
- (24) Newton A. S., Ali S., Johnson D. W., Haines C., Rosychuk R. J., Keaschuk R. A., Jacobs P., Klassen T. P. « A four-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 11, n° 5 (septembre 2009), p. 447–454.
- (25) Agence de la santé publique du Canada. « Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, 2012 » [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; [mise à jour 25 août 2014, consultation 9 mars 2015]. En ligne : www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/school-scolaire/behaviour-comportements/index-fra.php.

- (26) Costello E. J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G. et Angold A. « Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, n° 8 (août 2003), p. 837–844.
- (27) Mustard C. A., Kaufert P., Kozyrskyj A. et Mayer T. « Sex differences in the use of health care services », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, n° 23 (juin 1998), p. 1678–1683.
- (28) Gonzalez J. M., Alegria M. et Prihoda T. J. « How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? », *Journal of Community Psychology*, vol. 33, n° 5 (2005), p. 611–629.
- (29) Noble R. E. « Depression in women », *Metabolism*, vol. 54, n° 5, suppl. 1 (mai 2005), p. 49–52.
- (30) Pigott T. A. « Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 60, suppl. 18 (1999), p. 4–15.
- (31) University of Maryland Medical Center. « Depression Risk Factors » [Internet]. University of Maryland; [mise à jour 21 juin 2013, consultation 9 mars 2015]. En ligne : www.umm.edu/patiented/articles/what_risk_factors_depression_000008_3.htm.
- (32) Siegrist J. « Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 258, suppl. 5 (novembre 2008), p. 115–119.
- (33) Wang J. L., Lesage A., Schmitz N. et Drapeau A. « The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, n° 1 (janvier 2008), p. 42–47.
- (34) Quan H., Li B., Saunders L. D., Parsons G. A., Nilsson C. I., Alibhai A., Ghali, W. A., chercheurs du IMECCHI. « Assessing validity of ICD-9-CM and ICD-10 administrative data in recording clinical conditions in a unique dually coded database », *Health Services Research Journal*, vol. 43, n° 4 (août 2008), p. 1424–1441.
- (35) Katon W. J., Richardson L., Lozano P. et E. McCauley. « The relationship of asthma and anxiety disorders », *Psychosomatic Medicine*, vol. 66, n° 3 (mai-juin 2004), p. 349–355.
- (36) Goodwin R. D., Olfson M., Shea S., Lantigua R. A., Carrasquillo O., Gameroff M. J., Weissman, M. M. « Asthma and mental disorders in primary care », *General Hospital Psychiatry*, vol. 25, n° 6 (novembre-décembre 2003), p. 479–483.
- (37) Di Marco F., Verga M., Santus P., Giovannelli F., Busatto P., Neri M., Girbino G., Bonini S., Centanni S. « Close correlation between anxiety, depression, and asthma control », *Respiratory Medicine*, vol. 104, n° 1, (janvier 2010), p. 22–28.
- (38) Lasser K., Boyd J. W., Woolhandler S., Himmelstein D. U., McCormick D., Bor D. H. « Smoking and mental illness: A population-based prevalence study », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 20 (22–29 novembre 2000), p. 2606–2610.
- (39) Murphy J. M., Horton N. J., Monson R. R., Laird N. M., Sobol A. M. et Leighton A. H. « Cigarette smoking in relation to depression: historical trends From the Stirling County Study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 9 (septembre 2003), p. 1663–1669.
- (40) Fink P., Hansen M. S., Sondergaard L. et Frydenberg M. « Mental illness in new neurological patients », *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 74, n° 6 (juin 2003), p. 817–819.

- (41) Société Alzheimer du Canada. « Raz-de-marée : impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada ». Toronto (Ontario) : Société Alzheimer du Canada; 2010. 20 p. ISBN : 978-0-9733522-3-8.
- (42) Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). « Les médecins au Canada : état des programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005–2006 ». Ottawa (Ontario) : ICIS; 2008. 39 p. ISBN (PDF) : 978-1-55465-375-1.
- (43) Organisation mondiale de la santé (OMS) : International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. OMS [consultation 9 mars 2015]. En ligne: www.who.int/classifications/icd/en.
- (44) Kisely S., Lin E., Lesage A., Gilbert C., Smith M., Campbell L. A. Vasiliadis H. M. « Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 54, n° 8 (août 2009), p. 571–575.
- (45) Tu K., Wang M., Green D. « Case definition validation study for mental illness surveillance in Canada ». *Institute for Clinical Evaluative Sciences*, 2012.
- (46) Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). « Statistiques éclair – Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada ». Ottawa : ICIS; 2011 [consultation 13 juillet 2011]. En ligne : www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/quick_stats/quick+stats/quick_stats_main?pagenumber=1&resultcount=10.
- (47) Stuart H. « Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions », *World Psychiatry*, vol. 7 (octobre 2008), p. 185–188.
- (48) Andrews G., Henderson S., Hall W. « Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey », *British Journal of Psychiatry*, vol. 178 (février 2001), p. 145–153.
- (49) Wang J., Adair C., Fick G., Lai D., Evans B., Perry B. W. Jorm A., Addington D. « Depression literacy in Alberta: findings from a general population sample », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 52, n° 7 (juillet 2007), p. 442–449.
- (50) Wang J. et Lai D. « The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression », *Journal of Affective Disorders*, vol. 110 (septembre 2008), p. 191–196.