



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

LA NÉCESSITÉ D'INVESTIR DANS LA SANTÉ MENTALE AU CANADA

Une personne sur cinq est aux prises avec une
maladie mentale chaque année au Canada



Table des matières

Sommaire	1
Introduction	3
Les notions de santé mentale, de maladie mentale, de trouble mental et de rétablissement	3
Les sources de données	4
Répercussions des maladies mentales sur les plans humain et économique au Canada	5
L'étude	5
Les constatations	7
Prévalence - Nombre de personnes aux prises avec une maladie mentale au Canada	7
Différences selon la nature de la maladie, l'âge et le sexe	9
Prévalence à un jeune âge	11
Prévalence dans la population active	13
Prévalence à un âge avancé	14
Coût de la maladie mentale	15
Coûts directs (services de santé et services sociaux)	15
Coûts indirects (productivité)	17
Coût total	18
La nécessité d'agir	20
Données probantes illustrant le potentiel de réduction des coûts	22
Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent	23
Services de santé mentale	24
Santé mentale au travail	25
Conclusion	26
Annexe 1 - Troubles mentaux faisant l'objet de la modélisation	27
Annexe 2 - Nombre de personnes aux prises avec une maladie mentale selon l'âge et le sexe, en 2011 et en 2041 au Canada	27
Annexe 3 - Prévalence estimative en 12 mois de la maladie mentale au Canada à certains moments de 2011 à 2041 selon l'âge et le sexe	28
Notes	29

Sommaire

En 2010, la Commission de la santé mentale du Canada a commandé une étude pour obtenir une estimation, jusque là manquante, du nombre de personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale dans l'ensemble du pays et des coûts associés. L'étude a dressé un modèle original en se basant sur une diversité d'études canadiennes et étrangères. Ses conclusions, combinées à des données probantes montrant l'efficacité de certaines interventions, préconisent d'effectuer des investissements judicieux en santé mentale et présente les raisons pour lesquelles il est impératif d'investir.

Les coûts générés par les troubles mentaux et la maladie mentale au Canada sont substantiels.

- L'étude commandée par la Commission révèle les maladies mentales et les troubles mentaux grèvent l'économie canadienne d'au moins 50 milliards de dollars par an. Cela représente 2,8 % du produit intérieur brut au Canada en 2011.
- Les services de santé, les services sociaux et les mesures de soutien au revenu composent la plus importante part de ces coûts. De plus, en 2011, pour les milieux de travail, cela représentait des autres coûts estimés à plus de 6 milliards de dollars en raison des baisses de productivité occasionnées par l'absentéisme, le présentéisme et le retrait du marché du travail.
- Au cours des trente prochaines années, le coût total pour l'économie aura dépassé les 2,5 billions de dollars.


Chaque année au Canada, une personne sur cinq est aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale. Chaque individu est touché de près ou de loin par ce phénomène.

- Au Canada, plus de 6,7 millions de personnes sont aux prises avec un trouble mental ou avec une maladie mentale. À titre comparatif, 2,2 millions de personnes ont le diabète de type 2.
- Les troubles mentaux et la maladie mentale apparaissent tôt dans la vie. Chaque année, plus de 28 % des personnes de 20 à 29 ans sont aux prises avec une maladie mentale. À l'âge de 40 ans, une personne sur deux a, ou aura eu, une maladie mentale.
- Si l'on inclut les familles et les aidants, presque tout le monde est touché par les troubles mentaux ou la maladie mentale d'une façon ou d'une autre.

L'impact des troubles mentaux et des maladies mentales se fait particulièrement sentir dans les milieux de travail et chez les individus en âge de travailler.

- Les personnes qui sont au début ou au sommet de leur vie active sont parmi les plus lourdement touchées par les troubles mentaux et les maladies mentales.
- Près de 21,4 % de la population active du Canada est actuellement aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale qui peut entraver sa productivité.
- Les troubles mentaux et les maladies mentales comptent pour près de 30 % des réclamations pour invalidité à court et à long terme au Canada; ce sont aussi l'un des trois principaux motifs à l'origine des réclamations selon 80 % des employeurs.

Tout porte à croire qu'investir dans des programmes efficaces peut profiter à l'économie et à la santé de la population.

- La stratégie en matière de santé pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies*, propose une série de mesures éprouvées et prometteuses qui peuvent améliorer les résultats et la situation des personnes touchées par les troubles mentaux et les maladies mentales.
 - On ne peut éliminer tous les coûts associés à la maladie mentale mais on peut bonifier la prestation de programmes qui améliorent la situation de la santé mentale et qui comportent des avantages sur le plan des coûts.
 - Si l'on parvenait à simplement réduire de 10 % le nombre de personnes ayant une nouvelle maladie mentale chaque année, objectif très réaliste pour de nombreuses maladies chez les jeunes, on économiserait après 10 ans au moins 4 milliards de dollars en un an.
 - Nous jugeons cet objectif réalisable du fait que la promotion, la prévention et les interventions précoces ciblant les jeunes et les familles, notamment la sensibilisation des parents et le soutien à la famille, génèrent des bénéfices nets considérables.
 - Nous savons aussi que les programmes qui facilitent l'accès rapide aux traitements, ou qui évitent l'hospitalisation ou la judiciarisation, engendrent aussi des économies.
 - Une meilleure gestion de la santé mentale en milieu de travail, notamment par des mesures de prévention, des interventions précoces de lutte au stress et des mesures de dépistage des problèmes de santé mentale, peut réduire considérablement les pertes attribuables à une diminution de la productivité.
- 

Introduction

La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies*¹, publiée en mai 2012 par la Commission de la santé mentale du Canada, marque un jalon dans le domaine de la santé mentale au pays. La stratégie constitue le premier plan directeur d'envergure pan-canadienne destiné à améliorer la santé mentale et le bien-être de toute la population. Elle balise la voie vers la création d'un système de santé mentale qui saura véritablement répondre aux besoins des personnes aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale, ou à risque d'en être victime, et de leur famille dans les années à venir.

Il faut que tous admettent la nécessité de transformer les services en santé mentale au Canada, secteur resté négligé trop longtemps. Pour y parvenir, la stratégie propose d'investir considérablement en santé mentale, tant par les administrations publiques par l'entremise de leur budget en santé et en services sociaux que par le secteur privé.

La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada...

- Souligne les motifs pour lesquels les administrations publiques, les entreprises, les travailleurs, les dirigeants du secteur de la santé et la société civile se doivent d'agir, d'établir des priorités en matière d'investissement dans la santé mentale. Le document ne propose pas d'investissements précis; il s'attarde plutôt à la nature du changement qui pourrait survenir si l'on agissait. En revanche, *Changer les orientations, changer des vies* avance des recommandations concrètes quant aux investissements à faire en santé mentale.
- Contient plusieurs arguments majeurs illustrant les bienfaits d'investir en santé mentale sur l'économie et la population. Il y a bien entendu d'autres raisons importantes d'investir dans ce secteur, ne serait-ce que le principe de justice sociale voulant que les Canadiens aux prises avec une maladie mentale ou un trouble mental aient les mêmes droits en ce qui a trait aux soins et aux services de santé et soient considérés comme des citoyens à part entière, au même titre que les personnes éprouvant d'autres problèmes de santé. Ces aspects sont tout aussi importants mais ils ne font pas l'objet du présent document.
- Dresse le tableau de la maladie mentale au pays : le nombre de personnes ayant un trouble mental ou une maladie mentale, le coût de la maladie pour les administrations publiques et le secteur privé dans les trente prochaines années si l'on ne consacre pas les ressources suffisantes à la santé mentale. Enfin, il démontre par quelques exemples probants que faire de nouveaux investissements conformément aux recommandations de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies*, aurait des retombées positives.

LES NOTIONS DE SANTÉ MENTALE, DE MALADIE MENTALE, DE TROUBLE MENTAL ET DE RÉTABLISSEMENT

La santé mentale fait partie intégrante de la santé générale. Elle désigne un état de bien-être dans lequel la 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. La santé mentale est différente de l'absence de maladie mentale².

Une bonne santé mentale constitue une protection contre les pressions et les difficultés de la vie et elle peut ainsi contribuer à réduire le risque de développer des troubles mentaux ou des maladies mentales. Même si une personne est atteinte d'un trouble mental ou d'une maladie mentale, elle peut conserver un bon état de santé mentale, ce qui peut faciliter le processus de rétablissement³.

La locution « troubles mentaux et maladies mentales » comprend toute la gamme de comportements, de pensées et d'émotions qui peuvent être à l'origine d'une détresse, d'une souffrance ou d'une incapacité dont les effets peuvent se faire sentir à l'école, au travail ou dans les rapports sociaux et familiaux et peuvent empêcher une personne de vivre de façon autonome. Les troubles mentaux et maladies mentales sont nombreux et variés. Ce sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, la dépression, la schizophrénie ou le trouble bipolaire, pour ne mentionner que ceux-là, et la plupart sont bien délimités par un diagnostic médical en bonne et due forme. La nature, l'intensité, la récurrence et la durée des symptômes de la maladie ou du trouble varient considérablement d'une personne à une autre et selon leur nature.

L'étiologie de la plupart des maladies mentales est multiple et complexe. On estime que les troubles mentaux et les maladies mentales sont le résultat d'un ensemble complexe de facteurs sociaux, économiques, psychologiques, biologiques et génétiques, lesquels ont aussi des effets sur l'état général de santé mentale et de bien-être. L'importance relative de ces facteurs dans l'apparition de la maladie varie selon la personne et son âge. Ainsi, la dépression se manifeste chez certains à la suite d'un événement stressant, tandis qu'elle s'explique surtout par une prédisposition génétique chez d'autres. Par ailleurs, la présence concomitante d'un trouble mental et d'une maladie physique peut assombrir le pronostic⁴.

Le rétablissement désigne la possibilité de mener une vie satisfaisante, pleine d'espoir et utile, en dépit des inconvénients causés par les troubles de santé mentale. Bien qu'il ne suppose pas forcément la « guérison », il s'entend de la rémission complète des symptômes pour certaines personnes. Avec le bon agencement de services, de traitements et de formes de soutien, de nombreuses personnes qui ont de graves maladies mentales peuvent voir leurs symptômes s'alléger grandement et elles profitent ainsi d'une meilleure qualité de vie⁵.

Pour la Commission de la santé mentale du Canada, le bien-être est un aspect du rétablissement, qui devient ainsi une notion bien particulière selon l'âge et la situation. Par exemple, la promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale chez les nourrissons, les enfants et les adolescents sont axées sur la résilience et sur les meilleurs moyens d'atteindre une bonne santé mentale au fur et à mesure de leur développement. Chez les aînés, il est essentiel de s'attaquer aux problèmes associés au vieillissement. Un bon état de santé mentale et de bien-être est important pour toute personne, qu'elle ait ou non un trouble mental ou une maladie mentale et qu'importe son âge⁶.

LES SOURCES DE DONNÉES

Nous présentons ici une vue d'ensemble des résultats de l'étude *Répercussions des maladies mentales sur les plans humain et économique au Canada*, menée par Risk Analytica⁷ pour le compte de la Commission de la santé mentale du Canada. En outre, le présent document fait office de complément d'information à cette étude en illustrant par des exemples les retombées potentielles du plan d'action, plus précisément les économies et le rendement du capital investi. Ces exemples s'inspirent de données probantes issues d'études canadiennes et étrangères qui ont éclairé la formulation des recommandations de la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.

Répercussions des maladies mentales sur les plans humain et économique au Canada

L'ÉTUDE

En prévision de l'élaboration de sa stratégie en matière de santé mentale, la Commission souhaitait connaître l'état des lieux quant aux maladies mentales au Canada, leur prévalence et leurs coûts, aujourd'hui et dans les trente prochaines années. Elle a confié ce mandat à la firme Risk Analytica, laquelle a adapté sa technique de simulation Life at Risk® pour les besoins de cette modélisation précise. Les auteurs de l'étude ont puisé dans la documentation canadienne et étrangère l'information nécessaire à la modélisation afin de tracer le portrait des troubles mentaux et des maladies mentales sur les plans de la prévalence et des coûts et d'en prévoir l'évolution au fil du temps. Ils ont donc incorporé des données probantes issues de modélisations ayant fait l'objet d'un examen par des pairs (des essais cliniques, par exemple) et des données empiriques, dont des données administratives et des données sur la surveillance des maladies⁸, à la technique Life at Risk® afin de concevoir un modèle de la maladie mentale.

Ainsi, les auteurs ont consulté près de 220 sources d'information durant la conception du modèle de simulation. En outre, une trentaine d'experts du pays et de l'étranger, réputés dans le domaine de la santé mentale, ont conseillé les auteurs à propos de la méthodologie et du choix des éléments et des hypothèses de la modélisation, et ont fourni des sources d'information rigoureuses et fiables. Ils ont également examiné la vraisemblance des résultats et des constatations pour s'assurer que la modélisation était plausible eu égard à la situation observée.

Le plus grand intérêt de l'étude réside dans son estimation des répercussions immédiates, à brève échéance et à long terme sur les plans humain et économique d'une gamme de maladies mentales au Canada. Plus précisément, l'étude évalue l'incidence⁹, la prévalence¹⁰ et la mortalité liées à ces maladies dans la population canadienne âgée de neuf ans ou plus. L'étude se penche en outre sur les répercussions économiques de ces maladies, soit les coûts directs, relevant pour la majeure partie de l'utilisation des services de santé, et les coûts indirects (produit intérieur brut, productivité en milieu de travail, produit de l'imposition à l'échelle provinciale et fédérale).

L'étude s'attarde à deux maladies mentales qui ne se cantonnent pas à un groupe d'âge en particulier, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, à une autre qui touche les seuls adolescents et adultes, la consommation de drogues et d'alcool ou toxicomanie, à deux maladies qui sont le lot d'adultes, la schizophrénie et la démence, à trois troubles mentaux qui frappent des enfants ou des adolescents seulement, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et les troubles de comportement, et à deux maladies chroniques qui peuvent accompagner la maladie mentale, à savoir le diabète de type 2 et la maladie cardiaque. (Voir Annexe 1)

La modélisation incorpore des taux de probabilité de transition d'un état de santé à un autre, d'une maladie mentale de l'enfance à une autre propre à l'adolescence ou d'une maladie type à l'adolescence à une maladie qui touche l'adulte. Par exemple, elle évalue la probabilité accrue pour un adolescent atteint d'un trouble mental à l'enfance d'en être affligé encore ou de voir surgir une autre maladie mentale.

Dans la modélisation, la prévalence est calculée en fonction des taux d'incidence et de rémission connus et des prévisions démographiques établies selon les naissances, les décès et l'immigration. Dans ce calcul entre en jeu également l'influence de facteurs de risque de maladie mentale, tels le diabète et la maladie cardiaque. Les auteurs évaluent ensuite la prévalence dans les trente prochaines années d'après des bases de données démographiques standard.

L'étude examine les répercussions économiques des troubles mentaux et des maladies mentales en question, c'est-à-dire les coûts directs et les coûts indirects liés à la baisse de productivité, à l'absentéisme au travail, au rendement sous-optimal et à l'incapacité au travail.

En dernier lieu, le modèle simule de manière préliminaire et de haut niveau les effets de changements hypothétiques sur la prévalence et les coûts des maladies mentales par rapport aux résultats de départ. Ces changements ne consistent pas en des interventions précises, mais plutôt en des stratégies hypothétiques sur plusieurs plans. Ainsi, l'étude évalue les effets des aspects hypothétiques de haut niveau que voici :

- une réduction de l'incidence, toutes causes confondues
- une hausse du taux de rémission
- une réduction du risque relevant de la présence d'une maladie mentale à l'enfance ou à l'adolescence
- une réduction de l'incapacité au travail
- les quatre aspects précédents mis ensemble

Chacune des trois phases de l'étude a fait l'objet d'un rapport :

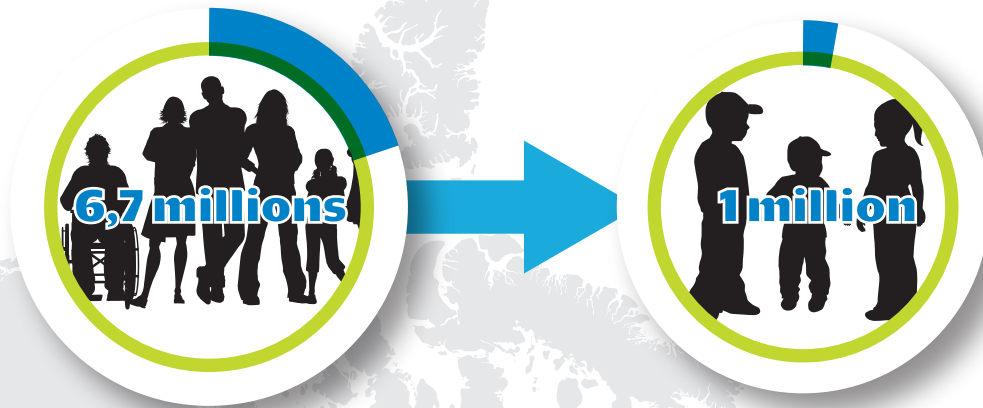
1. *Life at risk® mental health application: data review and modeling strategy, rapport final, 2010 (la modélisation);*
2. *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada, 2011 (étude des répercussions);*
3. *Life and economic impact of hypothetical intervention scenarios on major mental illness in Canada: 2011-2041, 2012 (scénarios).*

Maintenant que l'exercice de modélisation de référence est clos, la Commission souhaite et espère que les chercheurs, les administrations publiques et d'autres intervenants sauront en tirer parti et poursuivre la recherche en ce sens. Des experts ayant participé à l'étude préparent des articles sur ce sujet, alors que d'autres articles, examinés par des pairs, sont sur le point d'être publiés. De plus, des partenaires et des chercheurs projettent d'étendre la portée du modèle pour étudier des aspects précis de la maladie mentale.

Vous trouverez ci-après les constatations de l'étude, plus particulièrement les résultats du scénario de référence de la modélisation.

LES CONSTATATIONS

PRÉVALENCE - NOMBRE DE PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE MALADIE MENTALE AU CANADA



Plus de 6,7 millions de personnes au Canada étaient atteintes d'une maladie mentale en 2011. Autrement dit, une personne sur cinq est aux prises avec une maladie mentale bon an, mal an.

De ce nombre, plus d'un million sont des enfants et des adolescents âgés de 9 à 19 ans.



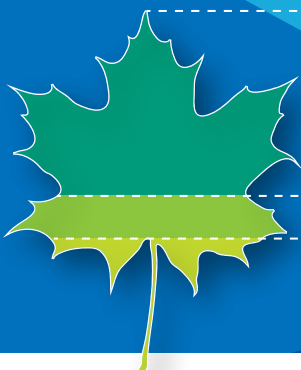
Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont les maladies mentales les plus courantes au Canada; près de 4 millions de personnes en sont atteintes en 2011. En 2041, ce nombre s'élèvera à 4,9 millions.



Près de 50 % de la population sera aux prises avec une maladie mentale à l'âge de 40 ans ou en aura été atteinte auparavant.

Dans la population âgée de 90 ans ou plus, 65 % des hommes et 70 % des femmes seront atteints d'une maladie mentale ou l'auront été auparavant.

Si nous tenons compte des répercussions de la maladie mentale sur les familles et les aidants, nous pouvons affirmer que tout le monde ou presque en subit les contrecoups au Canada.

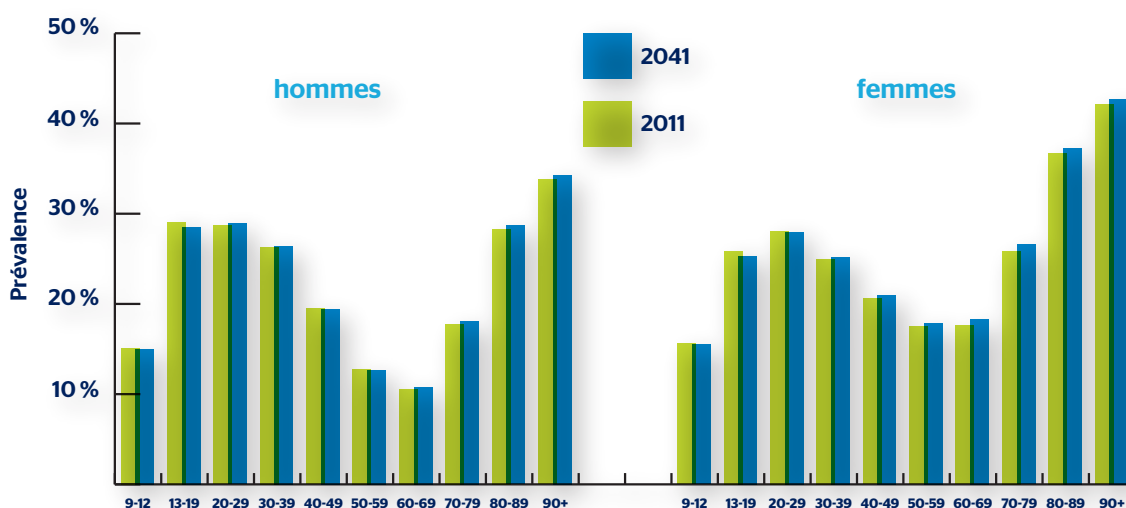


- 6,7 millions de personnes au Canada sont aux prises avec une maladie mentale
- 2,2 millions de personnes au Canada présentent du diabète de type 2
- 1,4 million de personnes au Canada sont atteintes d'une maladie cardiaque

Voici des chiffres qui illustrent la proportion relative des maladies mentales par rapport à d'autres maladies au Canada : 1,4 million de personnes sont atteintes d'une maladie cardiaque, soit une personne sur 25 au Canada, et 2,2 millions de personnes présentent du diabète de type 2, à savoir un Canadien sur 15, tandis que 6,7 millions de personnes, soit une personne sur cinq, sont aux prises avec une maladie mentale.

La maladie mentale peut frapper à n'importe quel âge, mais ce qu'il y a de particulier à propos de l'apparition de cette maladie, c'est qu'elle est susceptible de se manifester à un jeune âge à l'encontre de nombre d'autres maladies. En effet, la prévalence culmine chez les jeunes adultes, mais il est vrai qu'elle grimpe de la même manière, même plus intensément, dans la population âgée de plus de 80 ans.

FIGURE 1 - PRÉVALENCE ESTIMATIVE EN 12 MOIS DE TOUTES LES MALADIES MENTALES CONFONDUES AU CANADA EN 2011 ET EN 2041



L'étude estime la prévalence de la maladie mentale dans les trente prochaines années en se fondant exclusivement sur l'évolution démographique au pays. Toute chose égale par ailleurs, les Canadiens atteints d'un trouble mental ou d'une maladie mentale seront au nombre de 8,9 millions en 2041; ils compteront alors pour 20,5 % de la population, un peu plus que maintenant. Dans 30 ans, ils seront donc 2,2 millions de plus qu'aujourd'hui à être atteints d'un trouble mental ou d'une maladie mentale. La hausse est de 31 % alors que l'accroissement démographique¹¹ prévu est de l'ordre de 26 %, un bond remarquable dont il faudra tenir compte dans la planification des services à l'avenir.

Les prévisions établies à cette phase de l'étude l'ont été sans tenir compte d'autres facteurs susceptibles d'accentuer (conjuncture défavorable, crise économique) ou d'atténuer (prévention et traitement d'efficacité accrue) la problématique des troubles mentaux et de la maladie mentale.



TABLEAU 1 - PRÉVALENCE EN 12 MOIS DE TOUTES LES MALADIES MENTALES CONFONDUES* AU CANADA

	2011	2021	2031	2041
Hommes (% de la population)	3 178 446 (18,7 %)	3 415 276 (18,3 %)	3 736 764 (18,6 %)	4 044 688 (18,9 %)
Femmes (% de la population)	3 619 181 (20,9 %)	3 994 881 (21,0 %)	4 448 014 (21,6 %)	4 866 402 (22,2 %)
Total (% de la population)	6 797 627 (19,8 %)	7 410 157 (19,7 %)	8 184 778 (20,1 %)	8 911 090 (20,5 %)

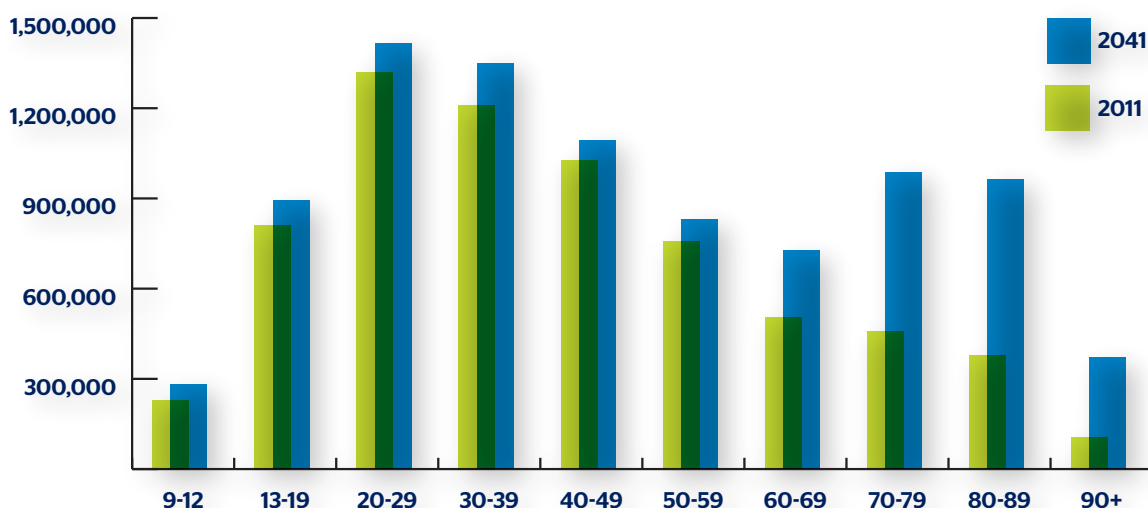
*Le terme *toutes maladies mentales confondues* désigne les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, la schizophrénie, la toxicomanie, le TDAH, le TOP, le trouble des conduites et la démence.

Outre l'estimation de la prévalence en 12 mois de la maladie mentale (nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale dans une année), l'étude de Risk Analytica quantifie le risque à vie d'apparition de la maladie mentale (nombre de personnes qui seront atteintes d'une maladie mentale au cours de leur existence). Le risque à vie s'applique tant à la maladie active qu'à la maladie en rémission. Ainsi, l'étude évalue que près de 50 % de la population sera atteinte d'une maladie mentale ou aura affronté la maladie à l'âge de 40 ans. Dans la population âgée de 90 ans ou plus, 65 % des hommes et 70 % des femmes seront atteints d'une maladie mentale ou en auront été atteints auparavant.

DIFFÉRENCES SELON LA NATURE DE LA MALADIE, L'ÂGE ET LE SEXE

C'est dans la tranche d'âge des 20 à 30 ans que les personnes aux prises avec une maladie mentale dans une même année sont les plus nombreuses et c'est dans ce groupe également que la proportion des troubles de l'humeur et des troubles anxieux est la plus grande.

FIGURE 2 - NOMBRE DE PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE MALADIE MENTALE PAR GROUPE D'ÂGE



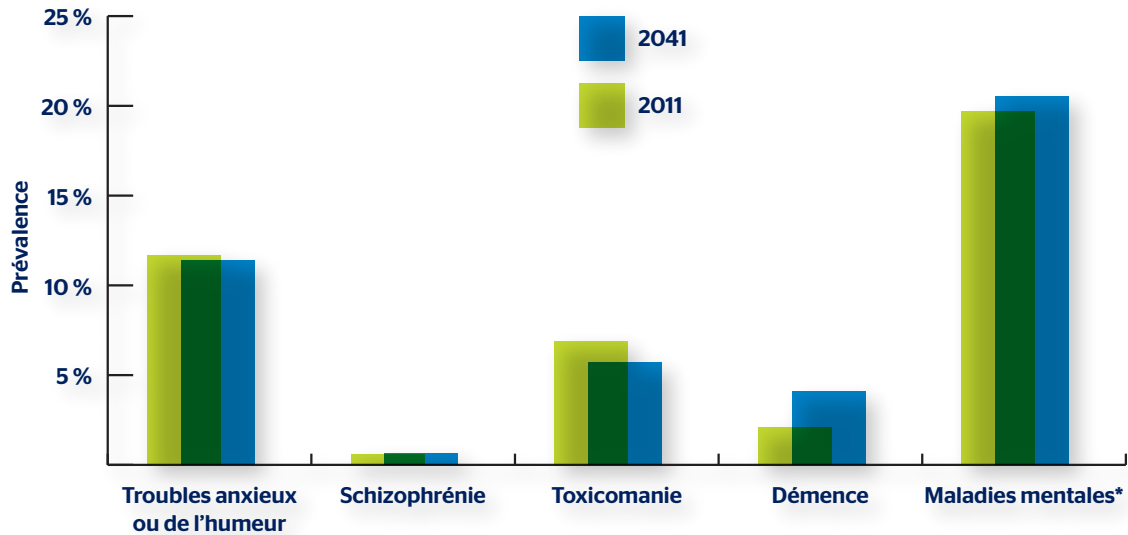
Ces troubles sont les maladies mentales les plus prévalentes tous les âges confondus, elles qui sont le lot de plus de quatre millions de personnes, soit 11,75 % de la population, et qui frapperont 4,9 millions de personnes en 2041. En outre, plus de 12 % des jeunes âgés de 9 à 19 ans en étaient atteintes en 2011.



TABLEAU 2 - PRÉVALENCE DE CERTAINES MALADIES MENTALES DANS LA POPULATION ÂGÉE DE 9 À 19 ANS ET DANS LA POPULATION EN GÉNÉRAL EN 2011

	Nombre de personnes (% de la population)	
	tout âge	9-19
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	4 016 700 (11,7%)	537 048 (12,1%)
Toxicomanie	2 029 200 (5,9%)	302 410 (6,8%)
Déficit cognitif, démence	747 100 (2,17%)	s.o.

FIGURE 3 – PRÉVALENCE ESTIMATIVE EN 12 MOIS DE CERTAINES MALADIES MENTALES AU CANADA

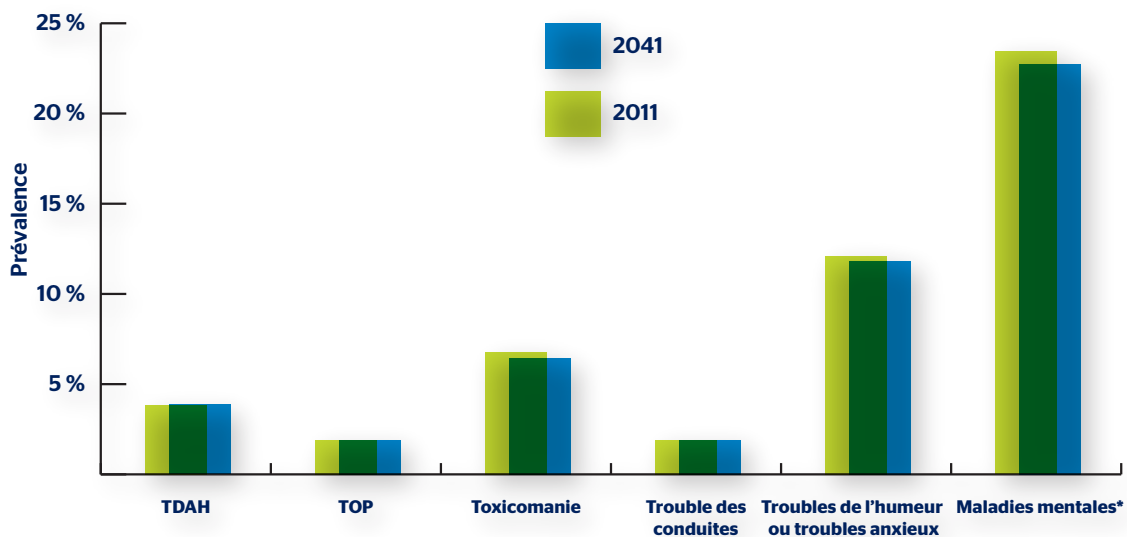


Il existe des différences notables dans la prévalence de certaines maladies mentales chez les hommes et les femmes et dans les caractéristiques d'âge à travers quelques-unes des maladies. Ainsi, la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux chez les femmes est le double de celle chez les hommes. La prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux culmine dans la vingtaine chez les femmes et dans la trentaine chez les hommes. La prévalence de la toxicomanie chez les hommes dépasse celle chez les femmes d'un facteur de 2,6 et celle-ci atteint un sommet dans la vingtaine. Chez l'homme comme chez la femme, la prévalence de la schizophrénie augmente avec l'âge alors que sa prévalence est sensiblement la même chez les deux sexes. La prévalence de la démence et du déficit cognitif est plus élevée chez la femme que chez l'homme. La prévalence de la démence et du déficit cognitif augmente avec l'âge et l'on s'attend à ce que celle-ci, en proportion du total de toutes les maladies mentales, atteigne pratiquement le double dans les 30 prochaines années, passant de 11 % à 20 %.

PRÉVALENCE À UN JEUNE ÂGE

En 2011, le nombre de jeunes âgés de 9 à 19 ans aux prises avec une maladie mentale était de 1,04 million. Ils représentent 23,4 % de ce groupe de la population, soit près d'un jeune sur quatre. Le risque d'apparition d'une maladie mentale à l'âge adulte est beaucoup plus élevé chez ces enfants et ces adolescents. La prévalence des maladies mentales de l'enfance (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation et trouble de comportement) est plus élevée chez les garçons que chez les filles. En effet, 87 % des 170 000 enfants et adolescents atteints du TDAH en 2011 sont des garçons.

FIGURE 4 - PRÉVALENCE ESTIMATIVE EN 12 MOIS DE LA MALADIE MENTALE CHEZ LES JEUNES ÂGÉS DE 9 À 19 ANS AU CANADA



L'étude de Risk Analytica détermine le risque relatif de maladie mentale à l'adolescence lorsqu'il y a une maladie mentale à l'enfance (voir Tableau 3) ou de maladie mentale à l'âge adulte lorsqu'il y a une maladie mentale à l'adolescence (voir Tableau 4). Le risque d'apparition du TDAH à l'adolescence est huit fois plus grand chez l'enfant présentant un trouble de comportement que chez l'enfant qui en est exempt. Puis, l'adolescent aux prises avec le TDAH est deux fois plus enclin à être aux prises avec un trouble anxieux ou un problème de toxicomanie à l'âge adulte que l'adolescent bien portant. Le risque de survenue du trouble oppositionnel avec provocation à l'adolescence est cinq fois plus grand chez l'enfant atteint du TDAH que chez l'enfant qui en est exempt. L'adulte qui a présenté un comportement oppositionnel avec provocation à l'adolescence est deux fois plus susceptible de présenter un trouble de l'humeur ou de sombrer dans la toxicomanie que celui dont l'adolescence n'est pas marquée par cette maladie. La dernière partie du présent rapport illustre par des exemples les retombées (économies) potentielles de l'investissement dans des programmes de prévention et d'intervention hâtive, fondés sur des données probantes.



TABLEAU 3 - RISQUE RELATIF DE MALADIE MENTALE À L'ADOLESCENCE EN CAS DE MALADIE MENTALE À L'ENFANCE

Trouble ou maladie présent durant l'enfance	Probabilité élevée à l'adolescence					
	TDAH	Trouble anxieux	Trouble des conduites	Troubles de l'humeur	TOP	Toxicomanie
Garçon						
TDAH	–	1,66	1,89	1,99	4,99	2,88
Trouble anxieux	4,14	–	2,22	2,93	2,47	1,34
Trouble des conduites	6,54	1,09	–	1,23	3,50	3,38
Troubles de l'humeur	4,28	3,33	3,31	–	4,09	2,45
TOP	4,06	2,33	3,18	2,30	–	3,09
Fille						
TDAH	–	1,60	1,92	1,92	4,98	3,17
Trouble anxieux	5,10	–	2,27	2,78	2,50	1,37
Trouble des conduites	9,46	1,08	–	1,22	3,53	3,92
Troubles de l'humeur	5,39	3,00	3,45	–	4,17	2,71
TOP	5,01	2,17	3,30	2,20	–	3,54



TABLEAU 4 - RISQUE RELATIF DE MALADIE MENTALE À L'ÂGE ADULTE EN CAS DE MALADIE MENTALE À L'ADOLESCENCE

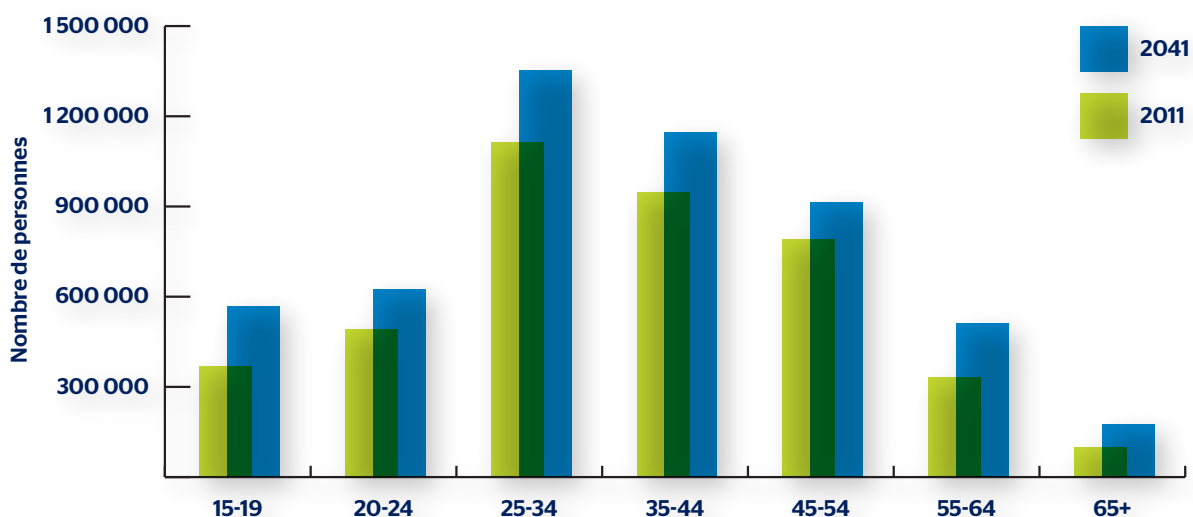
Trouble ou maladie présent durant l'adolescence	Probabilité élevée à l'âge adulte					
	Garçon			Fille		
	TDAH	Troubles de l'humeur	Toxicomanie	Trouble anxieux	Troubles de l'humeur	Toxicomanie
TDAH	2,21	1,23	2,23	2,00	1,22	2,52
Trouble anxieux	–	2,43	1,04	–	2,33	1,05
Trouble des conduites	1,78	1,74	2,81	1,67	1,69	3,46
Troubles de l'humeur	3,05	–	1,38	2,70	–	1,44
TOP	2,74	2,08	1,84	2,40	1,99	2,03
Toxicomanie	2,59	1,88	–	2,31	1,81	–

PRÉVALENCE DANS LA POPULATION ACTIVE

L'étude constate que 21,4 % de la population active, soit la population âgée de 20 à 64 ans, étaient aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale en 2011 et que la prévalence de la maladie mentale culmine dans la tranche d'âge des 20 à 29 ans tant chez les femmes que chez les hommes. Cette période du début de l'âge adulte coïncide avec les études postsecondaires ou l'arrivée sur le marché du travail, et la formation n'est pas achevée dans bien des cas. En 2011, la prévalence de la maladie mentale dans le groupe des hommes actifs de 20 à 29 ans se situait à 28,9 %, tandis que, dans le groupe de femmes du même âge, elle était de 28,1 %.

Outre ses répercussions individuelles tenant à la baisse du revenu, au ralentissement du parcours professionnel, à la douleur sur le plan personnel et familial, la maladie mentale au début de l'âge adulte a des conséquences sur le plan de la productivité en milieu de travail. Bien que la plupart des personnes aux prises avec une maladie mentale soient en mesure de travailler, de reprendre le travail après un temps d'arrêt ou de terminer leurs études, les contrecoups peuvent être dévastateurs pour le petit, mais néanmoins important, pourcentage de personnes atteintes d'une forme grave de la maladie, qu'il s'agisse de l'impossibilité d'accomplir un travail gratifiant ou de participer à la vie en société.

FIGURE 5 - ESTIMATION DE LA POPULATION ACTIVE EN SITUATION D'EMPLOI AUX PRISES AVEC UN TROUBLE MENTAL AU CANADA



PRÉVALENCE À UN ÂGE AVANCÉ

Il y a une hausse de la prévalence de la maladie mentale à l'âge de 69 ans; ainsi, le risque de franchir le cap des 90 ans en étant atteint d'une maladie mentale est de 42 % (voir Figure 1).

Les constatations de la présente étude confirment une situation qui préoccupe de plus en plus les planificateurs de services de santé mentale : l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes de 70 ans ou plus aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale.

Alors que la démence est considérée en général comme le trouble mental habituel du vieil âge, d'autres maladies mentales affectent de nombreuses personnes âgées, particulièrement les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Ces troubles viennent souvent s'ajouter à des maladies physiques chroniques qui surviennent elles aussi à un certain âge.



TABLEAU 5 - NOMBRE D'AÎNÉS (PLUS DE 60 ANS) AUX PRISES AVEC UNE MALADIE MENTALE EN 2011 AU CANADA

	Femmes	Hommes	Total
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	546 675	155 574	702 249
Schizophrénie	41 030	26 861	67 891
Toxicomanie	11 640	60 182	71 822
Démence	452 710	294 413	747 123
TOTAL	1 052 055	537 030	1 589 175

COÛT DE LA MALADIE MENTALE

RÉSUMÉ

50 000 000 000 \$



Les maladies mentales et les troubles mentaux grèvent l'économie canadienne d'au moins 50 milliards de dollars par an¹². Ces coûts représentent 2,8 % du produit intérieur brut (PIB) en 2011 au Canada.

En 2011, le Canada a dépensé 42,3 milliards de dollars au titre du traitement, des soins et des services de santé et de soutien offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'un trouble mental.

La valeur du cumul des coûts relatifs au traitement, aux soins et aux services de soutien dans les trente prochaines années dépassera vraisemblablement les 2,5 billions de dollars courants.

COÛTS DIRECTS (SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX)

Pour établir les coûts directs par cas dans sa modélisation, l'étude de Risk Analytica a puisé les coûts des services de santé, des services sociaux et du soutien du revenu dans deux sources de données. En l'absence d'études permettant d'estimer les coûts directs de chacune des maladies mentales dont il est question ici, deux ensembles d'éléments de coûts ont été utilisés, l'un appliqué au cas de déficit cognitif, y compris la démence¹³, l'autre aux autres maladies mentales examinées dans l'étude¹⁴.

Le coût du cas de déficit cognitif englobe les soins de longue durée, les soins médicaux et les soins hospitaliers, les médicaments et les frais engagés par l'utilisateur. Dans tous les autres cas de maladie mentale, le coût recouvre les soins médicaux et les soins hospitaliers, les médicaments, les services communautaires et sociaux et le soutien du revenu.

Dans une optique prudente, l'étude évalue que les coûts directs (services de santé, certains services sociaux et le soutien du revenu) de la maladie mentale se chiffraient à 42,3 milliards de dollars en 2011, et qu'ils seront de l'ordre de 290,9 milliards de dollars par an en 2041. Le cumul des répercussions économiques au seul chapitre des coûts directs dans les trente prochaines années dépassera vraisemblablement les 2,5 billions de dollars (voir Tableau 6).



**TABLEAU 6 - TOTAL DES COÛTS DIRECTS DES MALADIES MENTALES
(EN MILLIARDS DE DOLLARS)**

	Total des coûts directs par année	Cumul des coûts directs
2011	42,3	42
2021	79,9	553
2031	156,1	1 288
2041	291,0	2 334

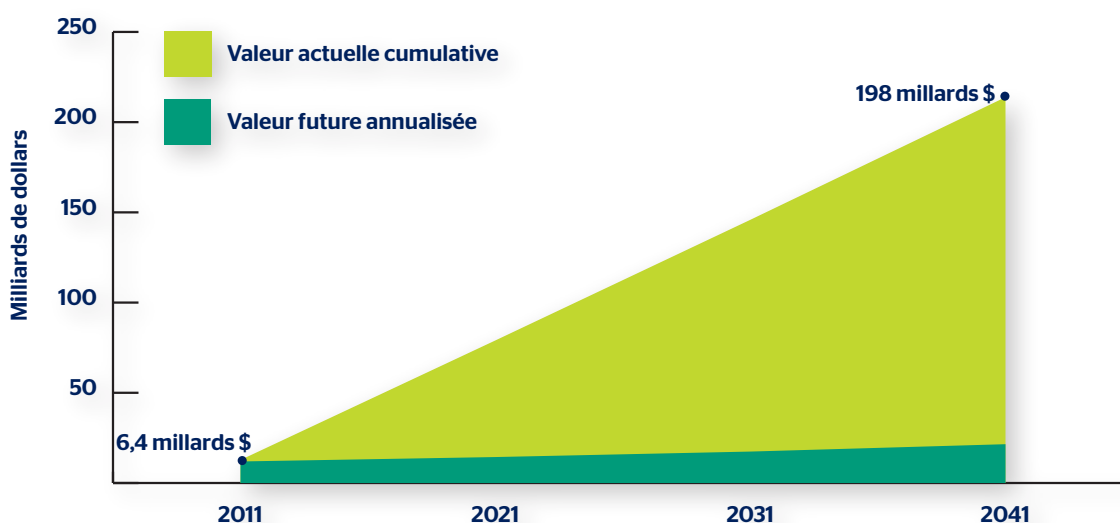
On note des différences remarquables en matière d'utilisation des services selon la nature du trouble mental ou de la maladie mentale, qui se traduisent dans les coûts directs. Ainsi, le coût moyen des services utilisés par la personne atteinte de schizophrénie est environ six fois plus élevé que dans le cas du trouble anxieux ou du trouble de l'humeur, tandis que le coût des services dans le cas de toxicomanie¹⁵ est supérieur d'un facteur cinq à celui dans le cas du trouble anxieux ou du trouble de l'humeur¹⁶.

L'étude se révèle prudente dans l'évaluation des coûts directs; la modélisation fait abstraction de certains éléments de coût. En raison de la portée de l'étude, les coûts relatifs aux soins prodigués par les aidants et la plupart des autres coûts étrangers au système de santé ou aux services de soutien en santé mentale, tels ceux ayant trait à l'appareil judiciaire, ne sont pas pris en compte.

COÛTS INDIRECTS (PRODUCTIVITÉ)

L'étude de Risk Analytica estime que 21,4 % de la population active en situation de travail étaient aux prises avec une maladie mentale en 2011. Les répercussions potentielles de la maladie mentale sur la productivité tiennent à l'absentéisme, au présentéisme et au retrait du marché du travail. Selon les estimations, les coûts occasionnés par la baisse de productivité due à la maladie mentale dépassaient les 6,4 milliards de dollars en 2011 et ils grimperont à 16 milliards de dollars par an en 2041. La valeur actuelle du cumul des coûts liés à la baisse de productivité dans les trente prochaines années est évaluée à 198 milliards de dollars.

FIGURE 6 - RÉPERCUSSIONS ESTIMÉES SUR LA PRODUCTIVITÉ FONDÉE SUR LE SALAIRE - TOUTES MALADIES MENTALES CONFONDUES*



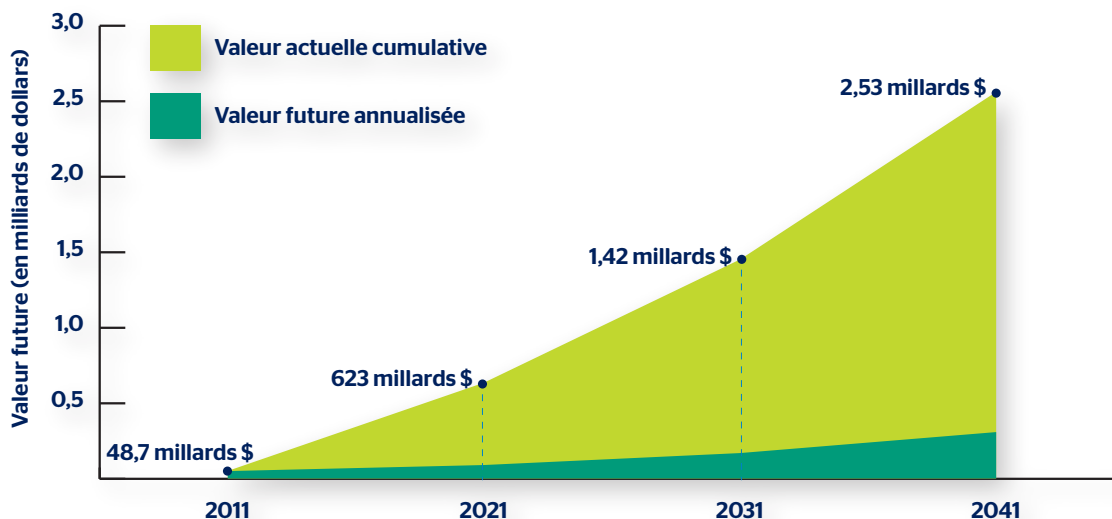
Pour estimer les conséquences de l'incapacité au travail, l'étude procède à un calcul des répercussions économiques de la baisse de productivité due à la maladie mentale, se fondant sur le décompte des journées d'absence au travail (absentéisme) et sur la baisse de productivité ou le rendement sous-optimal (présentéisme)¹⁷. Les coûts indirects de la maladie se mesurent selon diverses méthodes. La méthode du capital humain considère qu'une heure non travaillée est une heure perdue, alors que la méthode du coût de friction, plus prudente, évalue la baisse de productivité dans la seule période nécessaire à l'organisation pour remplacer l'employé absent. La présente étude a recours à cette dernière méthode pour estimer les coûts indirects de la maladie mentale.

L'étude n'est pas conçue pour tenir compte du coût de renonciation, comme la perte de revenu¹⁸. Un rapport américain récent chiffre les répercussions économiques viagères des seuls troubles mentaux et maladies mentales à l'enfance (perte de revenu, etc.) à 2,1 billions de dollars; cette estimation appliquée à la population canadienne, les répercussions sont de l'ordre de 200 milliards de dollars au pays¹⁹.

COÛT TOTAL

D'après la présente étude, le coût annuel total de la maladie mentale à l'heure actuelle frise les 50 milliards de dollars. En 10 ans, ce coût annuel aura grimpé à 88,8 milliards de dollars, tandis que le cumul des coûts dans cette période équivaudra à 623,3 milliards de dollars. En 2041, les maladies mentales entraîneront un coût annuel de 307 milliards de dollars. La figure 7 montre que le cumul des coûts au cours des trente prochaines années excéderont 2,53 milliards de dollars.

FIGURE 7 - TOTAL DES COÛTS ESTIMÉ POUR TOUTES LES MALADIES MENTALES



Cela dit, ces coûts qui s'avèrent considérables sont probablement sous-estimés. Les répercussions économiques globales, regroupant les coûts directs et le coût de la baisse de productivité, dépassent largement les 50 milliards de dollars par an. Non seulement l'étude de Risk Analytica est prudente dans son estimation des coûts indirects (baisse de productivité) mais, en raison de sa portée, elle fait abstraction de certains éléments de coût.

Voici des éléments de coût qui ne figurent pas ici :

- Les conséquences des maladies mentales sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS), qu'une étude évalue à 28,2 milliards de dollars²⁰.
- Les coûts imputables à la maladie mentale chez les enfants de moins de neuf ans. L'étude réalisée par RiskAnalytica sur les répercussions humaines et économiques des maladies mentales s'en tient à la population âgée de neuf ans ou plus.
- Le coût direct des services prodigués par le système d'éducation et le système de justice pénale ainsi que le coût des services policiers et des services judiciaires qui entrent en jeu lorsque des personnes aux prises avec une maladie mentale n'obtiennent pas en temps opportun les services de santé mentale appropriés.

- Les dépenses engagées par les familles canadiennes qui prennent soin d'un des leurs atteint d'une maladie mentale grave. Les coûts relatifs aux soins prodigués par les proches aidants couvrent les soins qui comblent les besoins élémentaires, de même que le coût de renonciation lié à l'interruption de la carrière de l'aidant. En se fondant sur l'étude des répercussions humaines et économiques des maladies mentales, commandée par la Commission, la Société Alzheimer du Canada a déterminé que la prestation de soins et de services durant un an (2011) par les aidants des personnes atteintes de démence correspond au bas mot à 444 millions d'heures non rémunérées, ce qui représente une perte de revenu de 11 milliards de dollars et l'équivalent de 227 720 employés à temps plein²¹. Une étude antérieure à celle-là établit que le coût des services offerts par les aidants aux personnes aux prises avec une maladie mentale se chiffre à 3,9 milliards de dollars²², ce qui porte le coût de renonciation dans ce cas à 14,9 milliards de dollars à tout le moins.
- Le coût des soins et des services de santé offerts aux aidants dont l'état de santé s'est détérioré à force de prendre soin d'un des leurs.
- Les coûts indirects tels qu'un revenu moindre associé à la diminution des possibilités de carrière découlant du fait de quitter l'école prématurément et les conséquences fiscales de ce revenu moindre, ainsi que les coûts de la maladie mentale non diagnostiquée quand cela a un effet sur la productivité.
- Enfin, bien que la modélisation Life at Risk[®] de Risk Analytica estime à 6,4 milliards de dollars la valeur actuelle de la baisse de productivité selon la méthode du coût de friction, une étude recourant à une autre méthode calcule que la valeur en dollars de cette perte de productivité correspond au triple de cette somme, soit à près 18 milliards de dollars²³.

Il est admis que des travaux supplémentaires sont nécessaires pour intégrer au moins une partie de ces éléments de coût dans la modélisation. Il faut savoir que la prise en compte ne serait-ce que d'un seul élément de coût supplémentaire aura pour effet de gonfler l'estimation de 48,7 milliards de dollars établie dans l'étude de Risk Analytica.

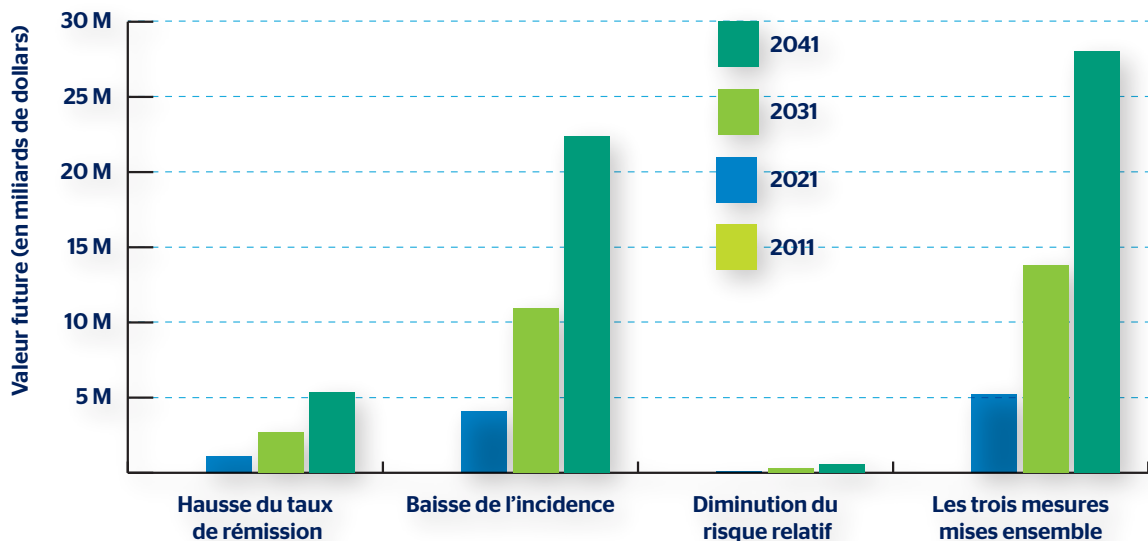
Nonobstant le fait que l'étude des répercussions humaines et économiques des maladies mentales ne tient pas compte de tous les éléments de coût pertinents, cette somme de 48,7 milliards de dollars représentait 2,8 % du PIB du Canada en 2011.

LA NÉCESSITÉ D'AGIR

Dans sa dernière phase, l'étude de Risk Analytica modélise l'effet potentiel de cinq scénarios hypothétiques sur la prévalence et les coûts des maladies mentales examinées. Quoique le modèle ne se prête pas à l'étude d'interventions précises, il a simulé cinq scénarios hypothétiques de haut niveau dans le but de déterminer leur effet en matière d'amélioration de la santé et de retombées économiques. Les scénarios dont il est question sont la réduction de toutes les causes d'incidence, la réduction du risque lié à la présence d'une maladie mentale à l'enfance ou à l'adolescence, la hausse du taux de rémission, la diminution de l'incapacité au travail et le scénario associant ces quatre paramètres.

La modélisation utilisée à la figure 8 montre les économies potentielles. On a estimé que si des programmes de santé parvenaient à diminuer l'incidence des maladies mentales de 10 % en moyenne, nous pourrions réaliser, après dix ans, des économies annuelles de 4 milliards de dollars sur les coûts directs des services sociosanitaires liés aux troubles mentaux et aux maladies mentales²⁴. En trente ans, la baisse du coût annuel total serait de l'ordre de 22,4 milliards de dollars. S'il était possible d'augmenter le taux de rémission de 10 %, nous pourrions, en trente ans, épargner 5,3 milliard de dollars de plus chaque année sur les coûts directs²⁵.

FIGURE 8 - RÉDUCTION ESTIMATIVE DU COÛT DIRECT ANNUEL TOTAL DE LA MALADIE MENTALE, EN VALEUR FUTURE POUR QUATRE SCÉNARIOS



Certes, une baisse de l'incidence de 10 % constitue un objectif possible à atteindre dans certains cas - assurément pour ce qui est de certaines maladies mentales de l'enfance, mais cela semble peu réaliste dans d'autres cas tels que la schizophrénie.

L'étude modélise également l'effet de la hausse du taux de rémission et de la diminution de l'incapacité découlant de la maladie sur la prévalence et les coûts. Ces résultats paraissent dans le rapport intégral de l'étude.

Étant donné que ces scénarios sont de nature hypothétique, que ce ne sont pas des interventions précises fondées sur des données probantes, les résultats de la modélisation ne font qu'illustrer le changement possible; néanmoins, ils laissent entrevoir une amélioration notable du point de vue de la santé et des économies de taille.

Nul doute qu'il y aurait lieu de creuser la question, de mettre à l'épreuve des scénarios fondés sur des données probantes pour en déterminer les effets de façon concrète. Le lecteur trouvera ci-après des données probantes utiles à cet égard. Ces exemples donnent une idée de l'ampleur et de la robustesse des données probantes démontrant ce qui est efficace dans la prévention et l'atténuation des répercussions des troubles mentaux et des maladies mentales.



Données probantes illustrant le potentiel de réduction des coûts

La maladie mentale coûtera à la société canadienne au moins 50 milliards de dollars par année, voire davantage, tant et aussi longtemps que le Canada n'investira pas plus dynamiquement pour améliorer la santé mentale de sa population et générer des économies ce faisant. La question est de savoir où investir. La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, *Changer les orientations, changer des vies*, propose des initiatives stratégiques éprouvées et prometteuses susceptibles d'aboutir à la réforme nécessaire et propose des exemples de cas où l'application de ces recommandations montre déjà un impact. Nous présentons ci-après des initiatives qui illustrent l'impact mesurable de l'investissement dans ces recommandations stratégiques sur les plans économique et de la santé et qui peuvent aider à réaliser ces économies et ces améliorations en matière de santé pour atteindre les objectifs fixés dans l'étude de Risk Analytica.

Il y a abondance de données probantes démontrant que l'investissement dans les programmes appropriés contribue à prévenir la maladie mentale ou à en retarder l'apparition et à réduire des problèmes de santé et d'invalidité connexes. Des investissements stratégiques destinés à renforcer le système de santé mentale dans son ensemble auront pour effet de faciliter le rétablissement et l'intégration sociale et économique des personnes aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale.

SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT



De solides données probantes confirment que la promotion de la santé mentale chez les enfants et leurs proches, la prévention de la maladie mentale et l'intervention précoce à l'apparition des premiers signes de la maladie sont nettement avantageuses en matière de coût^{26,27}. En voici quelques exemples frappants.

Le Royaume-Uni a constaté que la prévention des troubles de comportement chez un enfant par l'entremise d'un programme d'intervention précoce se traduit par des économies évaluées à 230 000 £ (365 000 \$) durant la vie de cet enfant; ces économies tiennent à la baisse de l'utilisation de services du système de justice pénale et du système de santé et aux revenus accrus durant la vie active²⁸. Au Canada, qui compte à l'heure actuelle 85 000 enfants atteints des troubles de comportement, si des programmes éprouvés avaient pour effet de diminuer de 10 % l'incidence de ce trouble (donc, 8 500 cas de moins), il serait possible d'économiser 3,1 milliards de dollars durant la vie de ces enfants.

Une autre étude britannique estime que l'amélioration de la santé mentale d'un enfant, dont l'état de santé passerait de modéré à excellent, produit des économies de 140 000 \$ durant la vie de cet enfant²⁹.

L'Australie, qui a étudié l'effet du programme de parentage Triple P, dont l'objectif consiste à dénouer l'écheveau des interactions familiales dysfonctionnelles, constate qu'il amène une baisse du nombre de cas des troubles de comportement dans une proportion allant de 25 % à 48 %³⁰. Une étude financée par l'Agence de la santé publique du Canada simule la mise en œuvre du programme Triple P en Alberta pour en déterminer l'avantage net. Elle estime à 3,7 millions de dollars le coût de la mise en œuvre du programme et conclut que si le programme se traduisait par une diminution de cas de l'ordre de 25 %, réduction minimale obtenue en Australie, les économies nettes se chiffraient à 7,6 millions de dollars (coûts évités desquels est déduit le coût de la mise en œuvre). Selon les auteurs, les cas n'ont qu'à diminuer dans une proportion de 1,6 % pour que le programme fasse ses frais³¹.

Des programmes d'éducation des parents et de soutien familial, sous la forme de visites à domicile et de services éducatifs à la petite enfance, se sont avérés efficaces pour améliorer l'état de santé de personnes aux prises avec un problème de santé mentale comme la dépression et l'anxiété, le rendement des investissements passant de 1,80 \$ à 17,07 \$ par dollar investi³².

SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les programmes qui favorisent l'accès hâtif aux traitements, qui offrent du soutien dans le but d'éviter l'hospitalisation ou la judiciarisation, peuvent être très rentables.

Citons, à titre d'exemple, une étude examinant une intervention aux premiers signes de psychose qui constate que les participants ayant bénéficié de cette intervention sont plus susceptibles d'occuper un emploi rémunéré que les participants du groupe témoin à qui l'intervention n'est pas offerte; le coût des soins de santé prodigués aux participants diminue de 6 300 \$ par an par personne (3 566 \$ dans le groupe de l'intervention précoce et 9 836 \$ dans le groupe témoin)³³. D'autres études appuient cette constatation, notamment celles qui rapportent que des programmes de prévention à l'intention de contrevenants juvéniles produisent des économies nettes allant de 1 900 \$ à 31 200 \$ par jeune³⁴.

Un projet de recherche dans le sud-ouest de l'Ontario évalue l'effet d'une période de transition couplé à du soutien par des pairs au congé de l'hôpital sur l'évolution de l'état de santé de personnes ayant séjourné longtemps à l'hôpital. Les personnes obtenant du soutien par des pairs sortent de l'hôpital plus rapidement que les personnes du groupe témoin, en moyenne 116 jours plus tôt, ce qui engendre des économies d'environ 12 millions de dollars³⁵.

Une étude effectuée en 2011 par le ministère de la Santé du Royaume-Uni révèle que l'offre de logement avec services de soutien au congé de l'hôpital à des personnes présentant des besoins modérés en services de santé mentale produit des économies de 22 000 £ (35 000 dollars) par personne par an dans le système de services de santé et de services sociaux³⁶.

Dans l'étude de ses programmes de suivi intensif dans le milieu (suivi intensif très spécialisé offert dans la communauté), l'Ontario constate une diminution de l'hospitalisation des participants à ces programmes dans une proportion de 82 % en quatre ans³⁷. Cette étude n'est pas conçue pour évaluer les économies comme telles, mais d'autres concluent que de tels programmes ont pour effet d'augmenter le nombre de jours dans la communauté et de réduire les hospitalisations sans changement de coût. Elles ajoutent que le programme de suivi intensif dans le milieu devient rentable quand il s'adresse aux personnes gravement malades qui font un très grand usage de services hospitaliers³⁸.



SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL

De plus en plus, des données probantes démontrent que les initiatives de soutien en milieu de travail et d'aide à l'emploi sont fructueuses.

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni estime que l'amélioration de la promotion de la santé mentale au travail englobant la prévention, l'intervention précoce pour contenir les effets du stress et le dépistage précoce des problèmes de santé mentale pourrait freiner la baisse de productivité dans une mesure de 30 % et se traduire par des économies annuelles de 250 607 £ (397 713 dollars) dans les milieux de travail comptant 1 000 employés³⁹.

La personne aux prises avec une maladie mentale grave qui jouit d'un soutien personnalisé dans sa recherche d'emploi a trois fois plus de chance d'occuper un emploi dans un marché concurrentiel que si elle n'avait pas obtenu ce soutien. Cette constatation revêt d'autant plus d'importance que près de 90 % des personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont exclues de la population active en général⁴⁰.



Conclusion

Les données probantes font ressortir trois motifs impérieux incitant à investir davantage dans la santé mentale comme le recommande la stratégie : les besoins sont grands et le demeureront dans les trente prochaines années; les coûts actuels sont énormes; bien que certains coûts soient justifiés et inévitables, rester inactif en ignorant les données probantes démontrant ce qui est efficace nous coûtera encore plus cher.

Les répercussions économiques de la maladie mentale se chiffrent à 50 milliards de dollars au bas mot. Si rien ne change dans les programmes, les politiques et les investissements publics, les pratiques du monde des affaires et celles du secteur de la santé, si rien n'est fait pour accroître la mise en application des données probantes, le nombre de personnes aux prises avec un trouble mental ou une maladie mentale et les coûts de ces problèmes de santé mentale pour l'économie canadienne demeureront considérables et disproportionnés par rapport à la population du pays, sans compter qu'ils augmenteront en termes absolus. Dans l'état actuel des choses, il est prévu que plus de 8,9 millions de Canadiens seront atteints d'une maladie mentale en 2041, soit un bond de 31 % par rapport à 2011, alors que la population augmentera de 26 % dans ces trente ans. En parallèle, les coûts qu'entraînent les troubles mentaux et les maladies mentales auront plus que sextuplé dans cette période pour s'élever à 306 milliards de dollars. La valeur actuelle du cumul des coûts durant ces trente ans dépasse les 2,5 billions de dollars.

La santé mentale étant un sujet abordé de plus en plus sur la place publique au Canada, nous sommes au fait des difficultés quotidiennes que vivent de nombreuses personnes qui n'obtiennent pas les services ni ne participent aux programmes qui ont fait leurs preuves dans l'amélioration de la qualité de vie, dans l'atténuation des conséquences de la maladie, voire dans la prévention de l'aggravation de certains problèmes de santé mentale.

Mais le changement suppose la mobilisation de tous les ordres de gouvernement, des entreprises, des travailleurs, de la société civile, des dirigeants du secteur de la santé et des citoyens qui uniront leurs efforts pour mettre en œuvre les mesures prioritaires recommandées dans la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada.

Il faudra un certain temps avant que les lacunes sur les plans des services et des programmes soient comblées comme le recommande la stratégie, mais on peut d'ores et déjà commencer par accroître de deux points de pourcentage la part des dépenses de santé consacrée à la santé mentale de même que celle des dépenses en services sociaux réservée à la santé mentale. Ce faisant, le Canada se rapprochera d'autres pays développés en ce qui a trait à l'ampleur du financement accordé à la santé mentale et nous avons de bonnes raisons de croire que cet investissement supplémentaire se révélera avantageux sur le plan économique.

ANNEXE 1

TROUBLES MENTAUX FAISANT L'OBJET DE LA MODÉLISATION

Enfance	Adolescence	Âge adulte
Troubles de l'humeur (maladie active, rémission, absence)	Troubles de l'humeur (maladie active, rémission, absence)	Troubles de l'humeur (maladie active, rémission, absence)
Troubles anxieux (maladie active, rémission, absence)	Troubles anxieux (maladie active, rémission, absence)	Troubles anxieux (maladie active, rémission, absence)
	Toxicomanie (maladie active, rémission, absence)	Toxicomanie (maladie active, rémission, absence)
		Troubles psychotiques (maladie active, rémission, absence)
TDAH (maladie active, rémission, absence)	TDAH (maladie active, rémission, absence)	
TOP (maladie active, rémission, absence)	TOP (maladie active, rémission, absence)	Trouble à l'enfance ou à l'adolescence (rémission, absence)
Troubles des conduites (maladie active, rémission, absence)	Troubles des conduites (maladie active, rémission, absence)	
		Démence (active, absence)
		Maladie cardiaque (active, absence)
		Diabète de type 2 (actif, absence)

ANNEXE 2

NOMBRE DE PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE MALADIE MENTALE SELON L'ÂGE ET LE SEXE, EN 2011 ET EN 2041 AU CANADA

Groupe selon l'année et l'âge	9-12	13-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Nb de femmes en 2011	114 091	372 579	642 202	586 624	526 672	440 233	320 899	287 696	250 325	77 860	3 619 181
Nb d'hommes en 2011	115 604	439 235	677 127	624 268	500 210	316 293	183 732	169 316	126 623	26 040	3 178 448
Total	229 695	811 814	1 319 329	1 210 892	1 026 882	756 526	504 631	457 012	376 948	103 900	6 797 629
Nb de femmes en 2041	139 798	408 710	687 821	656 920	565 463	486 258	459 558	606 621	602 621	252 358	4 866 128
Nb d'hommes en 2041	142 512	484 419	728 123	692 627	526 179	344 680	267 066	380 423	360 522	118 138	4 044 688
Total	282 310	893 129	1 415 944	1 349 547	1 091 642	830 938	726 624	987 044	963 143	370 496	8 910 816

ANNEXE 3

PRÉVALENCE ESTIMATIVE EN 12 MOIS DE LA MALADIE MENTALE ENTRE 2011 ET 2041 SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Groupe selon l'année et l'âge	9 - 12	13-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
2011 % femmes	15,60	25,90	28,10	25,00	20,60	17,50	17,60	25,90	36,70	42,10	20,90
2011 % hommes	15,10	29,10	28,70	26,30	19,50	12,80	10,60	17,80	28,30	33,80	18,70
2041 % femmes	15,50	25,30	28,00	25,20	21,00	17,90	18,30	26,60	37,30	42,70	22,20
2041 % hommes	15,00	28,50	28,90	26,40	19,40	12,70	10,80	18,10	28,70	34,30	18,90

Notes

1. Commission de la santé mentale du Canada (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Paraît à <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx>.
2. Organisation mondiale de la santé (2001). *La santé mentale : renforcer notre action*. Aide-mémoire no 220. Paraît à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.
3. Commission de la santé mentale du Canada (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Paraît à <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Strategienationale.aspx>.
4. Kurdyak P.A. et coll. (2008). The Relationship between Depressive Symptoms, Health Service Consumption, and Prognosis of Acute Myocardial Infarction: A Prospective Cohort Study. *BMC Health Services Research* 8:200.
5. Commission de la santé mentale du Canada (2009), op. cit.
6. Par les termes troubles mentaux et maladies mentales ou tout simplement maladie mentale, la Commission englobe tous les problèmes de santé mentale, cependant que Risk Analytica dans son étude effectuée pour le compte de la Commission ne modélise que certaines maladies, plus précisément les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la schizophrénie, le déficit cognitif y compris la démence, la toxicomanie, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité de l'enfant ou de l'adolescent, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Le terme « maladie mentale » au singulier ou au pluriel employé dans le présent document s'entend dans le sens que lui donne l'étude.
7. L'étude fait l'objet de trois rapports :
 1. Risk Analytica (2010) *Life at Risk® Mental Health Application: Data Review and Modeling Strategy, Final Report*.
 2. Smetanin P., Stiff D., Briante C., Adair C.E., Ahmad S. et Khan M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. RiskAnalytica pour le compte de la Commission de la santé mentale du Canada.
 3. Smetanin P., Stiff D., Briante C. et Khan M. (2012). *Life and Economic Impact of Hypothetical Intervention Scenarios on Major Mental Illness in Canada: 2011 to 2041*. Risk Analytica pour le compte de la Commission de la santé mentale du Canada.
8. Pour en savoir plus au sujet de la modélisation Life at Risk, consulter le rapport de Risk Analytica (juin 2009) : *Life at Risk Economic Modelling Framework*. Toronto.
9. Nombre de nouveaux cas d'une maladie, ou de personnes qui tombent malades, durant une période en particulier, 12 mois par exemple.
10. Nombre de cas de la maladie ou nombre de personnes malades dans une période écoulée, un an par exemple, sans distinction entre les nouveaux cas et les anciens cas.
11. Selon les prévisions, la population du Canada passera de 34,5 millions d'habitants en 2011 à 43,4 millions d'habitants en 2041, soit une augmentation de 26 %.
12. Des études canadiennes évaluent les coûts directs et indirects annuels comme suit :
 - a. 48,5 milliards de dollars par an (Smetanin P. et coll. (2011, op. cit.);
 - b. 51 milliards de dollars par an (Lim K., Jacobs P., Ohinmaa A., Schopfloch D. et Dewa C.S. (2008a). A new population based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28 (3), 92-98).
13. Smetanin P. et coll. (2011), op. cit. p 75.
14. Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H.M., Escobar, C., Mulvale G., Yim, R., (2010) *The Cost of Mental Health Services in Canada: A report of the Mental Health Commission of Canada*. Institute of Health Economics. Voir Smetanin P. et coll. (2011), op. cit. pp. 62 & 73.
15. Les coûts pris en compte par la modélisation n'incluent pas ceux associés aux services en résidence privée, aux services en centre de désintoxication ou dans un programme de réadaptation dans la communauté, ni ceux relatifs aux médicaments prescrits dans le traitement de la toxicomanie.
16. Smetanin P. et coll. (2011), op. cit. p 77.
17. Biron, C., Brun, J-P., Ivers, H, Cooper C.L. (2006). "At work but ill: psychosocial work environment and well-being determinants of presenteeism propensity," *Journal of Public Mental Health*, 5(4), 26-37.
18. Sareen Jitender, Afifi Tracie O., McMillan Katherine A., Asmundson Gordon J.G. Relationship Between Household Income and Mental Disorders, Findings From a Population-Based Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatry*, vol 68 (No. 4), avril 2011.
19. Smith J.P. et Smith G.C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science & Medicine*, 71 (1), 110-115.

20. Lim K. et coll. (2008a) op. cit.
L'étude détermine l'ampleur des conséquences sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) en attribuant la valeur de 50 000 \$ à l'année de vie pondérée par la qualité (QALY pour quality-adjusted life year) perdue; la QALY est un indicateur de référence dans l'évaluation de la qualité de vie. Les auteurs admettent que la question de la valeur de la QVLS, les experts qui ont supervisé l'étude des répercussions ont convenu de ne pas en tenir compte même si elle est pertinente en raison de sa nature arbitraire.
21. Alzheimer Society of Canada & Risk Analytica. (2012) *Dementia: Revised Dementia Statistics (Rising Tide 2.0)*.
22. Lim K.L., Jacobs P., Dewa C., (2008) *How much should we spend on Mental Health?* Institute of Health Economics. p. 15-16
23. Lim K. et coll. (2008a), op. cit.
24. Les économies ont trait aux dépenses publiques en services de santé, en services sociaux et en soutien au revenu ainsi qu'aux gains de productivité.
25. Smetanin P. et coll. (2012), Tableau 23.
26. Roberts G. et Grimes K. (2011). Rendement du capital investi. Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale. Réseau canadien des politiques de l'Université de Western Ontario et Institut canadien d'information sur la santé. Paraît à https://secure.cih.ca/free_products/roi_mental_health_report_fr.pdf.
27. Knapp M., McDaid D. et Parsonage M. (2011). *Mental health promotion and prevention: the economic case*. Londres (Royaume-Uni) : ministère de la Santé.
28. Friedli L. et Parsonage M. (2007). *Mental health promotion: Building an economic case*. Belfast : Northern Ireland Association for Mental Health. Paraît à http://www.chex.org.uk/media/resources/mental_health/Mental%20Health%20Promotion%20-%20Building%20an%20Economic%20Case.pdf.
29. Smith J.P. et Smith G.C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science & Medicine*, 71 (1), 110-115.
30. Mihalopoulos C. (2007). Does the triple P-positive parenting program provide value for money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 239-246.
31. Doran C.E., Jacobs P. et Dewa C. (2011, inédit). *An economic model of early mental health investment: Promoting mental health and well being across the lifespan*. Alberta : Institute of Health Economics.
32. Karoly L.A. (2010). Working Paper: *Toward Standardization of Benefit Cost Analyses of Early Childhood Interventions*. Rand Corporation. Cité dans Roberts G. et coll. (2011) op. cit.
33. Mihalopoulos C. et Harris M. (2009). Is early Intervention in psychosis cost effective over the long term? *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5), 909-918.
34. Aos S. et coll. (2004). *Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth*. Washington State institute for Public Policy. Comme il est mentionné dans Roberts G. et coll. (2011) op. cit.
35. Forchuk C., Martin M.L., Chan Y.L. et Jensen E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 556-564.
36. Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2011). Comme l'indiquent l'Unité de la recherche et du soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale et le Conseil canadien de développement social dans *Le Logement : la clé du rétablissement. Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale (2011)*. Calgary (Alberta) : Commission de la santé mentale du Canada. Paraît à http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/AtHome-ChezSoi/TurningTheKey_Full_FRE.pdf.
37. Comité consultatif technique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2008). *2006/07 Ontario ACT data outcome monitoring report* [présentation PowerPoint].
38. Essock S.M., Frisman L.K., Kontos N.J. (1998). Cost effectiveness of assertive community treatment teams. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2) 179-190.
39. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Promoting mental health at work : Business case. Londres (Royaume-Uni) : auteur. Paraît à <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12331/46023/46023.PDF>.
40. Latimer E.A., Lecomte T., Becker D.R., Drake R.E., Duclos I., Piat M. et Xie H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73.