

Le Conference
Board du Canada

Protéger les esprits pour un avenir plus sûr

L'accès en temps opportun aux services de santé mentale
pour les enfants et les adolescents au Canada

Exposé des enjeux | 14 décembre 2023



Table des matières

3

Principales conclusions et recommandations

4

Introduction

11

Discussion

14

Recommandations

17

Annexe A
Méthodologie

18

Annexe B
Entrées du modèle

20

Annexe C
Prévalence groupée des troubles mentaux
de l'enfance

21

Annexe D
Bibliographie

Principales conclusions

- On estime que 1,6 million d'enfants et de jeunes au Canada souffrent de troubles mentaux.
- L'anxiété et la dépression sont parmi les raisons les plus courantes pour lesquelles les enfants et les adolescents ont besoin d'accéder à des services de santé mentale et de soutien.
- Les enfants et les jeunes noirs, autochtones et de couleur, ainsi que les jeunes qui découvrent leur identité sexuelle et de genre, présentent les taux d'anxiété et de dépression les plus élevés et courent le plus grand risque.
- La réponse et le soutien des familles, les soins de santé et les services communautaires de santé mentale pour les enfants et les jeunes souffrant d'anxiété ou de dépression coûtent actuellement 4 milliards de dollars par an au Canada.
 - 3,5 milliards de dollars pour les systèmes financés par l'État (soins de santé, soins de santé mentale, consommation de substances et toxicomanie)
 - 280 millions de dollars de revenus parentaux perdus pour soutenir le soin aux personnes à charge
 - 120 millions de dollars de ressources engagées par les systèmes d'éducation et de justice
- En l'absence d'investissements opportuns, le coût à vie d'une seule cohorte d'enfants présentant un début d'anxiété ou de dépression à l'âge de 10 ans s'élève à près de 1 000 milliards de dollars.
- En investissant aujourd'hui dans la santé mentale des enfants, en mettant l'accent sur des programmes accessibles et inclusifs pour les populations vulnérables, il est possible de protéger les esprits des enfants et des jeunes du Canada, et d'assurer leur avenir, tout en économisant 28 milliards de dollars par an.

Recommandations

- Élaborer et financer une stratégie pancanadienne pour la santé des enfants, dont les soins de santé mentale constituent l'un des principaux piliers.
- Consacrer des investissements à des programmes de soins de santé mentale pour enfants fondés sur des données probantes et axés sur les résultats, en tenant compte des besoins spécifiques des populations vulnérables.
- Investir dans les professionnels canadiens de la santé mentale spécialisés dans l'enfance et la jeunesse.
- Créer une stratégie nationale de données sur la santé mentale des enfants et des adolescents afin de faire état des progrès, de l'excellence et de la responsabilisation.



Introduction

Cette recherche explore la crise de l'accès aux services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement des maladies mentales pour les enfants et les adolescents. Nous quantifions les conséquences, fondées sur des données probantes, de l'absence d'investissement aujourd'hui pour garantir un accès rapide aux services de santé mentale et de soutien aux générations actuelles et futures d'enfants et d'adolescents du Canada.

Notre analyse porte sur l'anxiété et la dépression. L'anxiété est le trouble mental le plus répandu chez les enfants et les adolescents au Canada^{1,2,3} et les troubles dépressifs sont parmi les cinq troubles les plus communs, accompagnant souvent les troubles anxieux.⁴ En outre, l'anxiété et la dépression ont été notées au niveau de la population comme les principales causes de la charge de morbidité chez les enfants et les jeunes.⁵

1 Spady et autres, « Prevalence of Mental Disorders in Children Living in Alberta, Canada, as Determined From Physician Billing Data ».

2 Waddell et autres, « A Public Health Strategy to Improve Mental Health of Canadian Children ».

3 Barican et autres, « Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries ».

4 Kalin, « Anxiety, Depression and Suicide in Youth ».

5 Klafus et autres, « Adolescent Anxiety and Depression ».

Contexte

La santé mentale est une composante essentielle de la santé, un état de bien-être dans lequel un individu mûrit en réalisant ses capacités uniques, apprend à gérer et à communiquer ses émotions, à s'engager dans des environnements d'apprentissage et de travail et à participer à la communauté.⁶

Les « troubles de la santé mentale » désignent un large éventail d'expériences liées à l'humeur, à la pensée et au comportement, qui coexistent sur un continuum allant d'un bien-être mental optimal à une souffrance émotionnelle débilite. Ils sont définis comme des états d'anxiété, de dépression, de déficit de l'attention/hyperactivité, de comportements obsessionnels compulsifs ou de relations néfastes avec les médias sociaux, la nourriture, l'alcool ou les drogues, pour n'en citer que quelques-uns.^{8,9} Les problèmes de santé mentale deviennent des troubles de la santé mentale lorsque les symptômes interfèrent fréquemment avec la capacité d'une personne à fonctionner au quotidien.^{10,11}

Divers facteurs génétiques, neurologiques, sociaux, environnementaux et socioéconomiques peuvent influencer l'apparition de troubles mentaux. Les circonstances de la vie combinées aux réalités institutionnelles, systémiques et structurelles (par exemple, le racisme, l'homophobie et la transphobie, ou le colonialisme) peuvent également jouer un rôle.^{12,13,14} La plupart des problèmes de santé mentale sont enracinés dans l'enfance et peuvent commencer à l'adolescence. Les troubles qui se

manifestent chez le jeune adulte sont généralement des affections secondaires qui s'ajoutent à celles qui sont apparues au début de la vie.¹⁵ À l'âge de 40 ans, la moitié de la population souffre ou a déjà souffert d'un problème de santé mentale.¹⁶ Dans les situations où la santé mentale d'un enfant peut être « à risque » sans faire l'objet d'une évaluation ou d'un diagnostic, une intervention précoce peut permettre et favoriser le développement de mécanismes d'adaptation résilients jusqu'au début de l'âge adulte.

Le développement d'une personne entre dans une nouvelle phase un fois arrivée à l'âge adulte. Les jeunes doivent à ce moment également entrer dans le système de soins de santé pour adultes. Cependant, la coordination ou la continuité des soins et des services, ou l'alignement des capacités des ressources humaines en matière de santé (réglementation ou expertise professionnelle) sont limités pendant cette transition. Par exemple, lorsque les jeunes qui reçoivent des soins pour un problème de santé mentale atteignent l'âge de 18 ans, ils ne peuvent plus bénéficier des services et des aides en matière de santé mentale pour les enfants et les adolescents. La transition brutale vers les services de santé pour adultes peut être particulièrement difficile pour les jeunes adultes qui sont des personnes de couleur ou 2ELGBTQIA+, étant donné l'incidence plus élevée de la discrimination, du harcèlement et des agressions physiques et sexuelles qu'ils peuvent subir.^{17,18}

Au Canada, 70 % des problèmes de santé mentale apparaissent avant l'âge de 18 ans.¹⁹ En 2022, une étude internationale portant sur 11 pays à revenu élevé a révélé que, parmi les 12 troubles mentaux de l'enfance, l'anxiété, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation

6 Organisation mondiale de la santé, « World Mental Health Report ».

7 Ibid.

8 Agence de la santé publique du Canada, « La santé mentale et l'utilisation problématique des médias sociaux chez les adolescents canadiens ».

9 National Institute of Mental Health, « Substance Use and Co-Occurring Mental Disorders ».

10 Organisation mondiale de la santé, « CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité ».

11 Organisation mondiale de la santé, « World Mental Health Report ».

12 Ibid.

13 Gajaria et autres, « What's Race Got to Do With It? »

14 Hankerson et autres, « The Intergenerational Impact of Structural Racism and Cumulative Trauma on Depression ».

15 Kessler et autres, « Age of Onset of Mental Disorders ».

16 Smetanin et autres, *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada*.

17 Cotter, « Experiences of Discrimination Among the Black and Indigenous Populations in Canada, 2019 ».

18 Jaffray, « Experiences of Violent Victimization and Unwanted Sexual Behaviours Among Gay, Lesbian, Bisexual and Other Sexual Minority People, and the Transgender Population ».

19 Commission de la santé mentale du Canada, « Enfants et jeunes ».

et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives étaient les quatre troubles les plus fréquents chez les enfants de moins de 18 ans. (Voir le tableau 2 de l'annexe C pour une liste complète des troubles étudiés dans cette étude.²⁰) La même étude a également estimé que 26 % des enfants souffrent généralement de deux troubles ou plus.²¹

L'identification précoce et la prévention, le soutien et les interventions psychosociales fondées sur des données probantes (par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale) et d'autres approches sont essentielles dans la petite enfance. Ces approches peuvent favoriser des bases solides et saines pour faire face et s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé mentale, mettre les familles en contact avec du soutien communautaire et atténuer les conséquences négatives potentielles associées aux besoins non satisfaits en matière de santé mentale. Collectivement, le soutien et les services de santé mentale de la petite enfance peuvent réduire la probabilité que des troubles mentaux plus graves apparaissent ou persistent à l'âge adulte.²²

Le nombre d'enfants et de jeunes au Canada (âgés de 4 à 19 ans) estimés souffrir d'un trouble mental en 2023 varie de 801 935 à 1,6 million.

- L'estimation la plus basse est basée sur un taux de prévalence de 12,7 % pour les troubles mentaux diagnostiqués, rapporté par une étude internationale.²³
- L'estimation supérieure de 1,6 million est calculée en sachant que les troubles de la santé mentale sont largement sous-diagnostiqués et que le taux est probablement beaucoup plus élevé puisqu'un enfant ou adolescent sur cinq (20 %) souffre d'un trouble de la santé mentale.²⁴

20 Barican et autres, « Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries ».

21 Ibid.

22 Copeland et autres, « Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorders ».

23 Barican et autres, « Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries ».

24 Commission de la santé mentale du Canada, « Enfants et jeunes ».

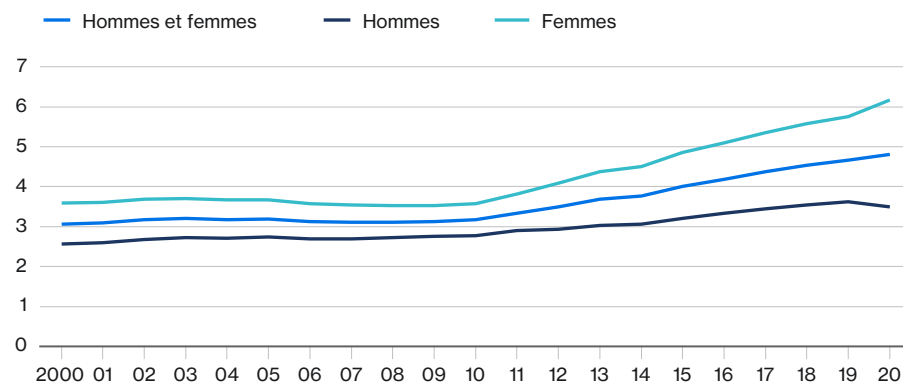
L'urgence et le besoin d'agir

L'examen des données actuelles montre une tendance constante à la baisse de la santé mentale des jeunes au Canada au cours des deux dernières décennies.²⁵ En 2003, 76 % des jeunes (âgés de 15 à 30 ans) ont déclaré que leur santé mentale était excellente ou très bonne. En 2019, ce taux était tombé à 60 %.²⁶ Plus récemment, ces taux se sont aggravés, en partie à cause de la pandémie de COVID-19 et des profonds changements sociaux auxquels les enfants et les jeunes ont été et sont confrontés au cours de leurs années de développement.

En outre, l'utilisation des services de santé par les enfants et les adolescents pour des troubles de l'anxiété et de l'humeur a augmenté de manière significative au cours de la dernière décennie, en particulier chez les filles. (Voir le graphique 1.)

Graphique 1

Augmentation de l'utilisation des services de santé pour les troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les enfants et les jeunes (âgés de 1 à 19 ans) au Canada (prévalence, pourcentage)



Sources : Le Conference Board du Canada; Système canadien de surveillance des maladies chroniques.

25 Statistique Canada, « Portrait des jeunes au Canada ».

26 Ibid.

En 2020, les mesures de santé publique prises à l'échelle mondiale pour endiguer la propagation du COVID-19 ont contribué à réduire le nombre total d'admissions dans les hôpitaux pédiatriques et de visites dans les services d'urgence.²⁷ Cependant, les consultations pédiatriques en santé mentale ont augmenté (par rapport aux années pré-pandémiques)^{28,29} et la prévalence globale de la dépression et des troubles anxieux chez les enfants et les jeunes a nettement augmenté.^{30,31,32}

En 2020, 23 % des hospitalisations d'enfants et de jeunes canadiens âgés de 5 à 24 ans concernaient des troubles mentaux.³³ Au Canada, les admissions à l'hôpital pour troubles alimentaires, automutilation, anxiété et toxicomanie ont doublé depuis le début de la pandémie.³⁴



27 Scaramuzza et autres, « Changing Admission Patterns ».

28 Czeisler et autres, « Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation ».

29 Krass et autres, « US Pediatric Emergency Department Visits for Mental Health Conditions During the COVID-19 Pandemic ».

30 Racine et autres, « Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19 ».

31 Schwartz et autres, *COVID-19 and Children's Mental Health*.

32 Theberath et autres, « Effects of COVID-19 Pandemic on Mental Health of Children and Adolescents ».

33 Institut canadien d'information sur la santé, *Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada*.

34 Santé des enfants Canada, *Une série de consultations sur la santé mentale des enfants et des jeunes*.

Une étude réalisée en 2020 par le Sick Kids Hospital de Toronto a montré que les enfants et les adolescents souffrant ou non de troubles mentaux préexistants ont vu leur bien-être mental se détériorer au cours des vagues consécutives de la pandémie.³⁵

Entre 0 et 25 ans, les enfants et les jeunes subissent de nombreux changements psychosociaux et neurobiologiques qui font partie intégrante de leur développement. Ces changements dans le développement, combinés aux déterminants de la santé et du bien-être socioaffectif, peuvent également entraîner une vulnérabilité à l'égard des troubles mentaux.³⁶ Les enfants souffrant de troubles du développement neurologique ou d'un début de handicap physique sont également plus susceptibles de souffrir d'un trouble de la santé mentale et d'avoir besoin d'un soutien au développement, de prévention et de soins.³⁷

Malheureusement, l'accès à la prévention, à l'évaluation et aux services de santé mentale est limité et inéquitable.^{38,39} Au niveau international, seuls 44 % des enfants souffrant de troubles mentaux ont effectivement bénéficié de services de santé mentale.⁴⁰ La majorité d'entre eux (56 %) ne bénéficient tout simplement d'aucun service ou soutien en matière de santé mentale, manquant ainsi une occasion importante d'établir des modèles positifs et de résilience, ainsi que les fondements de leur bien-être socioaffectif.

Les enfants et les jeunes en mauvaise santé mentale ont de moins bonnes notes à l'école,⁴¹ ont des difficultés à se faire des amis,⁴² ont un risque de suicide plus élevé,⁴³ et sont représentés de manière disproportionnée dans le système judiciaire.⁴⁴

35 Tombeau Cost et autres, « Mostly Worse, Occasionally Better ».

36 Fusar-Poli, « Integrated Mental Health Services for the Developmental Period ».

37 Brooks et autres, « Social Participation to Support Good Mental Health in Neurodisability ».

38 Moroz et autres, « Mental Health Services in Canada ».

39 Murray et Knudson, « Mental Health Treatment and Access for Emerging Adults in Canada ».

40 Barican et autres, « Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries ».

41 Statistique Canada, « Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019 ».

42 Ibid.

43 Bachmann, « Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective ».

44 Association canadienne pour la santé mentale, « Justice and Mental Health ».

Ils peuvent également connaître un taux de chômage plus élevé, un potentiel de revenu réduit plus tard dans la vie,^{45,46} et des troubles concomitants liés à l'utilisation de substances psychoactives.⁴⁷ D'un autre côté, une santé mentale déclarée moyenne, bonne, très bonne ou excellente contribue de manière significative à des taux élevés de satisfaction de vie un indicateur significatif du bien-être en matière de santé mentale ou de bien-être socioaffectif⁴⁸ et de performance scolaire.⁴⁹

Un besoin profond

Le Canada dispose de peu de données provinciales ou territoriales sur les temps d'attente pour les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents. En outre, les données des listes d'attente doivent être interprétées avec prudence, car il n'existe pas de liste d'attente centrale et des doublons peuvent donc être inclus. Cela dit, les données de l'Ontario pour 2020 sont disponibles et illustrent que les temps d'attente sont problématiques pour répondre aux besoins de santé mentale des enfants au Canada lorsqu'ils en ont le plus besoin. En 2020, environ 28 000 enfants et jeunes de l'Ontario qui avaient des besoins en matière de santé mentale auraient été inscrits sur des listes d'attente pour un traitement, une statistique qui a plus que doublé depuis 2017.⁵⁰ Les temps d'attente moyens étaient de 67 jours pour les conseils et la thérapie et de 92 jours pour les traitements intensifs. Dans certains cas, les temps d'attente pour un traitement intensif atteignaient 2,5 ans, ce qui n'est absolument pas pertinent en termes de réactivité pour les personnes en situation de crise.

45 Marwaha et Johnson, « Schizophrenia and Employment ».

46 Vergunst et al., « Association of Childhood Externalizing, Internalizing, and Comorbid Symptoms With Long-Term Economic and Social Outcomes ».

47 Ross et Peselow, « Co-Occurring Psychotic and Addictive Disorders ».

48 Lombardo et autres, « The Fundamental Association Between Mental Health and Life Satisfaction ».

49 Rode et autres, « Life Satisfaction and Student Performance ».

50 Santé mentale pour enfants Ontario, « Kids Can't Wait ».

Pour aggraver le problème, on estime que 200 000 enfants ontariens souffrant de graves problèmes de santé mentale ne bénéficient d'aucun service de santé mentale en raison de leur lieu de résidence. Les programmes de traitement sont inexistant dans de nombreuses communautés rurales, isolées ou nordiques.⁵¹

Accent sur l'anxiété et la dépression

L'anxiété et la dépression font partie des troubles mentaux les plus courants chez les enfants et les adolescents et sont les principales causes de la charge de morbidité qui pèse sur les enfants et les adolescents eux-mêmes et sur la société canadienne.^{52,53,54}

C'est pourquoi nous avons mené une étude sur le coût de la maladie pour les troubles anxieux et dépressifs, dans le but de quantifier l'impact économique de ces troubles pendant l'enfance et l'adolescence et de déterminer s'il est impératif d'investir d'une part dans un accès rapide aux services de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents et d'autre part dans des mesures de soutien pour ces troubles.

En 2019, la prévalence des troubles anxieux ou dépressifs *diagnostiqués* chez les 5 à 17 ans était respectivement de 5,0 % et 2,1 %.⁵⁵ En appliquant ces taux (moyenne de 3,5 %) à la population actuelle, on estime que 290 942 enfants et jeunes au Canada souffrent d'un trouble anxieux ou dépressif. Ce chiffre est probablement largement sous-estimé en raison de plusieurs facteurs. L'accès aux services de prévention, d'évaluation et de diagnostic est limité. Les estimations n'incluent pas les données des communautés mal desservies (par exemple, rurales, éloignées, racialisées, autochtones), dans lesquelles les enfants et les familles n'ont qu'un accès limité, voire inexistant, aux services et pour lesquelles aucune donnée n'est donc collectée. Les différences

51 Statistique Canada, « Portrait des jeunes au Canada ».

52 Klaufus et autres, « Adolescent Anxiety and Depression ».

53 Spady et autres, « Prevalence of Mental Disorders in Children ».

54 Barican et autres, « Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries ».

55 Statistique Canada, « Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019 ».

au niveau du système concernant les normes de collecte de données et le manque d'échange d'information entre les services de santé, les services paramédicaux et les services sociaux et communautaires contribuent également à la sous-déclaration.

Une méta-analyse récente (2022) comparant les données antérieures et postérieures à la pandémie a démontré que le risque de développer l'anxiété et la dépression a augmenté chez les enfants et les jeunes pendant la pandémie.⁵⁶ En appliquant ces hypothèses, la prévalence en 2023 pour ces pathologies combinées se rapproche de 9 %, ce qui est nettement plus élevé que les 3,5 % enregistrés en 2019.

En supposant un taux de prévalence de 9 % (comme indiqué ci-dessus), nous estimons que plus d'un demi-million (569 374) d'enfants et de jeunes âgés de 5 à 19 ans au Canada ont besoin de services de santé mentale pour traiter l'anxiété ou la dépression.

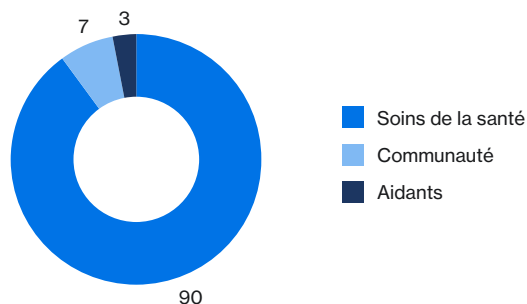
Le coût économique de l'aide aux enfants et aux jeunes du Canada qui souffrent d'anxiété et de dépression s'élève à 4 milliards de dollars par an.

Au niveau de la population, les dépenses les plus importantes sont les coûts directs des soins de santé (90 %), qui s'élèvent à 3,5 milliards de dollars et qui comprennent les coûts associés aux visites dans les services d'urgence, aux séjours hospitaliers, aux consultations de soins primaires avec des médecins généralistes, des pédiatres et des psychiatres, à l'utilisation de médicaments sur ordonnance et aux services de conseil ou thérapeutiques. (Voir le graphique 2.)

- Les coûts pour la collectivité, tels que les ressources engagées par les systèmes d'éducation et de justice, sont également élevés. Le coût annuel s'élève à 280 millions de dollars et est principalement lié aux enfants et aux jeunes qui ont des besoins plus importants en matière de santé mentale, pour lesquels ces services sont nécessaires.

Graphique 2

Proportion des dépenses déclarées pour les soins de santé mentale chez les enfants et les adolescents au Canada (pourcentage)



Source : Le Conference Board du Canada.

- Nous estimons également qu'une perte de productivité économique annuelle d'environ 120 millions de dollars s'explique par la perte de revenu des parents pour s'occuper d'un enfant qui a des besoins en matière de santé mentale.

Compte tenu des facteurs systémiques susmentionnés, qui contribuent à une sous-estimation probable de la prévalence globale des troubles anxieux ou dépressifs *diagnostiqués* chez les enfants et les adolescents, même avec nos hypothèses de 9 %, ces estimations de coûts sont probablement sous-estimées elles aussi.

Si le Canada investit dans des services de santé mentale et de soutien pour ramener le taux de prévalence de troubles anxieux et dépressifs à des niveaux pré-pandémiques, les coûts passeraient de 4 milliards de dollars à 1,5 milliard de dollars par an.

Il est essentiel d'investir dans la prévention des maladies mentales fondée sur des données probantes, ainsi que dans les services et le soutien aux enfants et aux adolescents, aux jeunes adultes et aux parents/tuteurs, afin d'atténuer les conséquences négatives tout au long de la vie. Les interventions préventives et les modèles fondés sur des données probantes ont montré une probabilité accrue

⁵⁶ Wang et autres, « Depression and Anxiety Among Children and Adolescents Pre and Post COVID-19 ».

de bien-être socioaffectif à l'âge adulte.⁵⁷ Ces initiatives doivent englober des approches à la fois cliniques et socioéconomiques afin d'aborder également le soutien et les services aux parents et aux soignants pour garantir un avenir plus sain à l'âge adulte, avec de meilleurs résultats en termes de bien-être socioaffectif, d'éducation, d'emploi et d'implication dans la vie communautaire.

Il est important de noter que de nombreux enfants et adolescents qui ont des besoins en matière de santé mentale et des besoins neurodéveloppementaux dominants auront donc besoin d'approches personnalisées et adaptées en matière de soutien et de services individuels et familiaux. Au Canada, quelque 65 à 80 % des enfants souffrant de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et 85 % des adultes atteints de TDAH souffrent également de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles plus complexes du développement ou de la santé.⁵⁸

Compte tenu des coûts plus élevés associés à une mauvaise santé mentale chez les enfants et les adultes, investir dans les enfants aujourd'hui peut permettre aux gouvernements et aux communautés

57 Pilling et autres, « Long-Term Outcomes of Psychological Interventions on Children and Young People's Mental Health ».

58 Espinet et autres, « A Review of Canadian Diagnosed ADHD Prevalence and Incidence Estimates Published in the Past Decade ».

d'économiser 28 milliards de dollars par an. Si aucune mesure n'est prise, le coût à vie d'une seule cohorte d'enfants présentant un début d'anxiété ou de dépression à l'âge de 10 ans s'élève à près de 1 000 milliards de dollars.

Comme pour les études précédentes, il faut tenir compte des limites des données et des modèles.⁵⁹ Le Canada ne disposant pas de données publiques complètes sur les coûts des soins de santé mentale et l'utilisation des services, la plupart des données présentées dans la présente étude proviennent d'études individuelles et d'études antérieures sur le coût de la maladie. Par conséquent, de nombreuses mesures sont absentes de notre modèle. En raison des limites des données et de la complexité de la définition des parcours de soins et des résultats, de nombreux résultats tels que les taux de décrochage scolaire, les tentatives de suicide et les coûts de prise en charge à l'âge adulte ne sont pas inclus dans le modèle. Une perspective nationale a été adoptée et, par conséquent, il n'a pas été possible d'analyser les différences entre les provinces, les territoires et les populations diverses ou vulnérables telles que les jeunes autochtones, les jeunes nouveaux arrivants, les jeunes en situation de handicap, les personnes de couleur ou les jeunes 2ELGBTQIA+.

59 Jo, « Cost-of-Illness Studies ».

Discussion

Fragmentation du système

Les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, les services paramédicaux et les services et soutiens communautaires ou éducatifs financés par l'État englobent divers types d'expertise, d'environnements et d'organisations, notamment :

- les psychiatres, les psychologues, les infirmiers et infirmières psychiatriques, les travailleurs et travailleuses sociaux, les conseillers et conseillères;
- les services et programmes de traitement résidentiel;
- les services de soins de santé primaires;
- les services de soins aigus (hospitaliers et ambulatoires) et d'urgence;
- les services de soutien en milieu scolaire et dans d'autres organisations communautaires;
- les services de soins de santé virtuels et des lignes d'assistance par téléphone/texto.

Les différents prestataires de soins et les différents contextes, dans les secteurs des services de santé mentale publics, privés et à but non lucratif, travaillent en grande partie en vase clos. En termes de gouvernance, il y a un manque de collaboration et de partage d'information entre les ministères (par exemple, en santé, en éducation, en services à l'enfance et à la jeunesse) qui financent et supervisent les politiques et les programmes financés par l'État.

Cette variation contribue aux inégalités d'accès dans un système à plusieurs niveaux composé de secteurs public, privé et à but non lucratif.⁶⁰ Les salaires des professionnels de la santé mentale

financés par l'État (psychologues, thérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et autres professionnels paramédicaux) ne représentent qu'une fraction de ce qu'ils gagnent dans le secteur privé. Les équipes interprofessionnelles permettent des gains d'efficacité et des programmes de collaboration pour les enfants, les jeunes et les familles; les psychologues sont rémunérés dans ces modèles de sorte que les familles n'ont pas à payer d'honoraires. Les psychiatres peuvent facturer leurs services dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, mais les psychologues et les psychothérapeutes ne le peuvent généralement pas,⁶¹ ce qui contribue à allonger les temps d'attente pour les familles qui n'ont pas les moyens de s'offrir des services dans le secteur privé. Ce système à deux niveaux entraîne une réduction de la disponibilité des services dans le système public.⁶² Les familles qui ont les moyens de s'offrir des soins thérapeutiques privés (et qui vivent à proximité ou qui ont les moyens de se déplacer) peuvent en effet avoir un meilleur accès aux services de santé mentale et aux aides en temps opportun lorsqu'elles et leurs enfants en ont besoin.

L'accès aux services de santé mentale et aux aides, en personne ou virtuellement, est de plus en plus disponible grâce à des programmes financés par l'État et à des programmes d'avantages sociaux des employeurs. Des recherches antérieures menées par le Conference Board du Canada ont révélé que de nombreux employés ne connaissent pas, ne comprennent pas comment ou n'accèdent tout simplement pas aux services de santé mentale mis à leur disposition par les régimes d'assurance-maladie de leur

60 Association canadienne pour la santé mentale, « Justice and Mental Health ».

61 Association canadienne pour la santé mentale, *Plus de la moitié des Canadiens considèrent l'anxiété et la dépression comme une « épidémie »*.

62 Bartram, « Income-Based Inequities in Access to Mental Health Services in Canada ».

employeur.⁶³ Des recommandations ont été formulées pour que les régimes d'employeurs élargissent les plans de couverture afin de tenir compte d'un ensemble complet de soins, de traitements et de services de soutien.⁶⁴ Dans un mémoire présenté dans le cadre du processus de consultation prébudgétaire fédéral 2024, la Société canadienne de psychologie a souligné qu'il fallait augmenter le nombre de postes de formation en psychologie et financer une partie des coûts liés à l'extension de la couverture des prestations de santé financées par l'employeur pour les services psychologiques.⁶⁵ L'étude comparative la plus récente sur les avantages sociaux pour 2023, réalisée par le Conference Board du Canada, révèle que 54 % des organisations canadiennes ont augmenté la couverture de leur régime pour les services de santé psychologique et mentale depuis 2019.⁶⁶ Ces mesures, cependant, sont insuffisantes. Actuellement, la couverture maximale moyenne est de 1 760,58 \$ par an, ce qui est bien inférieur à la recommandation de la Société canadienne de psychologie, soit de 3 500 à 4 000 \$ par an.⁶⁷

En outre, le système de santé canadien part du principe que les besoins et les problèmes des personnes en âge de transition changent dès l'âge de 18 ans, lorsqu'ils deviennent de jeunes adultes. En l'absence d'une planification inclusive et centrée sur la personne et d'un engagement préalable avec les familles et les jeunes, le modèle et le cercle de soins peuvent être perturbés ou rompus pour ceux qui reçoivent des soins au moment où ils atteignent l'âge de 18 ans. Cette perturbation a un impact négatif sur la continuité et le progrès du parcours de santé et de bien-être.

63 Le Conference Board du Canada, *Future-Proofing Investments in Workplace Mental Health*.

64 Société canadienne de psychologie, *Employés, employeurs et données probantes*.

65 Société canadienne de psychologie, « Spotlight ».

66 Thibault et Marcil, *Benefits Benchmarking 2023*."

67 Ibid.

Des programmes et des ressources peuvent aider les jeunes à traverser cette période.⁶⁸ Cependant, la plupart des jeunes adultes finissent par naviguer dans un système complexe pour accéder aux services de santé mentale des secteurs public, privé ou à but non lucratif pour la première fois après l'âge de 18 ans. En 2022, la plupart des enfants et adolescents canadiens (12 à 24 ans) avec des besoins en matière de santé mentale ont déclaré que les services de santé mentale et de toxicomanie n'étaient pas faciles d'accès.⁶⁹

Priorités de financement mal alignées et manque de transparence et de responsabilisation en matière de performance

L'étendue combinée de la prévalence, de la persistance et de l'ampleur de l'impact de la vie avec des besoins de santé mentale non satisfaits est sans doute inégalée par la plupart des conditions de santé physique.⁷⁰ Pourtant, le cadre de financement de la santé au Canada favorise les dépenses de santé physique au détriment des soins de santé mentale. En 2015, les dépenses du Canada en matière de santé mentale (secteurs public et privé) ne représentaient que 7 % des dépenses totales de santé du pays, soit bien moins que les pays du G8 (les dépenses en matière de santé mentale du National Health Service en Angleterre représentaient 13 % des dépenses totales).⁷¹ L'objectif du Canada en 2022 était de 9 %.⁷² Insuffisant, une fois de plus.

Depuis des décennies, le financement des soins de santé mentale au Canada est en constante régression. En Ontario, par exemple, le financement des centres de soins offrant des services de santé

68 Association canadienne pour la santé mentale, « Transitioning From Youth to Adult Mental Health Services ».

69 Sabad et autres, « Filling Data Gaps in Access to Mental Health and Substance Use Services ».

70 Friedli et Parsonage, *Mental Health Promotion*.

71 Commission de la santé mentale du Canada, « Strengthening the Case ».

72 Institut canadien d'information sur la santé, *Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada*.



mentale aux enfants et aux adolescents a diminué de près de 50 % au cours des 25 dernières années.⁷³ Les niveaux de financement sont basés sur des dotations historiques, plutôt que sur des estimations des besoins actuels ou futurs. Même dans les zones géographiques où la population de jeunes a considérablement augmenté, ou encore là où les besoins en matière de santé mentale ne sont pas satisfaits, le financement n'a pas fourni en conséquence.⁷⁴

Plus préoccupant encore, alors que le gouvernement fédéral a annoncé avant la pandémie un financement de 10 milliards de dollars pour la santé mentale des provinces et des territoires,⁷⁵ ainsi que des millions de dollars pour la mesure des performances afin de soutenir la responsabilisation basée sur les résultats, il y a un manque flagrant de transparence sur les allocations de fonds spécifiques permettant de déterminer si le financement a amélioré l'accès aux services et les résultats en matière de santé mentale pour les enfants et les jeunes.⁷⁶

73 Santé mentale pour enfants Ontario, « Kids Can't Wait ».

74 Ibid.

75 Statistique Canada, *L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé*.

76 Association canadienne pour la santé mentale, *À bout de bras*.

La crise actuelle des ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada a des répercussions sur l'ensemble du continuum de soins pour les patients et les professionnels de la santé dans tous les contextes. Des millions de familles canadiennes n'ont pas accès à un prestataire de soins de santé primaires (médecin de famille, infirmière praticienne, pédiatre), ce qui limite les orientations vers des spécialistes de la santé mentale pour un diagnostic ou un traitement. En 2021, 13 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans (plus de 2 millions) ont déclaré ne pas avoir de prestataire de soins de santé primaires.⁷⁷ Dans un sondage pancanadien réalisé en 2022, 47 % des jeunes de 18 à 29 ans au Canada ont déclaré ne pas avoir de prestataire de soins de santé primaires,⁷⁸ révélant que les jeunes en âge de transition sont très vulnérables. Ils n'ont pas accès aux soins primaires nécessaires pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale et de soins de santé, ou pour accéder à des services spécialisés. En outre, les spécialistes de la santé mentale sont également peu nombreux, ce qui limite encore davantage l'accès au soutien et aux services nécessaires.

77 Statistique Canada, Tableau 13-10-0096-16.

78 NosSoins, Explorateur de données d'enquête.

Recommandations

Nous avons identifié quatre domaines d'investissement clés susceptibles d'avoir un impact positif. Il faudra intégrer une approche interministérielle entre les soins de santé et la santé mentale, l'éducation, les services sociaux et de l'enfance, et l'abus de substances et la toxicomanie afin d'aborder, de diriger et d'exécuter cette stratégie en collaboration.

Créer une stratégie pancanadienne pour la santé des enfants et des jeunes, dont les soins de santé mentale constituent un pilier essentiel

Créer un conseil consultatif national multisectoriel chargé de superviser la mise en place d'un cadre national de responsabilisation en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, afin notamment :

- de promouvoir la santé et le bien-être socioaffectif de tous les enfants canadiens;
- d'améliorer de manière mesurable l'offre de programmes de développement de l'enfant et l'accès à ces programmes en temps opportun, en réduisant concrètement les temps d'attente;
- d'identifier et de promouvoir à grande échelle les programmes de prévention et de traitement des maladies mentales fondés sur des données probantes. Il est essentiel de trouver des solutions axées sur des programmes consacrés aux besoins spécifiques des populations vulnérables (y compris les personnes de couleur et les personnes 2ELGBTQIA+), aux déterminants sociaux de la santé, aux activités thérapeutiques qui mettent l'accent sur les aspects sociaux du développement de la petite enfance, ainsi qu'au soutien et aux services parentaux qui favorisent l'attachement et l'alignement sur les besoins de l'enfant;

- de supprimer les « points de friction » liés à la transition vers l'âge adulte afin que les jeunes puissent continuer à accéder à une continuité de services et d'aides en matière de santé mentale, de soins primaires et de services sociaux.

La stratégie doit être conçue de manière à respecter à la fois le contrôle fédéral et l'autorité provinciale et juridictionnelle en matière de prestation de soins de santé.

Élaborer d'urgence une stratégie pancanadienne de ressources humaines en soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents

Investir dans l'éducation et la programme de perfectionnement professionnel du domaine de la santé mentale des enfants et des jeunes et du développement de la petite enfance dans toutes les professions cliniques et paramédicales. Ces professions incluent les prestataires de soins de santé primaires, les psychiatres pour enfants et adolescents, le corps infirmier général et le corps infirmier psychiatrique, de même que les professionnels alliés en dehors du secteur des soins de santé (par exemple, l'éducation, les services sociaux, le système judiciaire).

Cela permettra d'augmenter le nombre de professionnels de la santé mentale qualifiés pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes au Canada, de réduire les temps d'attente et de favoriser un parcours de soins complet et intégré. Des stratégies ciblées de recrutement et de rétention de professionnels agréés, de conseillers et

de travailleurs sociaux peuvent contribuer à remédier aux pénuries de personnel, à renforcer la main-d'œuvre en santé mentale pédiatrique et communautaire et à former des professionnels ayant une expertise dans les modèles de santé mentale fondés sur des données probantes pour les enfants et les adolescents. Il est essentiel de remédier aux inégalités au sein du système canadien à deux niveaux, à la fois pour améliorer l'attraction, la rétention et la disponibilité du personnel au sein des systèmes de soins financés par l'État et à but non lucratif, et pour veiller à ce qu'un mécanisme d'équité d'accès soit mis en place pour les solutions à « paiement privé » ou parrainées par l'employeur.

Les options virtuelles et la fracture numérique doivent être prises en compte pour améliorer les qualifications et développer les compétences pratiques des prestataires de soins de santé primaires et d'autres prestataires de soins de santé mentale communautaires. Ces praticiens sont souvent les seuls professionnels accessibles au service des familles et des enfants ayant des besoins en matière de santé mentale dans les communautés rurales ou éloignées.

L'Académie canadienne des sciences de la santé a proposé des voies prioritaires afin de rapidement mettre en œuvre des politiques et des pratiques de premier plan visant à répondre aux besoins en ressources humaines du domaine de la santé, à les planifier et à les hiérarchiser.⁷⁹ L'investissement dans des programmes de bien-être des employés dans tous les contextes où du soutien et des services sont fournis peut contribuer à l'atteinte de cet objectif de renforcement de la main-d'œuvre dans le domaine des soins de santé mentale pour enfants. L'utilisation d'outils normalisés de priorisation des patients ou de mesures des résultats rapportés par les patients, ou l'élaboration de nouveaux outils lorsqu'il n'existe pas de mesures, peut soutenir efficacement la gestion des listes d'attente des modèles de programmes de prévention et de soins, au sein d'un programme donné et entre différents programmes.⁸⁰

79 Académie canadienne des sciences de la santé, « Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada ».

80 Déry et autres, « A Systematic Review of Patient Prioritization Tools ».

Investir dans des programmes axés sur les résultats pour les soins de santé mentale des enfants

Exiger des provinces et des territoires qu'ils disposent d'un budget dédié et d'une ligne de reddition de comptes publique avec des résultats définis pour les fonds fédéraux alloués aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents (c'est-à-dire désagrégés par rapport au budget rapporté pour la population générale). Seules deux provinces, la Colombie-Britannique et l'Ontario, ont mis en place un budget et un mécanisme de rapports spécifiques à cette fin.⁸¹



81 Les enfants d'abord Canada, « Pédiatrie ».

Reconcevoir le financement du système pour renforcer les infrastructures de soutien qui relient le domicile, l'éducation, les services sociaux et communautaires, les soins primaires, l'hôpital et les lieux de détention où les soins et les services sont fournis (ou doivent l'être). Il s'agit notamment de renforcer l'accès au dépistage universel en temps opportun dans tous les systèmes de soins.

En voici quelques exemples :

- des programmes d'éducation à la santé mentale et de perfectionnement professionnel qui aident les familles, les éducateurs, y compris les enseignants et les directeurs d'école, ainsi que les éducateurs de la petite enfance, à détecter rapidement et à soutenir les élèves potentiellement à risque en encourageant la mise en œuvre de programmes de prévention efficaces;
- un financement spécifique pour élargir la programmation et l'accès à des interventions de thérapie cognitivo-comportementale et interpersonnelle efficaces et fondées sur des données probantes pour la prévention et le traitement (y compris des médicaments efficaces pour les troubles anxieux ou dépressifs, le cas échéant);⁸²
- l'investissement dans des programmes et des parcours visant à soutenir la réhabilitation et la réinsertion des jeunes détenus souffrant de troubles mentaux (par exemple, en établissant des rôles de gestionnaire de cas au sein du système judiciaire).⁸³

Créer une stratégie nationale de données qui inclut la santé mentale des enfants et des adolescents

Des données accessibles, systématiques et fiables sont essentielles pour garantir l'efficacité des politiques et des programmes visant à soutenir les interventions de soins de santé mentale et à favoriser les services de soutien locaux disponibles dans les communautés urbaines, rurales et éloignées.

Pour connaître l'état des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents au Canada et évaluer les progrès réalisés, une stratégie nationale en matière de données doit impérativement :

- des données précises et opportunes sur la prévalence, les temps d'attente, les coûts, les produits et les résultats aux niveaux local, régional et provincial/territorial;
- une transparence grâce à un tableau de bord national (utilisant les sources de données existantes)⁸⁴ qui permet aux professionnels de la santé et aux clients/familles d'accéder à des renseignements sur les temps d'attente pour le dépistage ou le diagnostic de la santé mentale, le traitement et les services et mesures de soutien connexes.

Ces mesures permettront d'identifier et de suivre les tendances actuelles et les domaines qui doivent connaître une amélioration, ainsi que de reconnaître l'excellence.

⁸² Schwartz et autres, *Preventing and Treating Childhood Mental Disorders*.

⁸³ Ministère de la Justice du Canada, « Le point de vue des jeunes sur la collaboration ».

⁸⁴ Waddell et autres, *Public Data Sources for Monitoring Children's Mental Health*.

Annexe A

Méthodologie

L'objectif de cette étude était de modéliser le coût économique des troubles anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents au Canada dans une perspective sociétale, ainsi que d'estimer les économies potentielles résultant d'une augmentation des investissements dans leur santé mentale.

De nombreuses méthodes peuvent être utilisées pour estimer les coûts, ce qui explique les différences entre les coûts estimés rapportés dans la littérature. Pour ce modèle, nous avons mené une étude sur la charge de morbidité afin d'estimer, prudemment, le fardeau économique de l'anxiété et de la dépression diagnostiquées chez les enfants et les adolescents, ainsi que le fardeau économique à vie si la population actuelle d'enfants et d'adolescents au Canada souffrant d'anxiété et de dépression ne bénéficie pas d'un accès opportun au soutien et aux services de soins de santé mentale dont ils ont besoin.

Pour obtenir une estimation complète, nous avons modélisé et distingué trois types de coûts : les coûts des soins de santé, les coûts pour la collectivité et enfin les coûts de productivité (ou coûts indirects). Les coûts des soins de santé pour les enfants et les adolescents comprennent les coûts des visites aux services d'urgence, des séjours à l'hôpital, des consultations de médecins généralistes, de pédiatres, de psychiatres, des médicaments prescrits et des services de conseil. Pour les adultes, nous n'avons pas été en mesure de trouver une ventilation des coûts par prestataire et par lieu, alors nous avons utilisé des coûts groupés pour l'utilisation des soins de santé.

Pour les enfants et les jeunes, les coûts communautaires comprennent les coûts de l'aide à la famille, des services sociaux, du système de justice pénale et des compléments de santé mentale dans les écoles publiques. Pour les adultes, les coûts communautaires comprenaient l'utilisation des services de santé mentale dans le système judiciaire et les services communautaires.

Les coûts indirects sont des coûts absorbés par l'économie en raison de la perte de revenus résultant d'un trouble de la santé mentale. Pour les enfants et les jeunes, cette catégorie englobe le coût des soins prodigués par les parents. Pour les adultes, les coûts indirects étaient plus élevés en raison de leur contribution à l'économie par l'entremise du travail et, en utilisant une approche fondée sur le capital humain, ils incluaient les coûts liés à l'absentéisme et au présentéisme.

Outre les coûts, pour chaque mesure, nous avons également inclus dans le modèle la proportion associée de personnes souffrant de dépression ou d'anxiété qui contribuent à cette dépense. Par exemple, le coût de l'utilisation des services de santé chez les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux s'élevait à 8 559 \$. Étant donné que 59 % des enfants et des adolescents atteints de troubles utilisent les services de santé généraux, nous estimons que le coût des soins de santé généraux pour les enfants et les adolescents diagnostiqués s'élèverait à 1 469 266 323 \$.

Une recherche documentaire et un examen des bases de données économiques et de santé (Pubmed, EconLit), de la littérature grise (Google) et des sites Web gouvernementaux (par exemple, Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada) ont été effectués afin de déterminer les valeurs pour le modèle économique. Les données canadiennes sur la prévalence, la structure de la population, l'utilisation des services sociaux et de santé, la productivité et les coûts ont été extraites de sources pertinentes. Si les données canadiennes n'étaient pas disponibles, la littérature internationale a été examinée. Les données sélectionnées et introduites dans le modèle final, ainsi que leurs sources, figurent à l'annexe B. Les estimations ont été ajustées en fonction de l'inflation et du temps à l'aide de l'indice des prix à la consommation de 2022.

Le modèle a fourni plusieurs estimations, qui s'expliquent par les suppositions et les contraintes du modèle. Tout d'abord, nous avons estimé le coût économique de l'anxiété et de la dépression diagnostiquées pendant l'enfance et l'adolescence, en supposant un taux de prévalence moyen de 3,5 % pour les troubles de l'anxiété et de l'humeur (y compris la dépression). Sachant que ce taux de prévalence n'est pas exact puisqu'il date de 2019, année du dernier sondage canadien sur la santé des enfants et des jeunes (la collecte de données pour le sondage de 2023 est en cours), nous avons estimé la prévalence récente à 9 % en utilisant le risque de 2,54 pour la dépression rapporté suite à la COVID-19. Puis, nous avons estimé les coûts pour ce taux de prévalence supérieur. Ensuite, nous avons estimé les coûts sur la durée de vie en supposant que les troubles de la santé mentale persistent à l'âge adulte après qu'environ 80 % de la population n'a pas reçu de traitement approprié. (Voir la pièce 1.)

Pièce 1

	Enfance et adolescence		Âge adulte
Coûts des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisations Utilisation des services d'urgence Visites de prestataires de soins de santé 	Direct, soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisations Utilisation des services d'urgence Visites de prestataires de soins de santé
Coûts publics ou privés	<ul style="list-style-type: none"> Traitement (médicaments sur ordonnance et thérapie) 	Coûts publics ou privés	<ul style="list-style-type: none"> Traitement (médicaments sur ordonnance et thérapie)
Coûts pour la communauté	<ul style="list-style-type: none"> Services sociaux et communautaires Système judiciaire Services de santé mentale dans le système éducatif 	Coûts pour la communauté	<ul style="list-style-type: none"> Services sociaux et communautaires Système judiciaire
Coûts indirects	<ul style="list-style-type: none"> Aidants 	Coûts indirects	<ul style="list-style-type: none"> Absentéisme et présentéisme Aide au revenu

Source : Le Conference Board du Canada

Annexe B

Entrées du modèle

Tableau 1

Entrées du modèle

Entrée du modèle	Valeur en 2022 (\$CA; pourcentage de la population)	Source
Niveau épidémiologique et population		
Population d'enfants et de jeunes	6 314 449	Statistique Canada, Tableau 17-10-0005-01
Trouble de l'humeur diagnostiqué	2,1 %	Statistique Canada, 2020
Trouble anxieux diagnostiqué	5 %	Ibid.
Risque relatif de dépression après la COVID par rapport à avant la COVID	2,54 %	Wang et autres, 2022
Taux de traitement	20 %	Commission de la santé mentale du Canada, 2017
Coûts économiques - enfants et adolescents		
Soins de la santé	10 436 \$	Jacobs et Lesage, 2018
Médicaments sur ordonnance	250 \$	Alberta College of Family Physicians, 2016
Services de conseil	1 127 \$	Lamsal et autres, 2018
Soutien aux familles d'enfants en situation de handicap	14 638 \$	Jacobs et Lesage, 2018
Services sociaux	34 908 \$	Ibid.
Services médico-légaux hospitaliers	59 132 \$	Ibid.
Communauté de la justice pénale	93 321 \$	Ibid.
Mesures judiciaires - Services de santé de l'Alberta (données policières non disponibles)	8 263 \$	Ibid.
Compléments de santé mentale dans les écoles publiques	9 464 \$	Ibid.
Coût des soins	847 \$	Dass et Laporte, 2018
Proportion d'enfants et de jeunes		
Avec des troubles qui utilisent les services de santé généraux	0,59 %	Georgiades et autres, 2019
Avec des troubles qui font appel à des services de santé mentale	0,45 %	Ibid.
Avec des troubles qui prennent des médicaments sur ordonnance	0,5 %	Servais et autres, 2021
Qui accèdent à des services de conseil	0,1 %	Zablotsky et Terlizzi, 2020
Qui reçoivent un soutien familial	0,003 %	Jacobs et Lesage, 2019
Qui utilisent les services sociaux	0,001 %	Ibid.
Qui utilisent les services médico-légaux	0,0002 %	Ibid.

(à suivre)

Tableau 1 (suite)
Entrées du modèle

Entrée du modèle	Valeur en 2022 (\$CA; pourcentage de la population)	Source
Qui utilisent le système pénal	0,001 %	Ibid.
Qui ont recours à des mesures judiciaires alternatives	0,0001 %	Ibid.
Qui utilisent les services de santé mentale de l'école	0,02 %	Ibid.
Qui ont des frais liés à la prestation de soins	0,25 %	Children's Mental Health Ontario, 2017
Coûts économiques – adultes		
Soins de la santé	10 889 \$	Tanner et autres, 2020
Coût des ordonnances	1 820 \$	Ibid.
Services de conseil	1 127 \$	Lamsal et autres, 2018
Services de santé mentale dans le système judiciaire	2 847 \$	Jacobs et autres, 2016
Services sociaux et communautaires	7 047 \$	Commission de la santé mentale du Canada, 2017
Perte de productivité chez les personnes travaillant à temps plein	62 508 \$	Sutherland et Stonebridge, 2016
Perte de productivité chez les personnes travaillant à temps partiel	41 372 \$	Ibid.
Aide au revenu	5 227,03 \$	Jacobs et autres, 2016
Proportion d'adultes		
Probabilité de recourir aux hôpitaux	0,68 %	Lazare et autres, 2022
Probabilité de voir des prestataires	0,87 %	Ibid.
Probabilité de prendre des ordonnances	0,48 %	O'Donnell et autres, 2017
Probabilité de recourir aux services de conseil	0,069 %	Ibid.
Probabilité de recourir au système judiciaire	0,0007 %	Statistique Canada, Tableau 35-10-0154-01
Probabilité de travailler à temps plein avec un fonctionnement réduit	0,52 %	Sutherland et Stonebridge, 2016
Probabilité de travailler à temps partiel avec un fonctionnement réduit	0,26 %	Ibid.
Proportion de personnes déclarant une incapacité liée à la santé mentale	0,087 %	Statistique Canada, 2022

Source : Le Conference Board du Canada

Annexe C

Prévalence groupée des troubles mentaux de l'enfance

Tableau 2

Prévalence groupée des troubles mentaux de l'enfance

Trouble	Âge (années)	Nombre d'études	Grandeur de l'échantillon	Prévalence (%) (IC 95 %)
Tout trouble anxieux	4-18	12	53 663	5,2 (3,2 à 8,2)
Phobie spécifique	4-18	7	37 170	3,4 (1,9 à 5,9)
Trouble d'anxiété de séparation	4-18	10	46 935	1,6 (1,0 à 2,6)
Trouble d'anxiété sociale	4-18	10	46 935	1,2 (0,6 à 2,3)
Trouble anxieux généralisé	4-18	11	49 977	0,9 (0,4 à 1,7)
Trouble de panique	4-18	9	38 881	0,1 (0,1 à 0,3)
Agoraphobie	4-18	5	26 691	0,1 (0,04 à 0,4)
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	4-18	14	61 545	3,7 (2,3 à 5,7)
Trouble oppositionnel avec provocation	4-18	10	47 299	3,3 (2,4 à 4,6)
Tout trouble lié à l'utilisation d'une substance	12-18	4	15 788	2,3 (2,1 à 2,6)
Troubles liés à l'utilisation de l'alcool	12-18	3	9 114	1,2 (1,0 à 1,4)
Troubles liés à l'usage du cannabis	12-18	2	2 631	0,6 (0,4 à 1,0)
Tout trouble dépressif	4-18	7	31 737	1,8 (0,8 à 3,8)
Trouble dépressif majeur	4-18	11	45 696	1,3 (0,6 à 2,9)
Dysthymie	4-18	4	8 142	0,2 (0,1 à 0,7)
Troubles du comportement	4-18	13	59 960	1,3 (0,8 à 2,3)
Troubles du spectre de l'autisme	4-18	4	21 629	0,4 (0,2 à 0,8)
Troubles obsessionnels compulsifs	4-18	7	33 769	0,3 (0,1 à 0,6)
Trouble bipolaire	12-18	2	8 128	0,3 (0,1 à 1,1)
Troubles alimentaires	12-18	5	21 194	0,2 (0,1 à 0,5)
Trouble de stress post-traumatique	4-18	8	35 839	0,1 (0,04 à 0,4)
Schizophrénie	12-18	2	5 500	0,1 (0,1 à 0,3)
Tout trouble	4-18	14	61 545	12,7 (10,1 à 15,9)

Notes :

Âge - L'âge le plus précoce dans les fourchettes fournies reflète le moment où les troubles apparaissent généralement. (Kessler et autres, « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders ».)

Tout trouble anxieux - Pour tout trouble anxieux, six études ont inclus le stress post-traumatique ou les troubles obsessionnels compulsifs.

Tout trouble lié à l'utilisation d'une substance - Pour tout trouble lié à l'utilisation d'une substance, deux études incluaient l'alcool, le cannabis, la nicotine et d'autres substances; une étude incluait l'alcool et les drogues; une étude ne le spécifiait pas.

Tout trouble dépressif - Pour tout trouble dépressif, quatre études incluaient le trouble dépressif majeur (TDM) et la dysthymie; une incluait le TDM et la dépression non spécifiée; une incluait le TDM, la dysthymie et le trouble bipolaire; et une étude ne le spécifiait pas.

Tous les troubles - L'estimation globale pour les enfants souffrant de tous les troubles est inférieure à la somme des estimations pour les troubles spécifiques, parce que 26,5 % des enfants souffraient de deux troubles ou plus simultanément.

Source : Recréé à partir de Barican et autres, « Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries ».

Annexe D

Bibliographie

Alberta College of Family Physicians. *Price Comparison of Commonly Prescribed Pharmaceuticals in Alberta 2016*. Edmonton : Alberta College of Family Physicians, 2026. Consulté le 6 septembre 2023. <https://www.acfp.ca/wp-content/uploads/2016/03/ACFPricingDoc2016.pdf>.

Bachmann, Silke. « Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, no 7 (6 juillet 2018) : 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>.

Barican, Jenny Lou, Donna Yung, Christine Schwartz, Yufei Zheng, Katholiki Georgiades et Charlotte Waddell. « Prevalence of Childhood Mental Disorders in High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis to Inform Policymaking ». *Evidence-Based Mental Health* 25, no 1 (février 2022) : 36–44.

Bartram, M. « Income-Based Inequities in Access to Mental Health Services in Canada ». *Canadian Journal of Public Health* 110, no 4 (août 2019) : 395–403. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00204-5>.

Brooks, Rob, Charlotte Lambert, Laura Coulthard, Lindsay Pennington et Niina Kolehmainen. « Social Participation to Support Good Mental Health in Neurodisability ». *Child Care, Health and Development* 47, no 5 (septembre 2021) : 675–84. <https://doi.org/10.1111/cch.12876>.

Académie canadienne des sciences de la santé. *Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : Pistes d'action futures*. Ottawa : ACSM, mars 2023. Consulté le 25 novembre 2023. [CAHS-Health-Workforce-Pathways-Forward-FR_Final_Apr-4.pdf](https://cahs-acss.ca/CAHS-Health-Workforce-Pathways-Forward-FR_Final_Apr-4.pdf) (cahs-acss.ca).

Institut canadien d'information sur la santé. *Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada*. Ottawa : ICIS, juillet 2019. Consulté le 27 novembre 2023. <https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada>.

Association canadienne pour la santé mentale. *Plus de la moitié des Canadiens considèrent l'anxiété et la dépression comme une « épidémie » : Mettre fin à la disparité en santé au Canada*. Toronto : ACSM, septembre 2018. Consulté le 23 novembre 2023. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>.

–. *À bout de bras : comment les organisations communautaires de santé mentale ont fait face à la pandémie*. Toronto : ACSM, mars 2022. Consulté le 23 novembre 2023. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2022/02/COVID-19-Recovery-Full-Paper-Layout-FR-Final.pdf>.

–. « Justice and Mental Health ». Consulté le 18 juillet 2023. <https://ontario.cmha.ca/provincial-policy/criminal-justice/>.

–. « Transitioning From Youth to Adult Mental Health Services ». Consulté le 2 novembre 2023. <https://ontario.cmha.ca/documents/transitioning-from-youth-to-adult-mental-health-services/>.

Société canadienne de psychologie. *Employés, employeurs et données probantes... Arguments en faveur de l'élargissement de la couverture des services psychologiques au Canada*. Ottawa : SCP, mai 2023. Consulté le 10 novembre 2023. <https://cpa.ca/docs/File/Advocacy/Employees%20Employers%20and%20the%20Evidence%202023%20FR%20Final.pdf>.

–. « Spotlight: Consultations prébudgétaires du gouvernement fédéral de 2024 ». Consulté le 18 juillet 2023. <https://cpa.ca/fr/federal-government-2024-pre-budget-consultations-august-2023/>.

Les enfants d'abord Canada. « Pédiatrie : Le retour social sur investissement dans l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents ». Consulté le 25 novembre 2023. <https://childrenfirstcanada.org/fr/reports/pediatric/>.

Santé des enfants Canada. *Une série de consultations sur la santé mentale des enfants et des jeunes*. Ottawa : Santé des enfants Canada, 17 juin 2022. Consulté le 23 novembre 2023. [https://www.childrenshhealthcarecanada.ca/en/Pop-Up-Events/CYMH-Leadership-Summit-Series-2022/JUNE-Consultation-Event-Summary-Report-CYMH-Leadership-Summit-\(1\).pdf](https://www.childrenshhealthcarecanada.ca/en/Pop-Up-Events/CYMH-Leadership-Summit-Series-2022/JUNE-Consultation-Event-Summary-Report-CYMH-Leadership-Summit-(1).pdf).

Children's Mental Health Ontario. « Kids Can't Wait ». 2027. Consulté le 18 juillet 2023. <https://www.family.cmho.org/kidscantwait/>.

Conference Board du Canada, Le. *Future-Proofing Investments in Workplace Mental Health*. Ottawa : Le Conference Board du Canada, 10 novembre 2022. Consulté le 25 novembre 2023. https://www.conferenceboard.ca/wp-content/uploads/2022/10/11866_impact-paper_future-proofing_2022_en.pdf.

Copeland, William E., Lilly Shanahan et E. Jane Costello. « Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorders ». *Archives of General Psychiatry* 66, no 7 (2009) 764–72. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>.

Cotter, Adam. « Expériences de discrimination chez les Noirs et les Autochtones au Canada, 2019. » Centre canadien de la statistique juridique et de la sécurité des collectivités, Statistique Canada, 16 février 2022. Consulté le 23 novembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00002-fra.htm>.

Czeisler, Mark E., Rashon I. Lane, Emiko Petrosky, Joshua F. Wiley, Aleta Christensen, Rashid Njai, Matthew D. Weaver, Rebecca Robbins, Elise R. Facer-Childs, Laura Barger et autres. « Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic—United States, June 24–30, 2020 ». *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69, no 32 (14 août 2020) : 1049–57. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>.

Dass, Adrian et Audrey Laporte. *The Productivity Costs of Parents in Ontario With Children Who Experience Issues Related to Anxiety*. Edmonton : Centre canadien en économie de la santé, 26 novembre 2018. Consulté le 6 septembre 2023. https://cmho.org/wp-content/uploads/Child-Mental-Health-Report-Nov-26-2018_FINAL.pdf.

Ministère de la justice Canada. *Le point de vue des jeunes sur la collaboration pour soutenir les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie dans le système de justice pénale*. Recherche en un coup d'œil, Ottawa : Ministère de la justice Canada, 2019. Consulté le 25 novembre 2023. https://publications.gc.ca/collections/collection_2021/jus/J23-11-4-2019-fra.pdf.

Déry, Julien, Angel Ruiz, François Routhier, Valérie Bélanger, André Côté, Daoud Ait-Kadi, Marie-Pierre Gagnon, Simon Deslauriers, Ana Tereza Lopez Pecora, Eduardo Redondo et autres. « A Systematic Review of Patient Prioritization Tools in Non-Emergency Health Services ». *Systematic Reviews* 9, no 1 (6 octobre 2020) : 227. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01482-8>.

Espinete, Stacey D., Gemma Graziosi, Maggie E. Toplak, Jacqueline Hesson et Priyanka Minhas. « A Review of Canadian Diagnosed ADHD Prevalence and Incidence Estimates Published in the Past Decade ». *Brain Sciences* 12, no 8 (8 août 2022) : 1051. <https://doi.org/10.3390/brainsci12081051>.

Friedli, Lynne et Michael Parsonage. *Mental Health Promotion: Building an Economic Case*. Belfast : Northern Ireland Association for Mental Health, 2007.

Fusar-Puli, Paolo. « Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence ». *Frontiers in Psychiatry* 10 (7 juin 2019) : 355. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>.

Gajaria., Jaswant Guzder et Raj Rasasingham. « What's Race Got to Do With It? A Proposed Framework to Address Racism's Impacts on Child and Adolescent Mental Health in Canada ». *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, no 2 (1er mai 2021) : 131–37.

Georgiades, Katholiki, Laura Duncan, Li Wang, Jinette Comeau et Michael Boyle. « Six-Month Prevalence of Mental Disorders and Service Contacts Among Children and Youth in Evidence From the 2014 Ontario Child Health Study ». *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64, no 4 (avril 2019) : 246–55. Consulté le 26 novembre 2023. <https://doi.org/10.1177/0706743719830024>.

Gouvernement du Canada. Système canadien de surveillance des maladies chroniques. Dernière modification le 28 août 2023. <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/Index>. Consulté le 28 novembre 2023.

Hankerson, Sidney H., Nathalie Moise, Diane Wilson, Bernadine Y. Waller, Kimberly T. Arnold, Cristiane Duarte, Claudia Lugo-Candelas, Myrna M. Weissman, Milton Wainberg, Rachel Yehuda et autres. « The Intergenerational Impact of Structural Racism and Cumulative Trauma on Depression ». *American Journal of Psychiatry* 179, no 6 (juin 2022) : 434–40. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21101000>.

Jacobs, Philip et Alain Lesage. « The Public Cost of Mental Health- and Addiction-Related Services for Youth (Ages 12–17) in Alberta ». *The Canadian Journal of Psychiatry* 64, no 5 (29 août 2018) : 323–28. <https://doi.org/10.1177/0706743718795676>.

Jacobs, Philip, Carolyn Dewa, Alain Lesage, Helen-Maria Vasiliadis, Carissa Escobar-Doran, Gillian Mulvale et Rita Yim. *Services in Canada. A Report to the Mental Health Commission of Canada*. Edmonton : Institute of Health Economics, 2010.

Jacobs, Philip, Jessica Moffatt, Carolyn Dewa, Thanh Nguyen, Tina Zhang et Alain Lesage. « Mental Health Services Costs Within the Alberta Criminal Justice System ». *International Journal of Law and Psychiatry* 102, no 8 (juillet 2016) : 102–08. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.04.008>.

Jaffray, Brianna. « Experiences of Violent Victimization and Unwanted Sexual Behaviours Among Gay, Lesbian, Bisexual and Other Sexual Minority People, and the Transgender Population, in Canada, 2018 ». Centre canadien de la statistique juridique et de la sécurité des collectivités, 9 septembre 2020. Consulté le 23 novembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00009-fra.htm>.

Jo, Changik. « Cost-of-Illness Studies: Concepts, Scopes, and Methods ». *Clinical and Molecular Hepatology* 20, no 4 (décembre 2014) : 327–37. <https://doi.org/10.3350/cmh.2014.20.4.327>.

Kalin, N. H. « Anxiety, Depression, and Suicide in Youth ». *American Journal of Psychiatry* 178, no 4 (1er avril 2021) : 275–79. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.21020186>.

Kessler R. C., M. Angermeyer, J. C. Anthony, R. DE Graaf, K. Demyttenaere, I. Gasquet, G. DE Girolamo, S. Gluzman, O. Gureje, J. M. Haro et autres. « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative ». *World Psychiatry* 6, no 3 (octobre 2007) : 168–76. Consulté le 23 novembre 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>.

Kessler, Ronald C., G. Paul Amminger, Sergio Aguilar-Gaxiola, Jordi Alonso, Sing Lee et T. Bedirhan Ustün. « Age of Onset of Mental Disorders: A Review of Recent Literature ». *Current Opinion in Psychiatry* 20, no 4 (juillet 2007) : 359–64. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>.

Klaufus, Leonie, Eva Verlinden, Marcel van der Wal, Pim Cuijpers, Mai Chinapaw et Filip Smit. « Adolescent Anxiety and Depression: Burden of Disease Study in 53,894 Secondary School Pupils in the Netherlands ». *BMC Psychiatry* 22, no 225 (30 mars 2022) : 225. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03868-5>.

Krass, Polina, Evan Dalton, Stephanie K. Doupnik et Jeremy Esposito. « US Pediatric Emergency Department Visits for Mental Health Conditions During the COVID-19 Pandemic ». *JAMA Network Open* 4, no 4 (30 avril 2021) : e218533.

Lamsal, Ramesh, Carol A. Stalker, Cheryl-Anne Cait, Manuel Riemer et Susan Horton. « Cost-Effectiveness Analysis of Single-Session Walk-In Counselling ». *Journal of Mental Health* 27, no 6 (décembre 2018) : 560–66. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340619>.

Lazare, Kimberly, Sumeet Kalia, Babek Aliarzadeh, Steven Bernard, Rahim Moineddin, David Eisen, Michelle Greiver, David Kaplan, David Kocerginski, Maria Muraca et autres. « Health System Use Among Patients With Mental Health Conditions in a Community Based Sample in Toronto, Canada: A Retrospective Cohort Study ». *PLoS ONE* 17, no 5 (10 mai 2022) : e0266377. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266377>.

Lombardo, Patrick, Wayne Jones, Liangliang Wang, Xin Shen et Elliot M. Goldner. « The Fundamental Association Between Mental Health and Life Satisfaction ». *BMC Public Health* 18 (12 mars 2018) : 342. Consulté le 25 novembre 2023. <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5235-x>.

Marwaha, Steven et Sonia Johnson. « Schizophrenia and Employment: A Review ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (2004) : 337–49.

Mayo Clinic. « Mental Illness—Symptoms and Causes ». n.d. Consulté le 23 novembre 2023. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>.

Commission de la santé mentale du Canada. « Enfants et jeunes ». 2017. Consulté le 23 novembre 2023. <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/enfants-et-jeunes/>.

—. « Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques ». n.d. Consulté le 23 novembre 2023. <https://commissionsantementale.ca/resource/faire-valoir-les-arguments-en-faveur-des-investissements-dans-le-systeme-de-sante-mentale-du-canada-a-laide-de-considerations-economiques/>.

Moroz, Nicholas, Isabella Moroz et Monika Slovinec D'Angelo. « Mental Health Services in Canada: Barriers and Cost-Effective Solutions to Increase Access ». *Healthcare Management Forum* 33, no 6 (juillet 2020) 282–87. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>.

Murray, Jonah Kynan et Sarah Knudson. « Mental Health Treatment and Access for Emerging Adults in Canada: A Systematic Review ». *Frontiers in Public Health* 11 (10 juillet 2023) : 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1088999>.

National Institute of Mental Health. « Substance Use and Co-Occurring Mental Disorders ». n.d. Consulté le 19 juillet 2023. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health>.

O'Donnell, Siobhan, Maria Syoufi, Wayne Jones, Kathryn Bennett et Louise Pelletier. « Use of Medication and Psychological Counselling Among Canadians With Mood and/or Anxiety Disorders ». *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice* 37, no 5 (mai 2017) : 160–71. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.04>.

NosSoins. Explorateur de données d'enquête. n.d. Consulté le 23 novembre 2023. <https://data.ourcare.ca/all-questions>.

Pilling, Stephen, Peter Fonagy, Elizabeth Allison, Phoebe Barnett, Chloe Campbell, Matthew Constantinou, Tessa Gardner, Nicolas Lorenzini, Hannah Matthews, Alana Ryan et autres. « Long-Term Outcomes of Psychological Interventions on Children and Young People's Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *PLoS One* 15, no 11 (16 novembre 2020) : e0236525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236525>.

Agence de la santé publique du Canada. « La santé mentale et l'utilisation problématique des médias sociaux chez les adolescents canadiens ». 4 janvier 2022. Consulté le 23 novembre 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/sante-mentale-utilisation-medias-sociaux-canadiens-adolescents.html>.

Racine, Nicole, Brae Anne McArthur, Jessica E. Cooke, Rachel Eirich, Jenney Zhu et Sheri Madigan. « Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-Analysis ». *JAMA Pediatrics* 175, no 11 (1er novembre 2021) : 1142–50. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>.

Rode, Joseph, Marne L. Arthaud-Day, Christine H. Mooney, Janet P. Near, Timothy T. Baldwin, William H. Bommer et Robert S. Rubin. « Life Satisfaction and Student Performance ». *Academy of Management Learning & Education* 4, no 4 (décembre 2005) : 421–33. Consulté le 23 novembre 2023. <http://www.jstor.org/stable/40214344>.

Ross, Stephen et Eric Peselow. « Co-Occurring Psychotic and Addictive Disorders: Neurobiology and Diagnosis ». *Clinical Neuropharmacology* 35, no 5 (septembre 2012) : 235–43. <https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e318261e193>.

Sabad, Allison, Sara Grimwood, Andrea Foebel et Mélanie Josée Davidson. « Filling Data Gaps in Access to Mental Health and Substance Use Services ». *Healthcare Quarterly* 26, no 1 (avril 2023) : 10–13. <https://doi.org/10.12927/hcq.2023.27058>.

Scaramuzza, Andrea, Francesco Tagliaferri, Lorenza Bonetti, Martina Soliani, Francesco Morotti, Simonetta Bellone, Claudio Cavalli et Ivana Rabbone. « Changing Admission Patterns in Paediatric Emergency Departments During the COVID-19 Pandemic ». *Archives of Disease in Childhood* 105, no 7 (1er juillet 2020) : 704–06. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319397>.

Schwartz, C., D. Yung, J. Barican et C. Waddell. *Preventing and Treating Childhood Mental Disorders: Effective Interventions*. Vancouver : Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, octobre 2020. Consulté le 23 novembre 2023. <https://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2022/02/CHPC-Effective-Interventions-Report-2022.02.15-REV.pdf>.

Schwartz, C., J. Barican, D. Yung et C. Waddell. *COVID-19 and Children's Mental Health: Implications for Pandemic Recovery*. Vancouver : Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, avril 2023. Consulté le 23 novembre 2023. <https://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2023/04/SFU-CHPC-RCY-Report-on-COVID-and-childrens-mental-health-2023.04.26-hotlinked.pdf>.

Servais, Jennifer, Pamela Ramage-Morin, Julia Gal et Craig Hales. « Prescription Medication Use Among Canadian Children and Youth, 2012 to 2017 ». *Health Reports* (17 mars 2021). <https://doi.org/10.25318/82-003-x202100300001-eng>.

Smetanin, Paul, David Stiff, Carla Briante, Carol Adair, Sheeba Ahmad et Minhal Khan. *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada*. Toronto : RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada, 15 mars 2011. Consulté le 23 novembre 2023. https://www.researchgate.net/profile/Paul-Smetanin/publication/259911124_The_Life_and_Economic_Impact_of_Major_Mental_Illnesses_in_Canada_Report_commissioned_by_the_Mental_Health_Commission_of_Canada_2011/links/02e7e52e7f0f55e97c000000/The-Life-and-Economic-Impact-of-Major-Mental-Illnesses-in-Canada-Report-commissioned-by-the-Mental-Health-Commission-of-Canada-2011.pdf.

Spady, D. W., D. P. Schopflocher, L. W. Svenson et A. H. Thompson. « Prevalence of Mental Disorders in Children Living in Alberta, Canada, as Determined From Physician Billing Data ». *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 155, no 10 (2001) : 1153–59. <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.10.1153>.

Statistique Canada. « L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé ». Dernière modification le 14 août 2018. Consulté le 25 novembre 2023. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency_229055456/health-agreements/principes-priorites-partagees-sante.pdf.

–. « Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019 ». 23 juillet 2020. Consulté le 24 novembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200723/dq200723a-fra.htm>.

–. « Portrait des jeunes au Canada : Rapport statistique – Chapitre 1 : La santé des jeunes au Canada ». 1er février 2021. Consulté le 23 novembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/42-28-0001/2021001/article/00001-fra.htm>.

–. « Augmentation de l'incapacité liée à la santé mentale chez les travailleurs canadiens pendant la pandémie, 2021 ». 4 mars 2022. Consulté le 6 septembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220304/dq220304b-fra.htm>.

–. Tableau 13-10-0096-16. A un fournisseur habituel de soins de santé, par groupe d'âge. 6 novembre 2023. <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>.

–. Tableau 17-10-0005-01. Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe. Consulté le 6 septembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>.

–. Tableau 35-10-0154-01. Comptes moyens des adultes dans les programmes correctionnels provinciaux et territoriaux. 23 février 2023. Consulté le 23 novembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510015401>.

Sutherland, Greg et Carole Stonebridge. *Healthy Brains at Work: Estimating the Impact of Workplace Mental Health Benefits and Programs*. Ottawa : Le Conference Board du Canada, 2016.

Tanner, Julie-Anne, Jennifer Hensel, Paige Davies, Lisa C. Brown, Bryan Dechairo et Benoit Mulsant. « Economic Burden of Depression and Associated Resource Use in Manitoba, Canada ». *The Canadian Journal of Psychiatry* 65, no 5 (mai 2020). <https://doi.org/10.1177/0706743719895342>.

Theberath, Monique, David Bauer, Weizhi Chen, Manisha Salinas, Arya B. Mohabbat, Juan Yang, Tony Y. Chon, Brent A. Bauer et Dietlind L. Wahner-Roedler. « Effects of COVID-19 Pandemic on Mental Health of Children and Adolescents: A Systematic Review of Survey Studies ». *SAGE Open Medicine* (30 mars 2022) : 10. <https://doi.org/10.1177/20503121221086712>.

Thibault, Tabatha et Liz Marcil. *Benefits Benchmarking 2023: Supporting Employee Mental Health and Wellness*. Ottawa : Le Conference Board du Canada, 2023.

Tombeau Cost, Katherine, Jennifer Crosbie, Evdokia Anagnostou, Catherine S. Birken, Alice Charach, Suneeta Monga, Elizabeth Kelley, Rob Nicholson, Jonathon L. Maguire, Christie L. Burton et autres. « Mostly Worse, Occasionally Better: Impact of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Canadian Children and Adolescents ». *European Child and Adolescent Psychiatry* 31, no 4 (1er avril 2022) : 671–84. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01744-3>.

Vergunst, Francis, Melissa Commisso, Marie-Claude Geoffroy, Caroline Temcheff, Martine Poirier, Jungwee Park, Frank Vitaro, Richard Tremblay, Sylvana Côté et Massimiliano Orri. « Association of Childhood Externalizing, Internalizing, and Comorbid Symptoms With Long-Term Economic and Social Outcomes ». *JAMA Network Open* 6, no 1 (3 janvier 2023) : e2249568. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.49568>.

Waddell, Charlotte, Kimberley McEwen, Cody Shephard, David Offord et Josephine Hua. « A Public Health Strategy to Improve the Mental Health of Canadian Children ». *The Canadian Journal of Psychiatry* 50, no 4 (mars 2005) 226–33. <https://doi.org/10.1177/070674370505000406>.

Waddell, Charlotte, Nicole Catherine, Emanuel Krebs, Bohdan Nosyk, Ange Cullen, Katie Hjertaas, Rosemary Lever, Dan MacKenzie, Donna Yung, Jen Barican et autres. *Public Data Sources for Monitoring Children's Mental Health: What We Have and What We Still Need in British Columbia*. Vancouver : Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, décembre 2020. Consulté le 23 novembre 2023. <https://childhealthpolicy.ca/wp-content/uploads/2020/12/Waddell-Datasets-2020.12.08.pdf>.

Wang, Sifan, Lin Chen, Hailiang Ran, Yusan Che, Die Fang, Hao Sun, Junwei Peng, Xuemeng Liang et Yuanyuan Xiao. « Depression and Anxiety Among Children and Adolescents Pre and Post COVID-19: A Comparative Meta-Analysis ». *Frontiers in Psychiatry* 13 (3 août 2022). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.917552>.

Organisation mondiale de la santé. « World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All ». Genève : OMS, 2022. ISBN : 9789240049338.

–. « CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. 06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux. » Consulté le 4 décembre 2023. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#http://id.who.int/icd/entity/334423054>.

Zablotsky, Benjamin et Emily Terlizzi. « Mental Health Treatment Among Children Aged 5–17 Years: United States, 2019 ». *NCHS Data Brief* 381 (septembre 2020) : 1–8.

Remerciements

Cette série de recherches a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé des enfants Canada et aux contributions des organisations suivantes à Santé des enfants Canada :

- One Child Every Child, l'Alberta Children's Hospital Research Institute et l'Alberta Children's Hospital Foundation
- Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO)
- McMaster Children's Hospital Foundation

Les membres suivants de l'équipe de recherche sur la santé et l'économie du Conference Board du Canada ont contribué à ce travail : Dilys Leman, associée principale de recherche; Sophiya Garasia, économiste principale; Christopher Viel, associé de recherche; et Chad Leaver, directeur.

Nous souhaitons exprimer notre sincère gratitude aux membres du comité consultatif de la recherche qui ont soutenu et éclairé ce programme de recherche :

- Sharlynn Burke, Directrice exécutive provinciale, Santé mentale et toxicomanie de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte et Services médicaux spécialisés, BC Children's Hospital and Women's Health Center
- Michael Cole, Premier vice-président, Jeunesse, J'écoute
- Dr Richard Keijzer, Chef de la chirurgie, Winnipeg Children's Hospital
- Rachel Martens, Stratégies d'engagement de la recherche, Centre pour l'enfance CanChild
- Deborah Marshall, Professeure, École de médecine Cumming, Université de Calgary
- Tatum Wilson, PDG, Santé mentale pour enfants Ontario
- Jennifer Zwicker, Directrice de la politique de santé, École de politique publique, Université de Calgary

Nous exprimons notre gratitude aux personnes qui ont participé aux discussions de leadership et qui ont apporté de précieux commentaires :

- Susanne Benseler, Directrice, Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants de l'Alberta
- Christina Bartha, Directrice exécutive principale, Systèmes de santé mentale des étudiants, politique et stratégie, Université de Toronto
- Ann Harding, Directrice, Initiatives pour les enfants, les jeunes et les familles, Toxicomanie et santé mentale provinciales, Alberta Health Services
- Julia E. Hanigsberg, Présidente-directrice générale, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
- Roberto Sassi, Professeur associé, Faculté de psychiatrie, division de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Chef de la division de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de la Colombie-Britannique, et Chercheur et psychiatre en chef, BC Children's Hospital
- Sonja Sinclair, Directrice, Psychiatrie ambulatoire et programmes médicaux spécialisés, BC Children's Hospital
- Bruce Squires, Président, McMaster's Children's Hospital

Et à l'équipe de Santé des enfants Canada :

- Emily Gruenewoldt, Présidente et directrice générale
- Lisa Stromquist, Directrice associée, Stratégie et engagement
- Niya Chari, Conseillère principale, Recherche et politique
- Paula Robeson, Conseillère principale, Mobilisation des connaissances

Protéger les esprits pour un avenir plus sûr : L'accès en temps opportun aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents au Canada

Le Conference Board du Canada

Pour citer ce rapport : Conference Board du Canada, Le. *Protéger les esprits pour un avenir plus sûr : L'accès en temps opportun aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents au Canada*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2023.

©2023 Le Conference Board du Canada*

Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028 |

*Constitué sous la raison sociale d'AERIC Inc.

Ce document est disponible sur demande dans un format accessible aux personnes ayant une déficience visuelle.

Agent d'accessibilité, Le Conference Board du Canada

Tél. : 613-526-3280 ou 1-866-711-2262

Courriel : accessibility@conferenceboard.ca

®Le Conference Board du Canada est une marque déposée du Conference Board, Inc. Nos prévisions et travaux de recherche reposent souvent sur de nombreuses hypothèses et sources de données et présentent ainsi des risques et incertitudes. Ces renseignements ne doivent donc pas être perçus comme une source de conseils spécifiques en matière de placement, de comptabilité, de droit ou de fiscalité. Le Conference Board du Canada assume l'entière responsabilité des résultats et conclusions de cette recherche.



Des idées qui résonnent ...