



Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux

Rapport

Mai 2015

Types de soins



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Table des matières

Remerciements.....	4
Sommaire	5
Introduction	6
Vue d'ensemble	6
État de santé mentale des enfants et des jeunes	6
Prestation des services de santé mentale	7
Organisation des soins de santé mentale.....	8
Lacunes du système de prestation des soins de santé mentale	8
À propos du présent rapport.....	8
Principales constatations	9
Utilisation des services hospitaliers	9
Aperçu de l'utilisation des services hospitaliers, 2013-2014	9
Croissance de l'utilisation des services de santé mentale.....	10
Utilisation de médicaments psychotropes.....	19
L'utilisation de médicaments psychotropes était courante et a augmenté au fil du temps	19
Une augmentation de l'utilisation des médicaments les plus courants a été observée, uniquement chez les jeunes des régions urbaines et des banlieues	20
Analyse des constatations	23
Disparités liées à l'accès aux soins de santé mentale en milieu rural et urbain	24
Comprendre l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers.....	24
Les taux de pharmacothérapie témoigneraient-ils d'une utilisation excessive ou inappropriée des médicaments?.....	27
Conclusion : aller de l'avant.....	27
Annexe A : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), cycles 1, 4 et 8.....	29
Annexe B : Sources des données et définitions	31
Annexe C : Diagnostics inclus dans l'analyse des visites au service d'urgence et des hospitalisations.....	33
Références	34

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la production du présent rapport, qui n'aurait pu voir le jour sans l'aide et l'appui généreux des membres de notre groupe consultatif d'experts :

- Colin Dormuth, professeur adjoint, Département d'anesthésiologie, de pharmacologie et de thérapeutique, Université de la Colombie-Britannique
- Jen Dykxhoorn, analyste des politiques, Commission de la santé mentale du Canada
- Dean Elbe, enseignant clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique
- D^r Laurence Katz, professeur, Département de psychiatrie, Université du Manitoba
- D^r Stanley Kutcher, professeur, Département de psychiatrie, Université Dalhousie
- Walton Pang, directeur, Examens thérapeutiques et utilisation optimale, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Kim Moran, présidente et chef de la direction, Santé mentale pour enfants Ontario
- D^r Kathy Short, directrice, Équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles
- Michael Ungar, professeur, École de travail social; directeur scientifique, Centre de recherche sur la résilience, Université Dalhousie

Notez que les analyses et conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

Nous tenons à remercier le personnel de l'ICIS qui a participé à l'élaboration du projet, c'est-à-dire les membres de l'équipe principale du projet, l'équipe en santé mentale, les gestionnaires des relations avec les clients, l'équipe des BDCA et du SNIUMP — Michele Arthur, Jordan Hunt, Kathy Lee —, ainsi que le personnel des autres sections de l'ICIS. L'équipe principale était composée des personnes suivantes : Allie Chen, Clare Cheng, Dennis Christy, Alexey Dudevich, Josh Fagbemi, Nancy Gault, Jacqueline Gregory, Cheryl Gula, Maria Hewitt, Hong Ji, Derek Lefebvre, Michelle Martin-Rhee, Georgina MacDonald, Kathleen Morris, Bernie Paillé, Geoff Paltser, Michelle Parker, Jeremy Veillard et Brandon Wagar.

Sommaire

La santé mentale chez les enfants et les jeunes est une préoccupation importante, au Canada comme à l'étranger; selon l'Organisation mondiale de la santé, les troubles mentaux représentent 13 % du fardeau mondial de la maladie. On estime que 10 % à 20 % des enfants et jeunes canadiens sont susceptibles de développer un trouble mental. Les troubles mentaux qui apparaissent de façon précoce, s'ils ne sont pas dépistés, diagnostiqués et traités efficacement, peuvent entraîner d'importants résultats négatifs pour la santé et la vie sociale, y compris la mortalité prématurée.

La plupart des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes sont dispensés dans la collectivité. Toutefois, les services d'urgence des hôpitaux et de soins aux patients hospitalisés constituent souvent le premier point d'accès pour les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux importants. Les services d'urgence peuvent être utilisés lorsque des soins de santé mentale d'urgence sont nécessaires en raison d'un trouble mental, ou que surviennent d'autres problèmes d'ordre affectif, comportemental ou social. Une hospitalisation peut s'imposer selon la nature et la gravité du trouble mental, la disponibilité du soutien dans la collectivité et l'état de sécurité de l'enfant et de ses proches.

Le traitement des troubles mentaux chez les jeunes repose sur diverses interventions, dont la thérapie psychosociale et la médication. La pharmacothérapie seule n'est pas recommandée chez les jeunes; de plus, une thérapie psychosociale devrait idéalement la précéder ou l'accompagner. Deux questions ont soulevé des préoccupations, à savoir si l'utilisation des médicaments psychotropes est pertinente et si les jeunes bénéficient d'un suivi clinique suffisant.

La présente étude, fondée principalement sur des données administratives de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), traite des visites au service d'urgence et des hospitalisations en raison de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes, ainsi que de la prise de médicaments psychotropes chez les jeunes. Voici les principales constatations de l'étude :

1. Les taux de visite au service d'urgence et d'hospitalisation en raison de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes ont augmenté de 45 % et de 37 %, respectivement, entre 2006-2007 et 2013-2014.
2. La plus grande augmentation des taux d'utilisation des services hospitaliers a été observée chez les jeunes de 10 à 17 ans, chez ceux atteints de troubles anxieux et de l'humeur, et chez ceux vivant en région urbaine.
3. L'utilisation de médicaments psychotropes est courante — un jeune sur 12 a reçu un médicament pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur ou un antipsychotique en 2013-2014 — et a augmenté au fil du temps.
4. Chez les jeunes ayant utilisé des médicaments psychotropes, l'augmentation de l'utilisation concerne les jeunes vivant en région urbaine et en banlieue qui ont reçu les médicaments les plus souvent prescrits, soit les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et la quétiapine (antipsychotique).
5. Les doses de quétiapine prescrites aux jeunes sont presque toujours inférieures à celles recommandées par la Food and Drug Administration pour le traitement de la schizophrénie et des troubles bipolaires.

Les conclusions du présent rapport peuvent servir à mieux planifier les services et à évaluer la réussite d'interventions visant les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux.

Introduction

Vue d'ensemble

Les troubles mentaux se manifestent par une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement; ils sont associés à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués¹. Les troubles de l'humeur, notamment la dépression, les troubles bipolaires, les troubles anxieux et la schizophrénie, figurent parmi les troubles psychiatriques les plus graves qui touchent les adolescents et les jeunes adultes. D'autres problèmes de santé mentale sont toutefois présents chez les jeunes : les troubles liés à l'utilisation de substances ainsi que les troubles émotionnels et du comportement, comme le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et les troubles de l'alimentation.

On estime que 20 % des Canadiens seront atteints d'un trouble mental au cours de leur vie, et que la plupart verront le problème apparaître durant l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte²⁻⁵. L'apparition des troubles mentaux chez les enfants et les jeunes est liée à de mauvais résultats au chapitre de l'éducation et de l'emploi. Dans le cadre de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (2012), plus de la moitié (52 %) des répondants de 15 à 24 ans se sont dits désavantagés sur le plan du travail en raison d'une incapacité liée à leur santé mentale. La plupart de ces personnes (98 %) étaient inscrites aux études à temps plein ou à temps partielⁱ; bien que cela soit encourageant, le niveau de scolarité était relativement faible chez les répondants atteints de troubles mentaux : 26 % des répondants de 25 à 44 ans n'avaient pas terminé leurs études secondaires. D'autres recherches ont démontré que les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux sont plus susceptibles d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale⁶. De nombreuses études concluent que l'intervention précoce, à l'aide de soins de santé mentale appropriés fondés sur des données probantes offerts aux jeunes atteints de troubles mentaux, s'avère très bénéfique^{7, 8}.

État de santé mentale des enfants et des jeunes

La plupart des enfants et des jeunes canadiens se portent bien mentalement : chez les 12 à 19 ans, 3 Canadiens sur 4 se disent en très bonne ou en excellente santé mentale⁹. Cependant, une intervention peut s'avérer nécessaire pour une proportion restreinte mais significative d'enfants et de jeunes canadiens :

- 8 % des jeunes de 15 à 24 ans décrivent leur état de santé mentale comme passable ou mauvais¹⁰;
- 6 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente¹⁰.

i. L'annexe A contient davantage de précisions sur cette analyse; les résultats détaillés se trouvent dans les tableaux de données complémentaires du présent rapport, téléchargeables gratuitement.

En outre, selon des enquêtes scolaires provinciales,

- au moins 15 % des garçons et 22 % des filles en Ontario déclarent avoir été atteints d'au moins un trouble de santé mentale (dépression, trouble de l'humeur, crise de panique ou THADA)¹¹;
- 22 % des enfants d'âge scolaire en Ontario ont consulté un médecin au cours de l'année précédente en raison d'un problème émotionnel ou de santé mentale¹².

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de Statistique Canada fournit de l'information concernant les incidences que peuvent avoir les premières expériences de vie sur la santé mentale à l'âge adulte. Les données longitudinales ont été recueillies tous les 2 ans entre 1994 et 2008. Selon cette enquête, des facteurs ont été associés à de hauts taux de dépression autodéclarée entre 18 et 22 ans : la dépression et le faible revenu autodéclarés par les parents chez les 4 et 8 ans et les problèmes émotionnels chez les 10 à 14 ansⁱⁱ.

Prestation des services de santé mentale

La plupart des services de santé mentale sont offerts en milieu communautaire. Les spécialistes, y compris les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les conseillers, dispensent des soins dans les cliniques communautaires, en cabinet privé, dans les hôpitaux et dans les écoles. Les médecins de famille, les pédiatres et les infirmières qui pratiquent en milieu communautaire sont également d'importants dispensateurs de soins de santé mentale chez les jeunes. Dans certaines collectivités urbaines, des travailleurs de proximité dispensent des soins aux jeunes sans-abri dans les refuges ou dans la rue. De plus en plus, les services-conseils par téléphone et en ligne permettent aussi de rejoindre efficacement les jeunes¹³. Les résidents des régions rurales, bien que certains d'entre eux peuvent avoir accès à des services de télépsychiatrie, ont souvent un accès limité aux professionnels de la santé mentale. Les services d'urgence et les services offerts aux patients des hôpitaux généraux ou psychiatriques sont également des milieux importants en cas d'urgence en santé mentale ou lorsqu'un traitement intensif s'avère nécessaire.

Le traitement des troubles mentaux comprend habituellement une thérapie psychosociale ou la prescription de médicaments, ou une combinaison de ces 2 interventions. Les approches psychosociales sont des traitements de première intention essentiels chez les jeunes atteints de troubles mentaux. On recommande généralement d'y avoir recours avant ou, si la prise de médicaments est indiquée, pendant la pharmacothérapie. Chez les jeunes atteints de certains types de troubles mentaux (comme le trouble bipolaire, le trouble dépressif majeur ou la schizophrénie), la prescription de médicaments psychotropes accompagnée d'une thérapie psychosociale peut constituer une intervention de première intention¹⁴.

ii. L'annexe A contient davantage de précisions sur cette analyse; les résultats détaillés se trouvent dans les tableaux de données complémentaires du présent rapport, téléchargeables gratuitement.

Organisation des soins de santé mentale

Dans chaque province ou territoire, l'appui et la supervision des services de santé mentale offerts aux jeunes incombent souvent à de multiples organismes. Ainsi, la coordination insuffisante entre les ministères responsables des services de santé mentale risque de créer des lacunes et de compliquer le cheminement des patients et de leur famille dans le système de santé¹³. Il devient alors difficile de faire le suivi de l'incidence et de la durée des maladies, et de déterminer des modes de traitement et des approches alternatives efficaces. Ces problèmes d'organisation des soins sont communs à l'ensemble des provinces et des territoires¹⁵⁻¹⁷.

Lacunes du système de prestation des soins de santé mentale

Les services de santé mentale sont offerts par de nombreux types de dispensateurs et dans des milieux de soins variés. Or, le système de prestation des soins présente des lacunes bien connues au chapitre de

- la disponibilité des services;
- l'intégration des services;
- l'accès en temps opportun;
- la transition entre les services jeunesse et les services pour adultes.

Plusieurs organismes nationaux et provinciaux ont mis en lumière la lourde charge personnelle et sociétale associée aux troubles mentaux^{13, 17, 18}. Les coûts économiques des troubles mentaux au Canada ont été estimés à 50 milliards de dollars par année¹⁹. En 2006, un comité sénatorial permanent a réalisé la première étude nationale sur la santé mentale, la maladie mentale et les dépendances²⁰. Un an plus tard, pour faire suite aux principales recommandations du rapport, le comité a créé la Commission de la santé mentale du Canada, chargée d'exercer un rôle moteur, d'améliorer le système de santé mentale et de faire évoluer les attitudes et les comportements des Canadiens à l'égard de la santé mentale. Malgré les progrès importants réalisés en matière de santé mentale chez les enfants et les jeunes, les experts sont d'avis qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine^{13, 21}.

À propos du présent rapport

L'étude vise à examiner l'état actuel et les tendances récentes relatives à l'utilisation du système de santé et de la prescription de médicaments psychotropes chez les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux.

Le rapport porte principalement sur les hospitalisations, les visites au service d'urgence et la prescription de médicaments psychotropes, qui sont des milieux de soins et de traitements importants en santé mentale pour lesquels des données complètes sont disponibles. Les questions suivantes sont explorées :

- À quelle fréquence les enfants et les jeunes canadiens utilisent-ils les services hospitaliers en raison de troubles mentaux? Comment l'utilisation a-t-elle évolué durant la période de l'étude? Quels facteurs sont associés à l'utilisation des services hospitaliers chez ces enfants et ces jeunes?

- À quelle fréquence les jeunes se voient-ils prescrire des médicaments psychotropes? Cette situation a-t-elle changé au fil du temps? Quels facteurs sont associés à la prévalence et aux tendances relatives à la prise de médicaments psychotropes chez les jeunes?

L'annexe B présente des renseignements sur la méthodologie. La liste complète des troubles mentaux inclus dans le rapport se trouve à l'annexe C. Les médicaments dont fait état la présente analyse sont utilisés dans le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles psychotiques. Des notes techniques détaillées et la liste complète des médicaments sont accessibles sur le [site Web](#) de l'ICIS.

Principales constatations

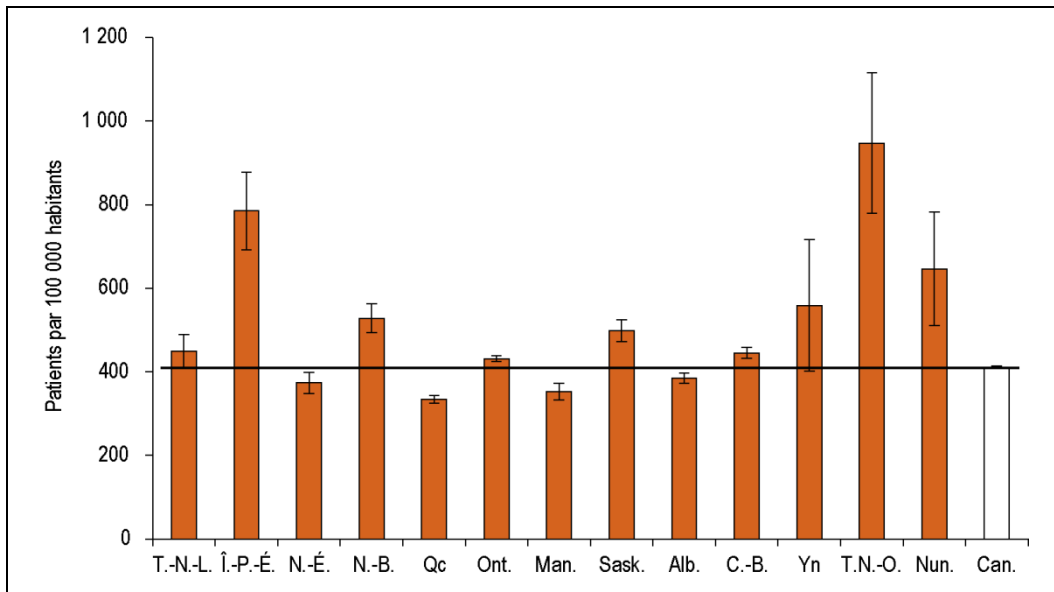
Utilisation des services hospitaliers

Aperçu de l'utilisation des services hospitaliers, 2013-2014

En 2013-2014, 5 % des visites au service d'urgence et 18 % des hospitalisations chez les enfants et les jeunes de 5 à 24 ans au Canada ont eu lieu en raison d'un trouble mental. Cela représente 1 371 visites au service d'urgence et 409 hospitalisations en raison de troubles mentaux par 100 000 enfants et jeunes canadiens. On a dénombré au total 609 034 jours-patients à l'hôpital en 2013-2014 chez les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux, ce qui représente près de la moitié (46 %) de tous les jours-patients pour ce groupe d'âge cette année-là. Le taux d'hospitalisation variait selon la province ou le territoire (figure 1). Cette variation pourrait s'expliquer en partie par des différences dans la prestation des soins de santé mentale, dans la gamme de services disponibles et dans les politiques mises en place pour répondre aux besoins particuliers de la province ou du territoire.

Les tableaux de données complémentaires du présent rapport, téléchargeables gratuitement, présentent une analyse plus détaillée comprenant la variation interrégionale et interprovinciale au fil du temps, le profil des patients et des exemples d'initiatives provinciales en santé mentale.

Figure 1 : Variation du taux d'hospitalisations chez les jeunes de 5 à 24 ans, par province ou territoire, 2013-2014, Canada



Remarque

Les diagnostics sont établis en fonction du problème principal (service d'urgence) ou du diagnostic principal (patients hospitalisés).

Sources

Base de données sur les congés des patients, Base de données sur la morbidité hospitalière et Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

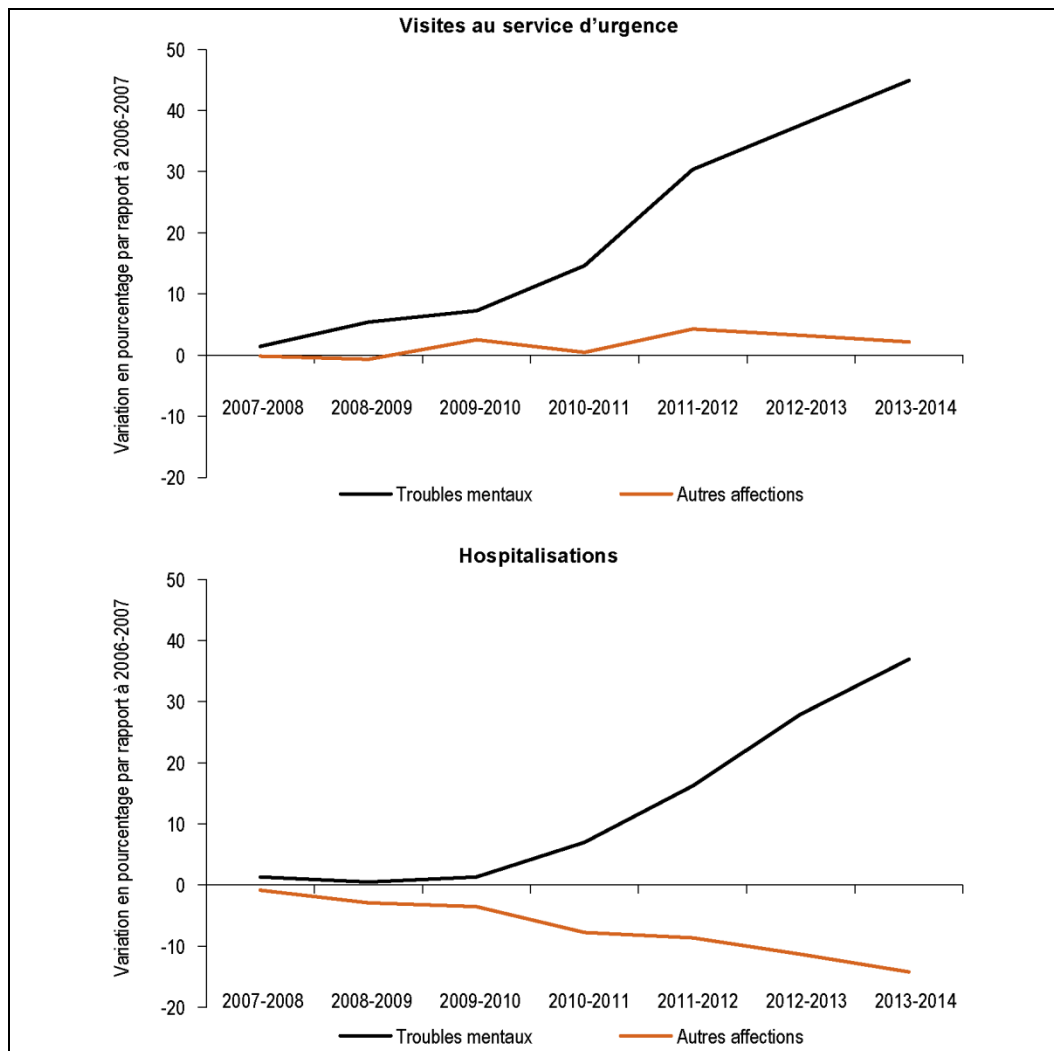
Estimations de la population : Statistique Canada — Division de la démographie.

Croissance de l'utilisation des services de santé mentale

Les taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations ont augmenté rapidement

Entre 2006-2007 et 2013-2014, chez les jeunes de 5 à 24 ans atteints de troubles mentaux, le taux de visites au service d'urgence a augmenté de 45 % et le taux d'hospitalisations, de 37 %. Durant cette période, le taux de visites au service d'urgence en raison d'autres affections est resté relativement stable dans ce groupe d'âge, tandis que le taux d'hospitalisations a diminué de 14 % (figure 2).

Figure 2 : Variation des taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations en raison de troubles mentaux, par 100 000 habitants, 2007-2008 à 2013-2014, patients de 5 à 24 ans, Canada



Remarques

Les visites au service d'urgence incluent uniquement l'Alberta et l'Ontario.

Les diagnostics sont établis en fonction du problème principal (service d'urgence) ou du diagnostic principal (patients hospitalisés).

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2013-2014, Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2013-2014, et Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, 2006-2007 à 2009-2010, Services de santé de l'Alberta.

Estimations de la population : Statistique Canada — Division de la démographie.

Les enfants et les jeunes qui utilisaient les services hospitaliers en raison de troubles mentaux étaient beaucoup plus susceptibles de connaître des visites à l'urgence ou des hospitalisations répétées que ceux qui les utilisaient pour d'autres raisons :

- 39 % des enfants et des jeunes qui se sont rendus à l'urgence en raison d'un trouble mental ont connu 3 visites au service d'urgence ou plus, contre 15 % des patients qui se sont rendus à l'urgence pour d'autres raisons;
- 11 % des enfants et des jeunes hospitalisés en raison d'un trouble mental l'ont été 3 fois ou plus, contre 4 % des enfants et des jeunes ayant séjourné à l'hôpital pour d'autres raisons.

Des études précédentes de l'ICIS portent à croire que l'occurrence de 3 hospitalisations ou plus en un an en raison de troubles mentaux pourrait provenir d'une difficulté à obtenir des soins appropriés dans la collectivité, et signaler des lacunes en matière de soins qu'il serait possible de combler dans la collectivité²². Les experts avancent que dans le contexte du traitement des enfants et des jeunes, les services les plus efficaces sont ceux dispensés à la maison et dans la collectivité²³. L'une des stratégies qui favorisent l'amélioration des résultats pour les patients consiste à renforcer la capacité des dispensateurs de soins de santé primaires, comme les médecins de famille, à reconnaître et à traiter les symptômes de troubles mentaux émergents^{21, 24}. Une autre stratégie consiste à renforcer les services offerts par les organismes communautaires de santé mentale pour enfants.

La possibilité de réduire l'utilisation des services hospitaliers en renforçant les services communautaires donnerait lieu à une importante diminution des coûts. En effet, selon les analyses effectuées au moyen de la méthodologie des groupes clients de l'ICIS, les visites au service d'urgence et les hospitalisations en raison de troubles mentaux peuvent coûter en moyenne 2 fois plus cher que celles liées à d'autres raisons.

Les services de counseling et de psychothérapie ont augmenté de 10 % depuis 2007

Bien que l'accès à de l'information complète sur les services communautaires de santé mentale soit limité, les données d'enquêtes, les données administratives et les données sur la facturation offrent des renseignements utiles. Selon les données sur la facturation des médecins de la Base de données nationale sur les médecins, les services de counseling et de psychothérapie dispensés par les médecins aux personnes de 5 à 24 ans ont augmenté de 10 % entre 2007 et 2012. Les données disponibles ne permettent pas de déterminer si les résultats pour le patient ont pour autant été améliorés.

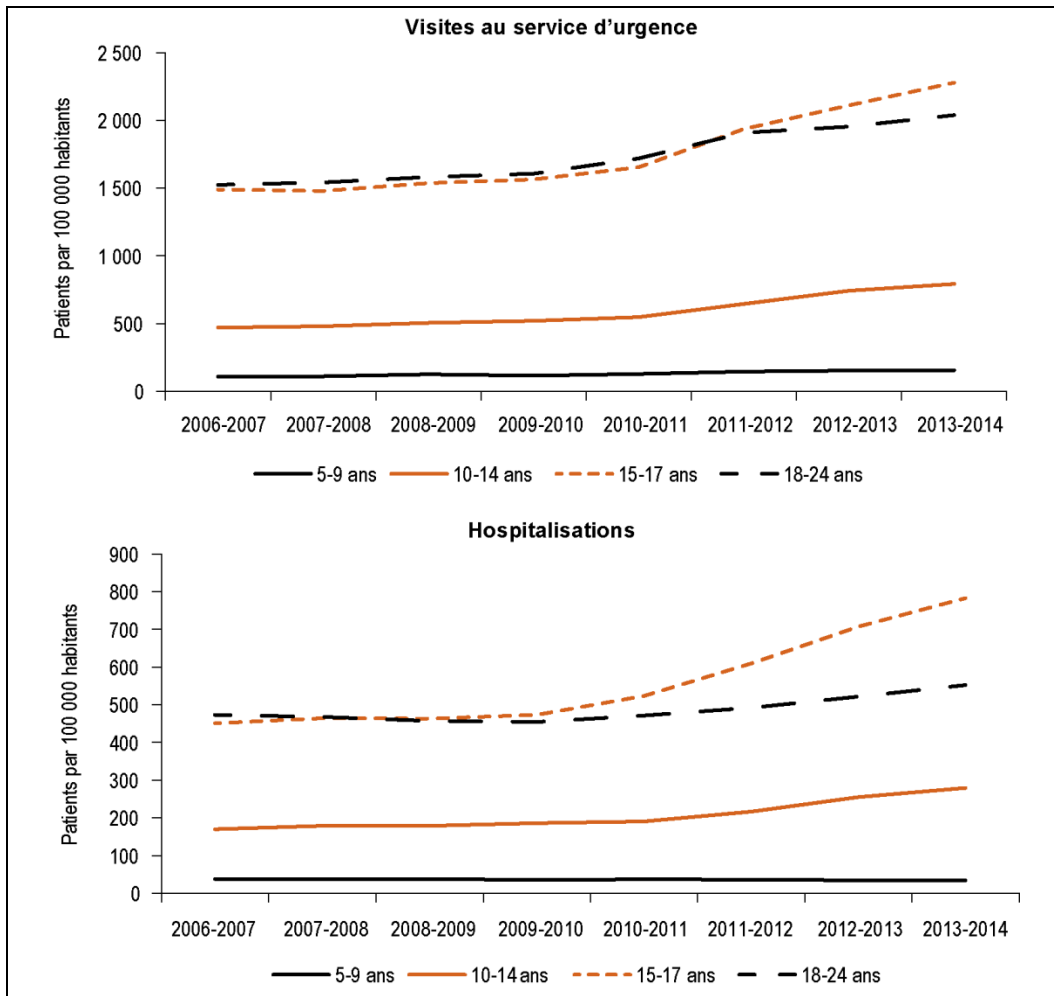
Les organismes communautaires de santé mentale pour enfants signalent également que leurs services sont de plus en plus demandés. Selon un récent sondage de Santé mentale pour enfants Ontario, les organismes ont constaté une augmentation de 10 % par année du nombre de patients qui leur sont adressés pour du counseling et une thérapie de longue durée²⁵. Les enfants sont traités en milieu communautaire pour divers problèmes de santé mentale allant de la détresse aiguë d'intensité faible à modérée aux maladies mentales graves et chroniques. Le milieu communautaire peut aussi prendre en charge le traitement des enfants et des jeunes qui ont reçu leur congé après avoir été hospitalisés en situation de crise.

On observe aussi une augmentation du recours aux services de counseling professionnel par téléphone. L'organisme Jeunesse, J'écoute, par exemple, offre aux enfants et aux jeunes de partout au Canada un service anonyme et gratuit d'information, de consultation et d'aiguillage par téléphone et en ligne (www.jeunessejecoute.ca). Entre 2010 et 2013, l'organisme a déclaré une augmentation de 29 % des services de consultation offerts en raison de problèmes de santé mentale et émotionnelle, et une hausse de 22 % des services de consultation aux jeunes ayant des pensées suicidaires²⁶.

L'augmentation la plus marquée des taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations a été observée chez les 10 à 17 ans

En 2013-2014, la plupart des visites au service d'urgence et des hospitalisations en raison de troubles mentaux chez les jeunes touchaient les 15 à 24 ans. Ce groupe d'âge était également à l'origine de la plus forte hausse du volume de visites au service d'urgence et d'hospitalisations. Cependant, lorsqu'on prend en considération le taux par 100 000 habitants, la plus forte augmentation de l'utilisation des services hospitaliers a été observée chez les jeunes de 10 à 14 ans et de 15 à 17 ans. Le taux de visites au service d'urgence par 100 000 enfants et jeunes a en effet augmenté considérablement, soit de 68 % chez les 10 à 14 ans et de 53 % chez les 15 à 17 ans. Le taux d'hospitalisations a aussi augmenté de façon importante chez ces 2 groupes d'âge, de 64 % et 74 % respectivement (figure 3).

Figure 3 : Taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations en raison de troubles mentaux, selon l'âge, par 100 000 habitants, 2006-2007 à 2013-2014, Canada



Remarques

Les visites au service d'urgence incluent uniquement l'Alberta et l'Ontario.

Les diagnostics sont établis en fonction du problème principal (service d'urgence) ou du diagnostic principal (patients hospitalisés).

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2013-2014, Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2013-2014, et Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, 2006-2007 à 2009-2010, Services de santé de l'Alberta.

Estimations de la population : Statistique Canada — Division de la démographie.

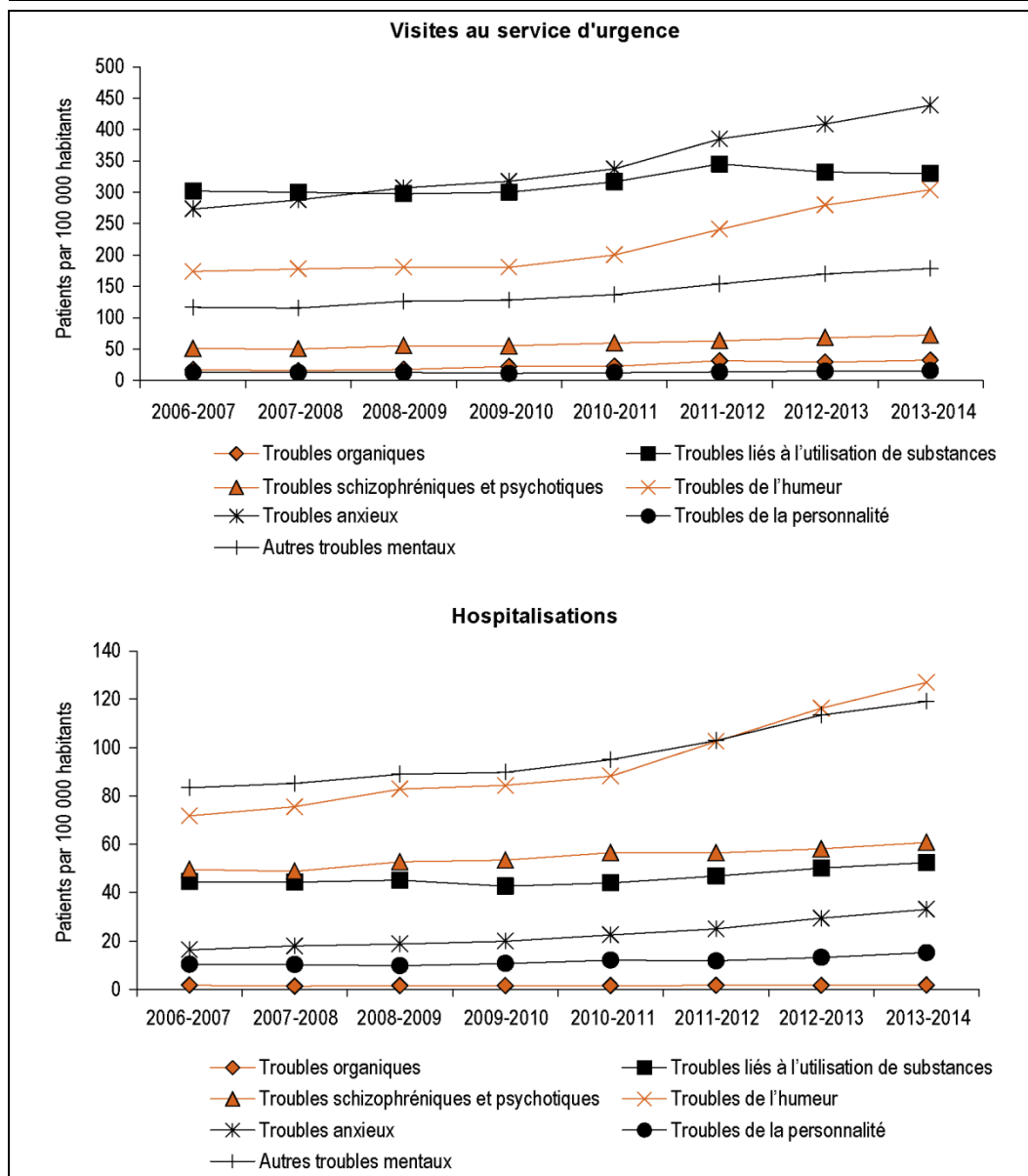
Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient la majorité des visites au service d'urgence et des hospitalisations dans toutes les années de l'étude. Cette constatation est conforme aux taux de prévalence des troubles mentaux dans ce groupe d'âge. Les jeunes de 15 à 24 ans sont habituellement considérés comme étant « en transition », c'est-à-dire qu'ils passent des soins pédiatriques au système de soins pour adultes. Les patients et leur famille signalent que cette transition est difficile, puisque les réseaux pour adultes sont rarement adaptés aux besoins particuliers des jeunes. Par conséquent, l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers chez les 15 à 24 ans pourrait traduire un manque de services communautaires axés sur ce groupe d'âge. La population de cet âge est donc considérée comme un groupe prioritaire en ce qui a trait au développement des services²⁷.

L'augmentation la plus marquée des taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations a été observée chez les jeunes atteints de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de troubles mentaux de la catégorie Autres

En 2013-2014, comme l'indique la figure 4, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles liés à l'utilisation de substances étaient les principales causes de visites au service d'urgence en raison de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes. Depuis 2006-2007, seule la proportion des visites au service d'urgence en raison de troubles de l'humeur et de troubles anxieux a augmenté de façon significative, tandis que le nombre de visites en raison de troubles liés à l'utilisation de substances a diminué. Les troubles de l'humeur et les troubles mentaux de la catégorie Autres (p. ex. les troubles des conduites et les troubles de l'alimentation) étaient les diagnostics les plus couramment associés aux hospitalisations. On observe depuis 2006-2007 une hausse manifeste des hospitalisations en raison de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et d'autres troubles mentaux.

La diminution des visites au service d'urgence et des hospitalisations en raison de troubles liés à l'utilisation de substances concorde avec les résultats d'enquêtes scolaires en Ontario, en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, qui révèlent une baisse de la consommation d'alcool et d'autres substances depuis plusieurs années.

Figure 4 : Taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations en raison de troubles mentaux, selon le diagnostic, par 100 000 habitants, 2006-2007 à 2013-2014, Canada



Remarques

Les visites au service d'urgence incluent uniquement l'Alberta et l'Ontario.

Les diagnostics sont établis en fonction du problème principal (service d'urgence) ou du diagnostic principal (patients hospitalisés).

La catégorie « Autres troubles mentaux » renvoie principalement aux troubles des conduites, aux troubles émotionnels et aux troubles du comportement.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2013-2014, Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2013-2014, et Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, 2006-2007 à 2009-2010, Services de santé de l'Alberta.

Estimations de la population : Statistique Canada — Division de la démographie.

Ces tendances reflètent la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les jeunes, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et certains autres troubles comme les troubles des conduites et le THADA étant parmi les plus courants^{28, 29}. La schizophrénie, bien que relativement rare, était tout de même la troisième cause d'hospitalisation chez les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux, ce qui témoigne sans aucun doute de la gravité de cette maladie. Conformément à ce qu'on sait déjà de ces troubles, les filles étaient plus souvent hospitalisées en raison de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, tandis que les garçons l'étaient davantage pour des troubles liés à l'utilisation de substances ainsi que des troubles schizophréniques et psychotiques^{1, 30}.

Augmentation des visites au service d'urgence et des hospitalisations en raison de blessures auto-infligées : les filles sont près de 5 fois plus susceptibles de se rendre au service d'urgence pour des blessures auto-infligées

Dans une analyse récente, l'ICIS a examiné les tendances relatives au nombre de visites au service d'urgence et d'hospitalisations en raison de blessures auto-infligées. L'étude a révélé que le nombre de visites au service d'urgence en raison de blessures auto-infligées chez les 10 à 17 ans a augmenté de 45 % entre 2009-2010 et 2013-2014, et que le nombre d'hospitalisations pour cette même raison dans ce groupe d'âge a connu une hausse inquiétante de 85 %. Par ailleurs, près de 5 fois plus de filles que de garçons de 14 à 17 ans se sont présentées à l'urgence en raison d'une blessure auto-infligée, et plus de 4 fois plus ont été hospitalisées pour cette même raison.

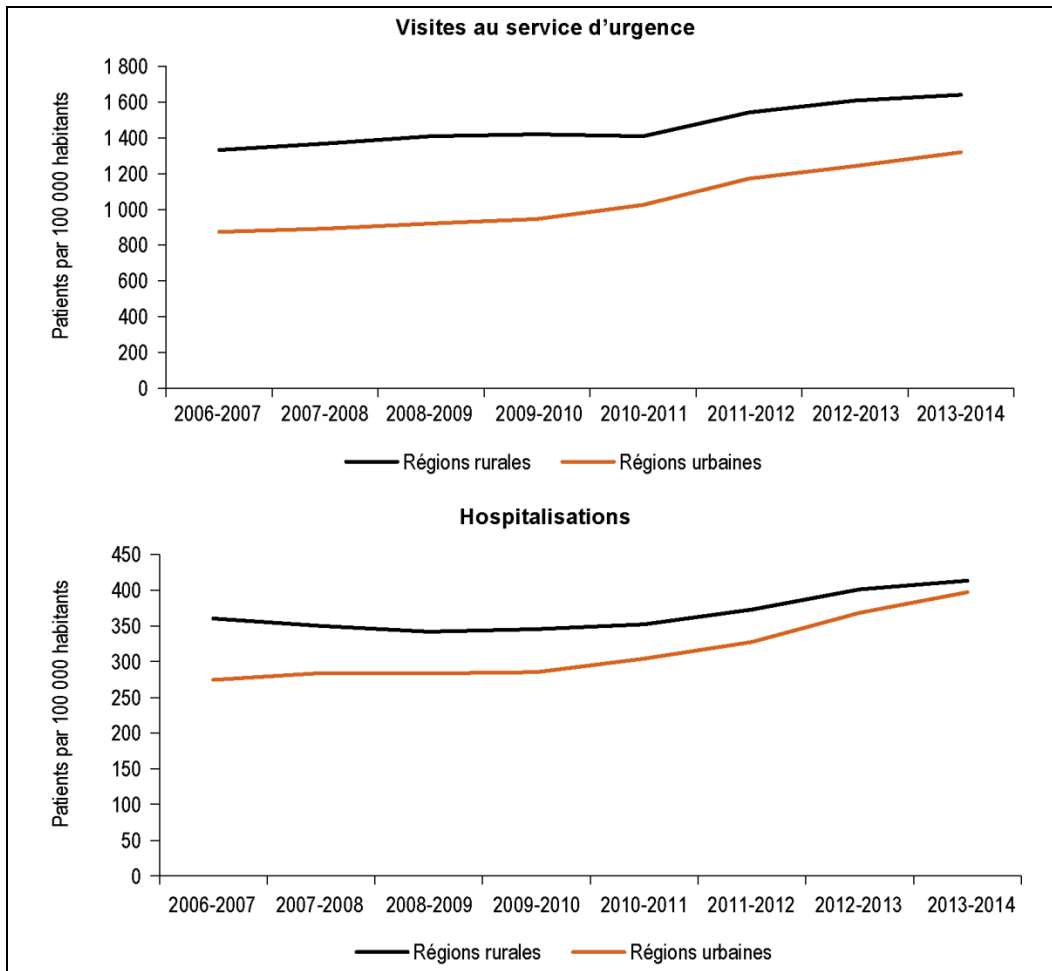
Pour les besoins du présent rapport, les enfants et les jeunes qui se sont rendus à l'urgence ou qui ont été hospitalisés en raison de blessures auto-infligées n'ont pas été inclus dans les catégories diagnostiques des troubles mentaux.

Pour obtenir des précisions, visitez le <http://www.icis.ca>.

Les taux d'utilisation des services hospitaliers sont plus élevés chez les jeunes des régions rurales, mais la tendance à la hausse est plus forte chez les jeunes des régions urbaines

L'utilisation des services de santé mentale en milieu hospitalier est plus prononcée en région rurale qu'en région urbaine (figure 5). Les taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations en raison de troubles mentaux augmentent dans les 2 types de régions, mais la hausse est beaucoup plus marquée chez les patients des régions urbaines. Ainsi, au cours de la période de l'étude, on a observé une augmentation de 51 % du nombre d'enfants et de jeunes des régions urbaines qui se sont présentés à l'urgence en raison de troubles mentaux, contre 23 % chez les jeunes des régions rurales. De même, le nombre d'enfants et de jeunes des régions urbaines ayant été hospitalisés en raison de troubles mentaux a augmenté de 45 % durant la même période, contre 15 % chez les jeunes des régions rurales.

Figure 5 : Taux de visites au service d'urgence et d'hospitalisations en raison de troubles mentaux selon la résidence en région rurale ou urbaine, par 100 000 habitants, 2006-2007 à 2013-2014, Canada



Remarques

Les visites au service d'urgence incluent uniquement l'Alberta et l'Ontario.

Les diagnostics sont établis en fonction du problème principal (service d'urgence) ou du diagnostic principal (patients hospitalisés).

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, Base de données sur les congés des patients et Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2013-2014, Système d'information ontarien sur la santé mentale, 2013-2014, et Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2006-2007 à 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé; Alberta Ambulatory Care Database, 2006-2007 à 2009-2010, Services de santé de l'Alberta.

Estimations de la population : Statistique Canada — Division de la démographie.

Utilisation de médicaments psychotropes

La prescription de médicaments psychotropes, fréquente chez les enfants et les jeunes qui reçoivent un diagnostic de trouble mental grave, peut constituer une intervention de première intention si elle est combinée à une thérapie psychosociale. Le développement de médicaments pour traiter les troubles mentaux a connu des avancées, mais la plupart des recherches ont été menées chez les adultes; de plus, relativement peu de médicaments psychotropes sont explicitement approuvés au Canada en vue d'être prescrits aux jeunes. Compte tenu des effets secondaires importants de nombreux médicaments psychotropes, la pertinence de leur utilisation et l'étendue du suivi clinique offert aux jeunes qui les prennent soulèvent certaines préoccupations¹³.

L'analyse des traitements a surtout visé les médicaments psychotropes utilisés pour traiter les troubles mentaux les plus graves chez les jeunes : les troubles de l'humeur (y compris la dépression et les troubles bipolaires), les troubles anxieux et la schizophrénie. L'étude a porté sur les facteurs suivants, qui pourraient influencer sur la prévalence et les tendances relatives à l'utilisation des médicaments : l'âge, le sexe, le revenu du quartier, la résidence en région rurale ou urbaine et la catégorie de médicaments. Les notes techniques, accessibles sur le [site Web](#), contiennent des précisions sur l'analyse ainsi que la liste des médicaments psychotropes utilisés pour définir la cohorte.

L'utilisation de médicaments psychotropes était courante et a augmenté au fil du temps

En 2013-2014, 6,5 % des jeunes (61 503) de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba ont reçu au moins un médicament pour traiter un trouble anxieux ou de l'humeur, et 1,6 % (14 894) d'entre eux ont reçu au moins un antipsychotique. Au sein de chaque province, les taux de pharmacothérapie variaient énormément d'une région sanitaire à l'autre. La prévalence de la prise de médicaments psychotropes chez les jeunes a augmenté depuis 2007-2008 : on a observé une hausse de 23 % chez les jeunes ayant reçu des médicaments pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur (soit en moyenne 2 290 jeunes de plus par année), et de 45 % chez les jeunes utilisant des antipsychotiques (en moyenne 843 jeunes de plus par année). Ces constatations corroborent d'autres études qui concluent à l'augmentation de l'utilisation de médicaments psychotropes chez les jeunes au cours des dernières années³¹⁻³³. Les taux publiés ici sont comparables à ceux rapportés aux États-Unis^{34, 35}. La prévalence générale de la prise de médicaments pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur est encore inférieure à la prévalence des troubles anxieux et de l'humeur dans la population, ce qui pourrait illustrer les lacunes sur le plan du traitement de ces troubles. Malheureusement, les données disponibles ne permettent pas de trouver réponse à ces questions ou à d'autres. Les taux de prescription d'antipsychotiques, quant à eux, ont augmenté de 1,6 %, de sorte qu'ils sont plus élevés que les taux concernant la schizophrénie et les troubles bipolaires (qui touchent environ 1 % de la population âgée de 15 à 25 ans), pour lesquels la prescription d'antipsychotiques est recommandée comme un traitement de première intention.

Selon les données de 2013-2014 de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, les taux de pharmacothérapie étaient plus élevés chez les jeunes dont les ordonnances étaient payées par la DGSPNI que chez ceux dont les

médicaments étaient remboursés par les régimes d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba. Chez les jeunes couverts par le régime de la DGSPNI, 7,6 % ont reçu au moins un médicament pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur, et 2,5 % ont reçu au moins un antipsychotique. Les enfants et les jeunes habitant dans les collectivités des Premières Nations sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble mental comme la dépression, et affichent des taux de suicide significativement plus élevés que la moyenne nationale⁴.

Une augmentation de l'utilisation des médicaments les plus courants a été observée, uniquement chez les jeunes des régions urbaines et des banlieues

Prise d'ISRS chez les jeunes des régions urbaines et des banlieues

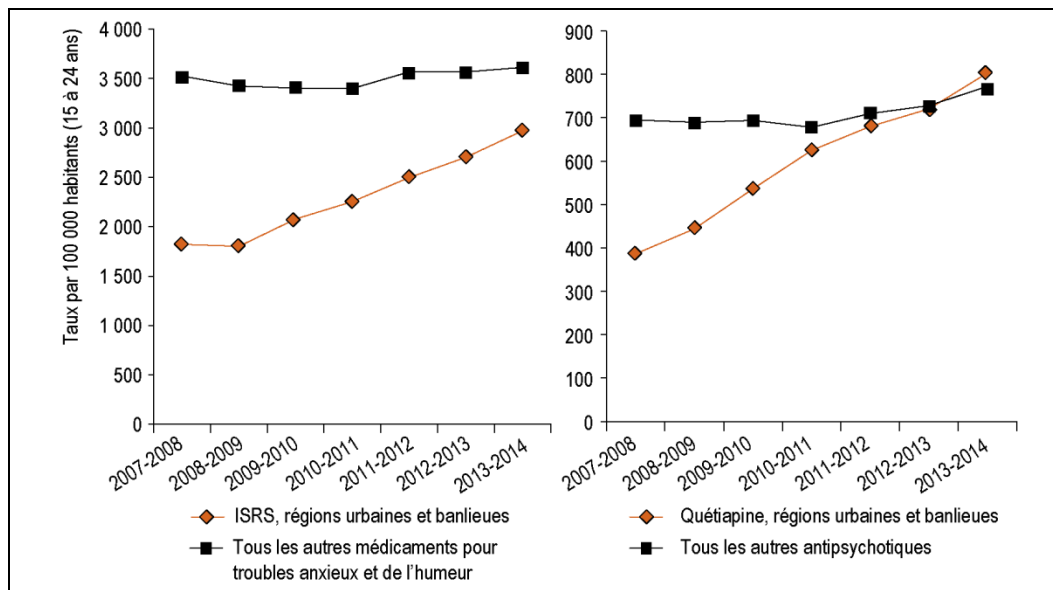
Globalement, 83 % de la hausse de l'utilisation de médicaments pour traiter les troubles anxieux et de l'humeur est attribuable aux jeunes des régions urbaines et des banlieues qui prennent une seule catégorie de médicaments, soit les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS, figure 6). En 2013-2014, 3,9 % des jeunes se sont vu prescrire des ISRS, qui sont ainsi les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter les troubles anxieux et de l'humeur. La catégorie des anxiolytiques (benzodiazépines), deuxième parmi les plus utilisées pour traiter les troubles anxieux et de l'humeur (2,2 % des jeunes ont reçu ce type de médicament en 2013-2014), est la seule autre catégorie de médicaments dont le taux d'utilisation a augmenté durant la période de l'étude.

La plus forte augmentation de l'utilisation des médicaments pour traiter les troubles anxieux et de l'humeur a été observée chez les jeunes de 15 ans, la hausse diminuant chez les jeunes plus âgés. En effet, l'augmentation du taux chez les jeunes de moins de 19 ans était près de 5 fois supérieure à la hausse observée chez les jeunes de 19 ans et plus (52 % contre 11 %, respectivement).

Le sexe et le revenu du quartier n'avaient pas d'effet significatif sur les tendances au fil du temps relatives aux médicaments pour traiter les troubles anxieux et de l'humeur. Cependant, durant toute la période de l'étude, les filles étaient 2 fois plus susceptibles que les garçons de prendre des médicaments pour traiter un trouble anxieux ou de l'humeur. Ces résultats sont conformes aux données disponibles sur la prévalence de ces troubles selon le sexe^{1, 30}.

Les changements d'étiquetage des médicaments et la controverse entourant l'utilisation des ISRS au cours de la période de l'étude pourraient expliquer, en partie du moins, l'augmentation observée dans ce groupe d'âge. En effet, l'utilisation des ISRS avait diminué après la publication d'un avertissement par Santé Canada, en 2004, au sujet d'effets secondaires graves que ces médicaments pouvaient causer chez les enfants et les adolescents³⁶⁻³⁹. L'augmentation rapide de l'utilisation des ISRS pourrait donc témoigner d'un retour des médecins à ces médicaments après la publication d'études démontrant que les avantages des ISRS, chez la plupart des patients, l'emportaient sur les risques⁴⁰⁻⁴⁵.

Figure 6 : Gauche — Taux d'utilisation des ISRS chez les jeunes des régions urbaines et des banlieues comparativement à tous les autres jeunes ayant reçu des médicaments pour traiter les troubles anxieux et de l'humeur, 2007-2008 à 2013-2014
Droite — Taux d'utilisation de la quéliatine chez les jeunes des régions urbaines et des banlieues comparativement à tous les autres jeunes ayant reçu des antipsychotiques, 2007-2008 à 2013-2014



Remarque

Inclut les données sur les demandes de remboursement de la Colombie-Britannique et du Manitoba (voir l'annexe B).

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, 2007-2008 à 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

Prise de quéliatine chez les jeunes des régions urbaines et des banlieues

La quéliatine (Seroquel^{MD} et génériques) est en vente au Canada depuis 1998. Elle est approuvée chez les adultes pour le traitement de la schizophrénie, des troubles bipolaires et, depuis 2010, des troubles dépressifs majeurs réfractaires au traitement par antidépresseurs⁴⁶. Elle est souvent prescrite à faible dose pour le traitement des troubles du sommeil, malgré l'absence d'approbation spécifique relative à cette indication^{46, 47}. D'autres recherches indiquent aussi que les antipsychotiques sont de plus en plus utilisés pour traiter des affections autres que la schizophrénie et les psychoses (p. ex. THADA, troubles des conduites, symptômes associés aux troubles du spectre de l'autisme)^{32, 48, 50-52}.

Comme l'illustre la figure 6, 80 % de l'augmentation de l'utilisation d'antipsychotiques est attribuable aux jeunes des régions urbaines et des banlieues qui prennent un médicament particulier, la quéliatine. La constatation générale concernant l'augmentation de l'utilisation d'antipsychotiques pour traiter les jeunes atteints de troubles mentaux corrobore les résultats d'autres études^{48, 49}. L'augmentation de l'utilisation d'antipsychotiques est quelque peu préoccupante, puisqu'on dispose de peu de données sur leur efficacité et leur innocuité^{53, 54}. Au Canada, l'aripiprazole est le seul médicament inclus dans la présente analyse dont Santé

Canada a approuvé l'usage chez les jeunes. Il est approuvé dans le traitement des jeunes de 15 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et chez les jeunes de 13 à 17 ans atteints d'un trouble bipolaire de type I³². L'analyse des tendances pour chaque antipsychotique atypiqueⁱⁱⁱ a révélé une augmentation des ordonnances d'aripiprazole au cours des 3 dernières années de l'étude. En revanche, en 2013-2014, ce médicament était prescrit moins souvent (125 par 100 000 jeunes) que la rispéridone (469 par 100 000 jeunes) et la quétiapine (972 par 100 000 jeunes). Les taux d'utilisation de la quétiapine ont doublé au cours de la période de l'étude. L'aripiprazole est le seul autre antipsychotique dont le taux d'utilisation a augmenté au cours de la période de l'étude.

L'augmentation de l'utilisation de la quétiapine, comme c'était le cas pour les ISRS, ne visait que les jeunes vivant dans les régions urbaines et les banlieues. Le taux d'utilisation d'antipsychotiques ne présentait aucune différence importante au chapitre de l'âge, du sexe ou du revenu du quartier.

Pour faire la lumière sur l'utilisation prévue de la quétiapine au regard des recommandations formulées par la U.S. Food and Drug Administration (FDA), les doses utilisées ont également été analysées. La FDA recommande la prise de 400 à 800 mg par jour (selon un schéma d'ajustement posologique de 5 jours) pour le traitement de la schizophrénie et du trouble bipolaire chez les jeunes. Selon les lignes directrices de la FDA, il ne convient pas de prescrire des doses de quétiapine inférieures à 150 mg par jour pendant plus de 30 jours, sauf dans le cas de personnes âgées et de patients atteints de déficience. Les ordonnances portant sur une période de plus de 30 jours devraient donc être vérifiées.

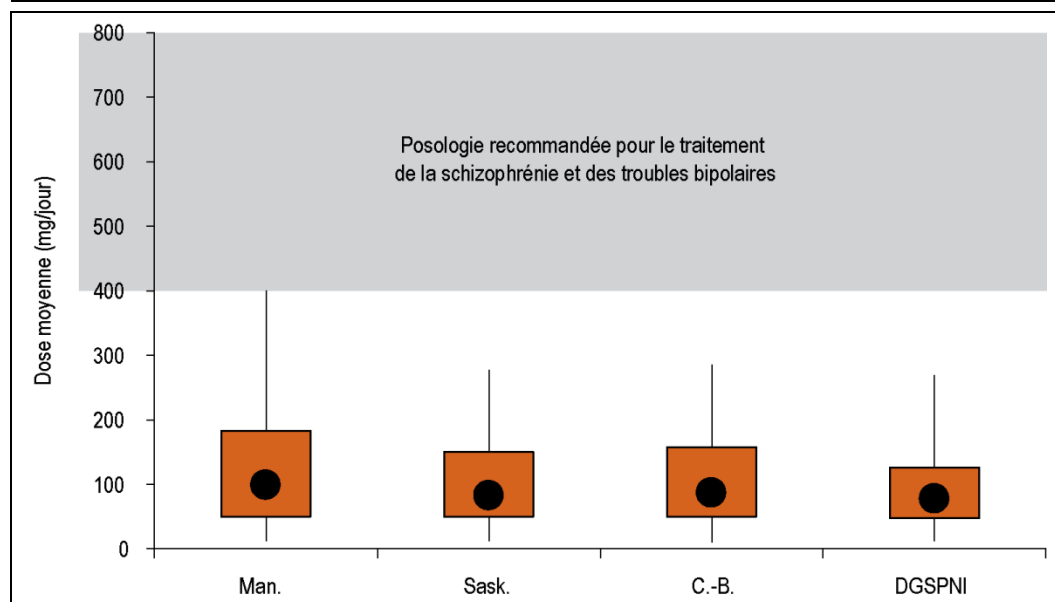
Les jeunes utilisateurs de quétiapine ont été séparés en 2 groupes selon l'usage qu'ils en faisaient : usage chronique (c.-à-d. qu'ils ont reçu au moins 2 ordonnances de quétiapine et se sont vu délivrer un approvisionnement d'au moins 180 jours de quétiapine sur une période d'un an) et usage non chronique. Environ 39 % des jeunes qui prenaient de la quétiapine en 2012-2013 en faisaient un usage chronique.

Chez la grande majorité des jeunes qui faisaient un usage chronique de la quétiapine, l'ordonnance indiquait une dose inférieure à 400 à 800 mg par jour, ce qui suggère un traitement par quétiapine pour une indication autre que la schizophrénie (figure 7). L'analyse de la dose par patient (dose moyenne pendant la durée du traitement par quétiapine au cours de l'année) a révélé que 75 % des jeunes qui faisaient un usage chronique de la quétiapine prenaient une dose moyenne inférieure à 200 mg par jour dans 3 provinces et la DGSPNI. En ce qui concerne la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et la DGSPNI, 90 % des jeunes qui utilisaient la quétiapine de façon chronique prenaient une dose inférieure à 300 mg par jour (au Manitoba, le 90^e percentile de la gamme posologique correspondait à une dose de 400 mg par jour). La fourchette posologique chez les jeunes qui faisaient un usage non chronique de la quétiapine était inférieure à celle chez les jeunes qui en faisaient un usage chronique. Ces faibles doses (moins de 150 mg par jour) cadrent avec l'utilisation de la quétiapine comme agent somnifère, bien que cette indication ne fasse l'objet d'aucune approbation ni

iii. Parmi les antipsychotiques prescrits aux jeunes, la majorité étaient des antipsychotiques atypiques. L'utilisation d'antipsychotiques atypiques a augmenté de façon marquée durant la période de l'étude, tandis que celle d'antipsychotiques typiques, déjà faible, a diminué.

recommandation^{46, 55}. Or, les doses recommandées pour le traitement du THADA et des troubles des conduites chez les jeunes se situent généralement entre 150 et 300 mg par jour. Sans les données diagnostiques justifiant les prescriptions, il est impossible de déterminer l'objectif du traitement.

Figure 7 : Dose moyenne des patients qui font un usage chronique de la quétiapine, par province et pour la DGSPNI, 2012-2013



Remarque

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP), 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

L'augmentation de l'utilisation de la quétiapine soulève certaines inquiétudes compte tenu des faibles doses utilisées. En raison d'un manque d'information sur le diagnostic, la présente étude ne permet pas de bien comprendre pourquoi les jeunes reçoivent des doses de quétiapine si faibles. Quoi qu'il en soit, la documentation sur cette tendance donne à penser que les soins pourraient être améliorés.

Analyse des constatations

Les visites au service d'urgence et les hospitalisations d'enfants et de jeunes atteints de troubles mentaux ont considérablement augmenté. L'utilisation de psychotropes est courante — un jeune sur 12 a pris des psychotropes en 2013-2014 — et a augmenté au fil du temps. Ces constatations corroborent celles tirées d'autres travaux de recherche^{31, 32, 56-57}.

L'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers et de la pharmacothérapie repose sur divers facteurs. La hausse du nombre de visites au service d'urgence ou d'hospitalisations d'adolescents en raison de troubles anxieux ou de l'humeur peut expliquer l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers. Bien que les taux d'utilisation des services hospitaliers par

les enfants et les jeunes des régions rurales soient supérieurs à ceux associés aux enfants et aux jeunes des régions urbaines, la hausse des taux est plus marquée en milieu urbain au fil du temps. De même, la prévalence de la pharmacothérapie n'a augmenté que chez les jeunes vivant dans les régions urbaines ou les banlieues.

Disparités liées à l'accès aux soins de santé mentale en milieu rural et urbain

Les enfants et les jeunes des régions rurales s'en remettent davantage aux services hospitaliers pour obtenir des soins. Cette constatation va de pair avec celles d'autres travaux de recherche qui révèlent un taux d'utilisation plus élevé des services hospitaliers en milieu rural pour certaines affections, notamment les conditions propices aux soins ambulatoires⁵⁸. Par ailleurs, les taux moins élevés de pharmacothérapie dans les régions rurales et éloignées pourraient illustrer la difficulté à accéder à des services spécialisés de santé mentale. Les régions rurales font face à des difficultés particulières, par exemple le manque de spécialistes et de services communautaires, les problèmes de transport (p. ex. la distance entre la résidence et le lieu de service) et les systèmes de communication limités (p. ex. absence d'un réseau de téléphonie cellulaire). Selon certains, la stigmatisation est présente, surtout en milieu rural. Ainsi, on hésiterait à faire appel aux services de santé mentale, préférant plutôt confier son enfant au milieu hospitalier⁵⁹. D'autres estiment toutefois qu'il est possible d'atténuer en partie ces problèmes en renforçant le sentiment d'appartenance à la communauté et le soutien mutuel entre les membres des collectivités rurales⁶⁰. Par conséquent, les experts sont d'avis que toute politique de santé mentale touchant les enfants et les jeunes doit nécessairement prendre en compte la satisfaction des besoins propres aux collectivités rurales²⁷.

Comprendre l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers

Plusieurs raisons peuvent expliquer la tendance relative à l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers chez les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux. Il pourrait s'agir de l'accroissement de la prévalence des troubles mentaux, d'une amélioration de la capacité à repérer les jeunes atteints de troubles mentaux et à les traiter, d'une baisse de la stigmatisation incitant un plus grand nombre de jeunes à demander de l'aide, ou encore du recours aux soins hospitaliers et à la psychopharmacologie en raison de l'accès limité et fragmenté aux services en milieu communautaire.

Bien que les taux d'utilisation des services de santé mentale soient à la hausse, peu d'études font état d'une hausse significative de l'incidence ou de la prévalence sous-jacente de troubles mentaux chez les jeunes^{61, 62}. Une étude fondée sur les données de l'ELNEJ n'a révélé aucune hausse du taux de dépression ou d'autres affections (autres que le THADA) de 2001 à 2009⁶². La prévalence autodéclarée des troubles de l'humeur a augmenté chez les jeunes de 12 à 19 ans, ainsi que le nombre de jeunes qui ont signalé un état de santé mentale allant de « passable à mauvais » de 2010 à 2013⁶³. Or, ces hausses pourraient être liées soit à une véritable accentuation des troubles mentaux, soit au fait que les jeunes acceptent davantage de déclarer des maladies mentales ou un état de détresse. Les résultats tirés de l'autodéclaration d'un épisode de dépression majeure ou d'idées suicidaires mesurés dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sur la santé mentale de 2002 n'affichent aucune différence significative par rapport à ceux de 2012¹⁰.

Le milieu scolaire peut constituer une pierre angulaire autour de laquelle s'articulent la connaissance et la promotion de la santé mentale, la détection des problèmes et troubles de santé mentale, et la prestation de soins essentiels aux enfants et aux jeunes^{21, 64, 65}. Les écoles et les groupes de promotion de la santé mentale ont déployé des efforts en vue de sensibiliser la population aux questions de santé mentale, aux signes et aux symptômes associés aux troubles mentaux, et à la disponibilité de traitements efficaces. Ces efforts pourraient justifier l'augmentation de l'utilisation des services d'urgence et des soins hospitaliers. Dans la cohorte de la présente étude, les enfants d'âge scolaire (de 10 à 17 ans) ont effectué un plus grand nombre de visites au service d'urgence en raison de troubles mentaux pendant l'année scolaire. Les taux d'hospitalisations chez les jeunes d'âge postsecondaire (de 18 à 24 ans) n'ont toutefois pas varié au cours de l'année. Ces résultats peuvent refléter les facteurs de stress qui font partie intégrante de la vie scolaire et le soulagement que procurent les périodes de vacances. D'autres initiatives, comme la campagne Bell Cause pour la cause, attirent aussi l'attention sur la question de la santé mentale en général et incitent à rechercher de l'aide (<http://cause.bell.ca/fr/>). Il faudra étudier chacun de ces éléments plus à fond pour en comprendre les incidences.

L'utilisation accrue des services hospitaliers peut aussi rendre compte de la pénurie et de la fragmentation des services communautaires. Elle peut également indiquer que les besoins des enfants et des jeunes ne sont pas satisfaits sur le plan de l'accès à des soins de santé mentale. D'autres constatations viennent appuyer cette hypothèse. Un rapport révèle ainsi que moins d'un enfant atteint de troubles mentaux sur 4 obtient des services de traitement spécialisé⁶⁶. La Commission de la santé mentale du Canada a publié en 2010 un rapport intitulé *Evergreen : document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Le rapport fait état d'un thème récurrent : les difficultés que doivent surmonter les jeunes et leurs familles pour avoir accès à des services de santé mentale²⁷, en raison du manque d'intégration des services, des suppressions de financement qui entraînent une réduction des services offerts, et de la nature même du système qui ne répond pas de façon optimale aux besoins des utilisateurs. Les temps d'attente, par exemple, font souvent obstacle à l'obtention de soins de santé mentale. Les enfants et les jeunes dont le nom figure sur une liste d'attente en vue d'une intervention peuvent voir leur état se détériorer jusqu'à un point critique¹⁷. De plus, les possibilités de rendez-vous se limitent souvent aux heures de travail habituelles.

Le médecin de famille nous a seulement aiguillés vers les services ambulatoires dispensés en milieu hospitalier; il ne connaissait pas de services communautaires. Il y avait des listes d'attente de plus d'un an pour tous les services. Les travailleurs sociaux de l'hôpital ne détenaient aucun renseignement sur des services communautaires.

— Parent d'un enfant qui a vécu cette expérience

Liens avec les soins de santé primaires dispensés aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux

Plusieurs sont d'avis qu'une meilleure coordination entre les dispensateurs de soins de santé primaires et les autres dispensateurs de soins (notamment les hôpitaux et les organismes de services communautaires) pourrait réduire le nombre d'hospitalisations et de réadmissions évitables. On dispose de peu d'information sur les soins intégrés au Canada, et d'autres pays ont quelques longueurs d'avance. L'Australie, par exemple, dans le cadre de sa stratégie nationale sur la santé mentale, a mis en œuvre un ensemble d'indicateurs de santé mentale portant sur les soins communautaires avant l'admission et les soins communautaires après la sortie⁶⁷.

À l'aide des données sur les hospitalisations et la facturation des médecins de l'Alberta, l'ICIS a pu déterminer la proportion d'enfants et de jeunes de 5 à 24 ans qui ont consulté un médecin avant leur admission à l'hôpital et après leur sortie en 2012-2013.

15 782 consultations ont été réalisées dans le cadre d'une visite au service d'urgence ou d'une hospitalisation (ou les 2). Ces consultations ont été couplées aux données sur la facturation des médecins de l'Alberta afin de calculer le taux d'interaction avec un dispensateur de soins de santé primaires avant et après chaque visite au service d'urgence ou chaque hospitalisation. Cette analyse a mené aux constatations suivantes :

1. Très peu d'épisodes de soins en raison d'un problème de santé mentale ont été précédés d'une interaction avec un médecin au sein de la collectivité dans les 7 jours (13 %) ou les 30 jours (23 %) qui ont précédé la visite au service d'urgence ou l'hospitalisation. Les épisodes de soins liés à des troubles schizophréniques et psychotiques et à des troubles de l'humeur et de la personnalité étaient plus susceptibles d'être précédés d'une interaction avec un médecin.
2. Un nombre plus élevé d'épisodes de soins a donné lieu à des consultations de suivi avec un médecin dans les 7 jours (21 %) ou dans les 30 jours (36 %) qui ont suivi la sortie de l'hôpital. La plupart des suivis ont été effectués auprès d'un médecin de famille (47 %) ou d'un psychiatre (48 %), et un petit nombre, auprès d'un pédiatre (4 %).
3. Peu d'épisodes ont été *à la fois* précédés et suivis d'une consultation avec un médecin (14 %), et seulement la moitié de ces consultations ont été effectuées auprès du même médecin.

À des fins de comparaison, les services de santé mentale de l'Australie ont signalé en 2012 que 41 % des admissions à l'hôpital avaient été précédées d'une consultation en milieu communautaire et que 61 % des admissions ont donné lieu à un suivi dans les 7 jours qui ont suivi la sortie. Comme l'analyse mentionnée plus haut ne tient compte que des données de l'Alberta, il faut faire preuve de prudence avant de généraliser les résultats. L'analyse révèle toutefois qu'il est possible d'améliorer la continuité des soins aux enfants et aux jeunes qui présentent des troubles de santé mentale.

Remarque

Bien que l'analyse ne porte que sur l'interaction avec un médecin, les soins peuvent avoir été dispensés par un autre professionnel de la santé. Il peut arriver par ailleurs que certaines visites classées en tant que visites en milieu communautaire aient eu lieu à l'hôpital.

Sources

Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, Base de données sur les congés des patients et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2012-2013, Institut canadien d'information sur la santé.

La Commission de la santé mentale du Canada a publié en 2012 une stratégie en matière de santé mentale qui soulignait la nécessité d'accroître sans délai le financement des programmes de santé mentale. Pourtant, selon l'Association canadienne pour la santé mentale, la portion des dépenses de santé consacrée à la santé mentale est passée de 11 % en 1979 à 5 % en 2014. Certains sont d'avis que le défaut d'accroître le financement entraîne une réduction des services communautaires offerts aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux⁶⁸. Cette réduction des services risque ensuite de se traduire par une succession de visites au service d'urgence et d'hospitalisations¹⁷. Voilà qui expliquerait, en partie du moins, l'augmentation de l'utilisation des services hospitaliers.

Les taux de pharmacothérapie témoigneraient-ils d'une utilisation excessive ou inappropriée des médicaments?

La prévalence générale de la prise de médicaments pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur est inférieure à la prévalence des troubles anxieux et de l'humeur dans la population. Cependant, étant donné les recommandations concernant l'utilisation de ces médicaments pour traiter le groupe d'âge visé, et dans le contexte de besoins non satisfaits mentionnés plus haut, la surutilisation de médicaments pourrait, en partie du moins, influencer sur ces taux de prévalence. La surutilisation pourrait s'illustrer, par exemple, par une confiance excessive envers la pharmacothérapie en tant que traitement de première intention, ou par le recours aux psychotropes pour des indications qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation. L'éventuelle surutilisation de psychotropes chez les jeunes soulève des inquiétudes au Canada et dans d'autres pays développés⁶⁹. Toutefois, tant que le lien entre la prescription de médicaments et le diagnostic n'est pas établi, il est impossible de déterminer s'il y a surutilisation ou sous-utilisation de médicaments psychotropes ou si les taux d'utilisation sont conformes aux prévisions.

Rien n'indique, non plus, que l'utilisation de médicaments a augmenté de façon inappropriée. La hausse pourrait témoigner d'une capacité à mieux reconnaître les troubles mentaux graves chez les enfants et les jeunes, et d'une bonne gestion clinique des traitements médicamenteux. L'augmentation de la prévalence dans l'utilisation d'ISRS pourrait signifier un retour à ces médicaments, à la suite d'un examen de l'innocuité ayant révélé que leurs avantages l'emportaient sur les mises en garde contre leurs effets secondaires graves. D'un autre côté, l'augmentation de l'utilisation pourrait être jugée inappropriée si les médicaments étaient utilisés pour des indications non pertinentes ou pour remplacer les interventions psychosociales en raison d'un manque de dispensateurs de soins ou de services insuffisants. L'utilisation accrue de la quétiapine (signalée dans le présent rapport) soulève des préoccupations puisqu'elle est dispensée à faibles doses et qu'elle est peut-être utilisée en tant qu'agent somnifère.

Conclusion : aller de l'avant

Dans le meilleur des mondes, le système de soins intègre un continuum de services : des activités de promotion de la santé mentale auprès de tous les enfants et les jeunes, des mesures de prévention ciblées pour les personnes à risque et un soutien continu sur le plan interventionnel auprès des personnes vulnérables^{27, 70, 71}. D'ailleurs, le rapport *Evergreen : document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada* met surtout l'accent sur la promotion et la prévention en amont, en vue de renforcer les compétences, réduire la

stigmatisation, favoriser la résilience et améliorer la compréhension²⁷. Plusieurs provinces et territoires du pays ont déployé des efforts afin d'établir un système de soins intersectoriel coordonné qui intègre des services de promotion, de prévention et d'intervention^{65, 72, 73}.

« Un gouffre sépare les services financés par le secteur public des services privés. Ils semblent fonctionner dans 2 univers distincts qui ne communiquent pas entre eux. »

— Parent d'un enfant qui a vécu cette expérience

Il est essentiel de poursuivre les efforts visant à favoriser la santé mentale de nos enfants et de nos jeunes. Les provinces et les territoires sont à prendre des mesures pour résoudre cette question et réalisent de grands progrès dans ce sens. Il importe par ailleurs de suivre de près l'utilisation des soins de santé au fil du temps afin de bien comprendre les besoins changeants des enfants et des jeunes sur le plan des soins de santé mentale. Selon certains experts, les stratégies ou cadres de travail doivent viser à renforcer la capacité à dispenser des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes dans la collectivité, que ce soit par l'intermédiaire d'organismes de soins de santé primaires ou du système scolaire²¹. Par exemple, la mise en place éventuelle d'activités de prévention et de détection des troubles mentaux dans les milieux de soins de santé primaires ou scolaires pourrait réduire la nécessité de recourir au service d'urgence. Il importe aussi de s'assurer que les services et les traitements dispensés sont efficaces, fondés sur des données probantes et conçus pour répondre aux besoins de l'enfant⁷⁴. Comme les taux de réadmissions et de visites répétées sont élevés chez ce type de patients, il faut mettre en place des pratiques exemplaires régissant les visites au service d'urgence et les hospitalisations afin de réduire l'utilisation de ces services coûteux.

De façon générale, de meilleures données et une meilleure information permettraient de comprendre l'importance des services de santé mentale en milieu communautaire dans l'ensemble du système de santé mentale visant les enfants et les jeunes. Elles permettraient aussi d'évaluer l'incidence d'une réduction de la stigmatisation sur l'utilisation des soins de santé. Enfin, la coordination et l'intégration des services dans l'ensemble du continuum de soins doivent sans aucun doute être améliorées, au chapitre non seulement de la prestation des services de première ligne, mais aussi du financement et de la responsabilisation des provinces et territoires.

Annexe A : Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), cycles 1, 4 et 8

Des données tirées de l'ELNEJ ont permis de déterminer l'incidence de plusieurs facteurs (qui étaient présents plus tôt dans la vie) sur l'autodéclaration de dépression chez les adultes de 18 à 22 ans.

Constatations :

1. Les enfants qui avaient entre 4 et 8 ans au moment où leurs principaux aidants étaient atteints de dépression (autodéclarée) étaient 2 fois plus susceptibles de déclarer une dépression à l'âge de 18 à 22 ans.
2. Les enfants de familles à faible revenu âgés de 4 à 8 ans étaient près de 2 fois plus susceptibles de déclarer une dépression au début de l'âge adulte.
3. Les enfants ayant déclaré avoir fait face à des difficultés émotionnelles à l'âge de 10 à 14 ans étaient 4 fois plus susceptibles de déclarer une dépression 8 ans plus tard.
4. Les enfants qui ont fait l'objet de pratiques parentales hautement inefficaces tôt dans leur vie étaient près de 2 fois plus susceptibles de déclarer une dépression au début de l'âge adulte.
5. Les autres facteurs analysés, notamment les indications d'interactions positives, l'agressivité, l'hyperactivité et le dysfonctionnement familial ne constituaient pas des facteurs prédictifs de la dépression.

Tableau A1 : Résultats — dépression autodéclarée à l'âge de 18 à 22 ans

	Rapport de cotes non ajusté (IC 95 %)	Rapport de cotes ajusté (IC 95 %)
Sexe — masculin	0,6 (0,4-0,9)	0,4 (0,4-1,0)
Dépression d'un parent ou d'un aidant alors que l'enfant est âgé de 4 à 8 ans	2,0 (1,1-3,8)	1,3 (0,7-2,5)
Milieu familial à faible revenu à l'âge de 4 à 8 ans	1,8 (1,0-3,0)	1,7 (0,9-3,0)
Pratiques parentales inefficaces	1,9 (1,0-3,5)	1,7 (0,9-3,2)
Troubles émotionnels à l'âge de 10 à 14 ans	4,0 (2,3-6,9)	3,6 (2,0-6,6)

Source

Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, Statistique Canada, cycles 1, 4 et 8.

Enquête canadienne sur l'incapacité

L'Enquête canadienne sur l'incapacité donne un aperçu des expériences vécues par les Canadiens ayant des incapacités. Les données tirées de l'enquête menée en 2012 révèlent que les troubles mentaux représentent le type d'incapacité le plus courant chez les jeunes de 15 à 24 ans, et que ce groupe d'âge déclare le plus grand nombre de difficultés d'apprentissage et de déficiences développementales⁷⁵. L'analyse réalisée par l'ICIS repose sur les constatations concernant les jeunes de 15 à 24 ans.

Selon l'Enquête canadienne sur l'incapacité, le pourcentage de Canadiens de 15 à 24 ans qui ont déclaré être atteints d'une incapacité liée à la santé mentale variait selon les provinces et territoires, allant de 1,3 % au Québec à 2,8 % en Nouvelle-Écosse. Le taux d'emploi des 15 à 24 ans atteints de troubles mentaux correspondait à environ la moitié du taux d'emploi chez ceux qui ne présentaient aucune incapacité. Plus de la moitié des répondants (52 %) de 15 à 24 ans qui ont déclaré être atteints d'un trouble mental se sont dits désavantagés sur le plan de l'emploi par rapport à ceux qui ne présentaient aucune incapacité. Par ailleurs, la plupart des répondants de 15 à 24 ans (98 %) étaient inscrits à un programme d'études à temps plein ou à temps partiel; bien que cela soit encourageant, il convient de souligner que tous âges confondus, les répondants atteints de troubles mentaux présentaient un niveau de scolarité plus faible que les autres — 26 % des répondants de 25 à 44 ans n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Il est donc impératif d'offrir du soutien aux jeunes qui sont atteints de troubles mentaux et inscrits à un programme d'études, afin de favoriser leur réussite scolaire.

Ces enquêtes sont de précieux outils du fait qu'elles fournissent des estimations démographiques de l'état de santé mentale des enfants et des jeunes au Canada. Elles renseignent également sur les corrélats de l'incapacité et les résultats associés à ce type d'affections. Il importe de bien cerner les facteurs contributifs de la dépression auxquels les enfants sont exposés tôt dans la vie. Les ressources peuvent alors être affectées, par exemple, à des interventions en milieu familial en cas de dépression parentale, de façon à optimiser les résultats. Il convient par ailleurs d'analyser la situation des jeunes Canadiens atteints de troubles mentaux dans le milieu de travail comme à l'école, afin de faciliter la planification des ressources affectées à ces jeunes et de les aider à atteindre les mêmes niveaux d'accomplissement et de réussite que les autres.

Pour obtenir des précisions d'ordre méthodologique, consulter les notes techniques qui figurent sur le [site Web](#).

Annexe B : Sources des données et définitions

Analyses des visites au service d'urgence et des hospitalisations

Les données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS ont permis d'identifier les enfants et les jeunes qui ont effectué une visite au service d'urgence en raison de troubles mentaux, de 2006-2007 à 2013-2014, dans l'ensemble de l'Alberta, de l'Ontario et du Yukon. Des données partielles d'autres provinces, notamment la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, ont été prises en compte pour certaines années. L'analyse des taux ne porte que sur l'Ontario et l'Alberta. Le SNISA a commencé à recueillir les données complètes de l'Ontario et de l'Alberta en 2006-2007, ce qui explique la période d'analyse choisie. L'analyse de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) a permis de caractériser les séjours des enfants et des jeunes atteints de troubles mentaux qui ont été hospitalisés de 2006-2007 à 2012-2013. Enfin, les données tirées de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) et du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) ont permis de caractériser les hospitalisations des enfants et des jeunes atteints de troubles mentaux au Canada en 2013-2014.

L'analyse des visites au service d'urgence et des hospitalisations portait sur 4 groupes d'âge : de 5 à 9 ans, de 10 à 14 ans, de 15 à 17 ans et de 18 à 24 ans. Le choix de ces groupes d'âge repose sur une revue de la littérature et la consultation d'experts. Les volumes de cas pour le groupe d'enfants de 5 à 9 ans sont faibles. Toutefois, ces jeunes enfants peuvent présenter d'importants problèmes de santé mentale. Les jeunes de 18 à 24 ans ont suscité un intérêt particulier : d'une part, les problèmes qu'ils présentent sont de plus en plus complexes⁷⁶, et de l'autre, ils se situent au point de transition entre le système de soins pédiatriques et le système de soins aux adultes.

Analyses liées à la pharmacothérapie

Les psychotropes couramment dispensés aux jeunes atteints de troubles mentaux graves se divisent en 2 principales catégories : les médicaments utilisés dans le traitement des troubles de l'humeur et anxieux, et les antipsychotiques utilisés dans le traitement de la schizophrénie et des troubles schizophréniques. Une liste des psychotropes qui ont permis de définir la cohorte figure dans les notes techniques. Aucune donnée sur le diagnostic n'était disponible. Les patients ont été intégrés à la cohorte de l'étude en fonction d'un seul critère, soit la prise d'au moins un des médicaments visés.

La présente analyse s'est appuyée sur les demandes de remboursement de médicaments des jeunes (de 15 à 24 ans) qui ont reçu des psychotropes. Elles ont été tirées du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS, telles qu'elles ont été soumises par les régimes publics d'assurance-médicaments de 3 provinces (le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique), et par le régime fédéral d'assurance-médicaments de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Les demandes de remboursement de médicaments provenant du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique s'échelonnaient de 2007-2008 à 2013-2014, tandis que celles provenant de la DGSPNI s'échelonnaient de 2011-2012 à 2013-2014. La population de clients de la DGSPNI a considérablement diminué en 2013-2014, en raison de la création de la Régie de la santé des

Premières Nations (RSPN). De juillet à octobre 2013, la RSPN a progressivement pris en charge les responsabilités de la DGSPNI ainsi que les programmes et les services qu'elle offrait autrefois aux clients des Premières Nations résidant en Colombie-Britannique. Pour ce motif, les demandes de remboursement de médicaments soumises en Colombie-Britannique ou au nom des clients de la RSPN ont été exclues à compter du 1^{er} octobre 2013. Les analyses portant sur les milieux urbains et ruraux ainsi que sur le revenu de quartier ne tiennent pas compte des données de la Saskatchewan ou de la DGSPNI. Les analyses qui incluent les données sur les demandes de remboursement de médicaments antérieures à 2011-2012 excluent celles de la DGSPNI.

Veillez noter que toutes les différences présentées sont statistiquement significatives. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie, consulter les notes techniques qui figurent sur le [site Web](#).

Annexe C : Diagnostics inclus dans l'analyse des visites au service d'urgence et des hospitalisations

Catégorie de diagnostics	Codes de la CIM-10-CA	Codes du DSM-IV
Troubles organiques	F00–F09, F53.1, G30, R41.3	290.40–290.43, 293.0, 293.9, 294.0, 294.8, 294.10, 294.11, 294.9, 310.1, 780.09
Troubles liés à l'utilisation de substances	F10–F19, F55	291.0–291.9, 292.0, 292.11, 292.12, 292.81, 292.82–292.84, 292.85, 292.89, 292.9, 303.00, 303.90, 304.00, 304.10, 304.20, 304.30, 304.40, 304.50, 304.60, 304.80, 304.90, 305.1, 305.00, 305.20, 305.30, 305.40, 305.50, 305.60, 305.70, 305.90
Troubles schizophréniques et psychotiques	F20–F29, R41.0	295.10, 295.20, 295.30, 295.40, 295.60, 295.70, 295.90, 297.1, 297.3, 293.81, 293.82, 298.8, 298.9
Troubles de l'humeur	F30–F33, F34.0, F34.1, F34.8, F34.9, F38, F39, F53.0	296.00–296.06, 296.40–296.46, 296.50–296.56, 296.60–296.66, 296.7, 296.80, 296.89, 301.13, 296.20–296.26, 296.30–296.36, 300.4, 311, 293.83, 296.90
Troubles anxieux	F40–F42, F93.0–F93.2, F43.0, F43.1, F43.8, F43.9	300.00–300.02, 300.21–300.23, 300.29, 300.3, 309.21, 293.84, 293.89, 308.3, 309.81
Troubles de la personnalité	F60–F62, F68–F69	301.0, 301.20, 301.22, 301.4, 301.50, 301.6, 301.7, 301.81–301.83, 301.9
Autres troubles	F43.2, F44, F45, F48.0, F48.1, F48.8, F48.9, F53.8, F53.9, F50–F52, F54, F59, F63–F66, F70–F73, F78–F92, F93.0, F93.3, F93.8, F93.9, F94, F95, F98, F99, O99.3	309.0, 309.24, 309.28, 309.3, 309.4, 309.9, 307.80, 307.89, 302.2–302.4, 302.70–302.76, 302.79, 302.81–302.85, 302.89, 302.9, 306.51, 607.84, 608.89, 625.0, 625.8, 300.12–300.16, 300.19, 300.6, 300.11, 300.7, 300.81, 300.82, 307.1, 307.50, 307.51, 307.42, 307.44–307.47, 312.30–312.34, 312.39, 290.40–290.43, 316, 300.9, 299.00, 299.10, 299.80, 302.6, 307.0, 307.20–307.23, 307.3, 307.52, 307.53, 307.59, 307.6, 307.7, 307.9, 309.21, 312.81, 312.82, 312.89, 312.9, 313.23, 313.81, 313.82, 313.89, 313.9, 314.00, 314.01, 314.9, 315.00, 315.1, 315.2, 315.31, 315.32, 315.39, 315.4, 315.9, 317, 318.0–318.2, 319

Les regroupements selon le diagnostic correspondent aux données de 2012-2013. Pour de plus amples renseignements sur les regroupements selon le diagnostic des années antérieures, communiquez avec l'équipe Santé mentale et Toxicomanie à bdsmmh@icis.ca.

Références

1. Gouvernement du Canada. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ottawa, ON : ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2006.
2. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, ON : ASPC; 2002. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index-fra.php>. Consulté le 10 juillet 2014.
3. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):709-717.
4. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, AB : CSMC; 2012.
5. Kessler RC, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(24):2515-2523.
6. Murphy M, Fonagy P. *Mental Health Problems in Children and Young People. Annual Report of the Chief Medical Officer 2012*. Our Children Deserve Better; 2012.
7. Waddell C, et al. *Child and Youth Mental Disorders: Prevalence and Evidence-Based Interventions: A Research Report for the British Columbia Ministry of Children and Family Development*. Vancouver, BC : Children's Health Policy Centre; 2014.
8. Center on the Developing Child, Université Harvard. Early Childhood Mental Health. http://developingchild.harvard.edu/resources/briefs/inbrief_series/inbrief_early_childhood_mental_health/. Consulté le 9 mars 2015.
9. Statistique Canada. Santé mentale perçue, selon le groupe d'âge et le sexe (très bonne ou excellente (%)). <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?id=1051101&p2=33&retrLang=fra&lang=fra>. Consulté le 13 mars 2015.
10. Statistique Canada. Tableau 105-1101 : Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?id=1051101&p2=33&retrLang=fra&lang=fra>. Dernière modification le 18 septembre 2013. Consulté le 11 mars 2015.
11. Smith A, Stewart D, Poon C, Peled M, Saewyc E, McCreary Centre Society. *From Hastings Street to Haida Gwaii: Provincial Results of the 2013 BC Adolescent Health Survey*. Vancouver, BC : McCreary Centre Society; 2014.
12. Boak A, Hamilton HA, Adlaf EM, Beitchman JH, Wolfe D, Mann RE. *The Mental Health and Well-Being of Ontario Students, 1991–2013: Detailed OSDUHS Findings* (CAMH Research Document Series No. 38). Toronto, ON : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2014.
13. Select Standing Committee on Children and Youth. *Interim Report: Youth Mental Health in British Columbia*. Victoria, BC : Select Standing Committee on Children and Youth; 2014.

14. BC Medical Services Commission. Anxiety and Depression in Children and Youth—Diagnosis and Treatment. <http://www.bcguidelines.ca/>. Dernière modification le 1^{er} janvier 2010. Consulté le 10 janvier 2014.
15. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. *Together We Can: The Plan to Improve Mental Health and Addictions Care for Nova Scotians*. Halifax, NS : ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse; 2012.
16. Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. *Strategic Plan April, 2010–March, 2013*. MB : Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances; juin 2009.
17. Representative for Children and Youth. *Still Waiting: First-Hand Experiences With Youth Mental Health Services in B.C.* Victoria, BC : Representative for Children and Youth; 2013.
18. Dagnone T. *For Patients' Sake: Patient First Review Commissioner's Report to the Saskatchewan Minister of Health*. Patient First Review Commission; 2009.
19. Smetanin P, et al. The life and economic impact of major mental illnesses in Canada. <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/5024>. 2011.
20. Kirby MJL, Keon WJ. *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Ottawa, ON : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie; 2006.
21. Kutcher S. Facing the challenge of care for child and youth mental health in Canada: a critical commentary, five suggestions for change and a call to action. *Healthcare quarterly*. 2011;14:14-21.
22. Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de santé 2011*. Ottawa, ON : ICIS; 2011.
23. Aron L, Honberg R, Duckworth K, et al. *Grading the States 2009: A Report on America's Health Care System for Adults With Serious Mental Illness*. Arlington, US : National Alliance on Mental Illness; 2009.
24. Garcia-Ortega I, Kadlec H, Kutcher S, et al. Program evaluation of a child and youth mental health training program for family physicians in British Columbia. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;22(4):296-302.
25. Santé mentale pour enfants Ontario. Pre-Budget Submission 2015. <http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/CMHO-PreBudget-Submission-2015-16.pdf>. Consulté le 17 mars 2015.
26. Jeunesse, J'écoute. *25 Years of Making a Difference, 2013-2014 Impact Report*. <http://org.kidshelpphone.ca/main-data/uploads/2014/11/Kids-Help-Phone-2013-14-Impact-Report.pdf>. Consulté le 10 mars 2015.
27. Kutcher S, McLuckie A. *Evergreen : document-cadre en matière de santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada; 2010.

28. Waddell C, Shepherd C. *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth*. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, Université de la Colombie-Britannique. http://www.cf.gov.bc.ca/mental_health/pdf/02a_cymh.pdf. 2002.
29. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009;11.1: 7.
30. Pearson C, Janz T, Ali J. *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2013.
31. McIntyre RS, Jeanette MJ. Polypharmacy in children and adolescents treated for major depressive disorder: a claims database study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70(2):240.
32. Patten SB, Waheed W, Bresee L. IN REVIEW—A review of pharmacoepidemiologic studies of antipsychotic use in children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012;57(12):717.
33. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67.1:26-36.
34. Olfson M, He J, Merikangas KR. Psychotropic medication treatment of adolescents: results from the National Comorbidity Survey—Adolescent Supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52.4:378-388.
35. Jonas BS, Gu Q, Albertorio-Diaz JR. Psychotropic medication use among adolescents: United States, 2005-2010. *NCHS Data Brief*. 2013;135: 1-8.
36. Katz LY, Kozyrskyj AL, Prior HJ, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. *CMAJ*. 2008;178(8):1005-1011. PM:18390943.
37. Gouvernement du Canada. Santé Canada avertit les Canadiens de la présence de mises en garde plus vigoureuses concernant les ISRS et d'autres nouveaux antidépresseurs. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2004/13708a-fra.php>. Consulté le 16 mars 2015.
38. Mitchell B, Carleton B, Smith A, Prosser R, Brownell M, Kozyrskyj A. Trends in psychostimulant and antidepressant use by children in 2 Canadian provinces. *Can J Psychiatry*. 2008; 53(3):152-159. PM:18441661.
39. Raymond CB, Morgan SG, Caetano PA. Antidepressant utilization in British Columbia from 1996 to 2004: increasing prevalence but not incidence. *Psychiatr Serv*. 2007;58(1):79-84. PM:17215416.
40. Boylan K, Romero S, Birmaher B. Psychopharmacologic treatment of pediatric major depressive disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;191(1):27-38. PM:16896960.
41. Dudley M, Hadzi-Pavlovic D, Andrews D, Perich T. New-generation antidepressants, suicide and depressed adolescents: how should clinicians respond to changing evidence? *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(6):456-466. PM:18465372.

42. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007;297(15):1683-1696. PM:17440145.
43. Korczak DJ; Canadian Paediatric Society Mental Health and Developmental Disabilities Committee. Use of selective serotonin reuptake inhibitor medications for the treatment of child and adolescent mental illness. *Paediatr Child Health*. 2013;18(9):487-491.
44. Kutcher S, Gardner DM. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and youth suicide: making sense from a confusing story. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(1):65-69. PM:18281842.
45. Lam D, Gorman DA, Patten S, Pringsheim T. The pharmacoepidemiology of selective serotonin reuptake inhibitors for children and adolescents in Canada from 2005 to 2009: a database analysis. *Paediatr Drugs*. 2013;15(4):319-327. PM:23529865.
46. Therapeutics Letter. Therapeutics initiative Evidence Based Drug Therapy. Is use of quetiapine for sleep evidence-based? Université de la Colombie-Britannique; 2010.
47. Herper M. Forbes > Antipsychotic prescribed as sleeping pill. http://www.forbes.com/2004/09/08/cx_mh_0908seroquel.html. Consulté le 11 mars 2015.
48. Ronsley R, Scott D, Warburton WP, et al. A population-based study of antipsychotic prescription trends in children and adolescents in British Columbia, from 1996 to 2011. *Can J Psychiatry*. 2013;58(6):361-369. PM:23768264.
49. Alessi-Severini S, et al. Ten years of antipsychotic prescribing to children: a Canadian population-based study. *Can J Psychiatry*. 2012;57.1:52-58.
50. Pringsheim T, et al. Metabolic and neurological complications of second-generation antipsychotic use in children. *Drug Safety*. 2011;34.8:651-668.
51. Doey T, et al. Survey of atypical antipsychotic prescribing by Canadian child psychiatrists and developmental pediatricians for patients aged under 18 years. *Can J Psychiatry*. 2007;52.6:363-368.
52. Spencer D, Marshall J, Post B, et al. Psychotropic medication use and polypharmacy in children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2013;132(5):833-840. PM:24144704.
53. Amor LB. Antipsychotics in pediatric and adolescent patients: a review of comparative safety data. *Journal of Affective Disorders*. 2012;138:S22-S30.
54. Seida JC, et al. Antipsychotics for children and young adults: a comparative effectiveness review. *Pediatrics*. 2012;129.3:e771-e784.
55. Choosing wisely. Treating Disruptive behavior in people with Dementia. http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2014/04/CR-ChoosingWiselyAntipsychoticsAGS-ER_092013.pdf. Consulté le 12 mars 2015.
56. Blader JC. Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68.12:1276-1283.
57. Bardach N-É, et al. Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. *Pediatrics*. 2014;133.4:602-609.

58. Sanchez M, et al. Variations in Canadian rates of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Healthcare Quarterly*. 2008;11.4:20.
59. Boydell KM, et al; Centre for Rural and Northern Health Research. Overcoming barriers to mental health care for rural children. *Focus*. <http://www.cranhr.ca/pdf/focus/FOCUS04-A4.pdf>. Consulté le 18 mars 2015.
60. Shields M. Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé. *Rapports sur la santé*. 2008;19.2:51.
61. Wittchen HU, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21.9: 655-679.
62. McMartin SE, et al. Time trends in symptoms of mental illness in children and adolescents in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2014;186.18:E672-E678.
63. Statistique Canada. Santé mentale et bien-être. <http://www5.statcan.gc.ca/subject-sujet/result-resultat?pid=2966&id=2443&lang=eng&type=CST&pageNum=1&more=0>. Consulté le 13 mars 2015.
64. Santor DA, Short K, Ferguson B. *Taking Mental Health to School: A Policy-Oriented Paper on School-Based Mental Health for Ontario*. Centre de l'excellence de l'Ontario en santé mentale et des adolescents du CHEO; 2009.
65. Commission de la santé mentale du Canada. *School-Based Mental Health in Canada: A Final Report*. http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/ChildYouth_School_Based_Mental_Health_Canada_Final_Report_ENG.pdf. Consulté le 12 mars 2015.
66. Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord DR, Hua JM. A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Can J Psychiatry*. 2005;50:226-33.
67. NMHWG Information Strategy Committee Performance Indicator Drafting Group. *Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services*. ISC Discussion Paper No. 6, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra, Australie; 2005.
68. Santé mentale pour enfants Ontario. *Funding Principles for Child and Youth Mental Health*. 2008. http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kidsmentalhealth.ca%2Fdocuments%2FRes_Funding_Principles_for_Child_and_Youth_Mental_Health.pdf&ei=bWv_VIP4FouayAS98YHADg&usg=AFQjCNFohRRSfDGR2vliMLDYIDdP-1VcGQ&sig2=7SyZa89Z98MJs12u598XCA.
69. Merikangas KR, et al. Medication use in US youth with mental disorders. *JAMA Pediatrics*. 2013;167.2:141-148.
70. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, dir. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. National Academies Press, 2009.
71. Organisation mondiale de la santé. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: Summary Report*. OMS : Genève, Suisse; 2004.
72. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Esprit ouvert, esprit sain : stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. Toronto, ON : MSSLD; 2011.

73. Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Pour l'avancement de la santé mentale. <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/specialneeds/mentalhealth/moving-on-mental-health.aspx>. Dernière modification le 26 octobre 2011. Consulté le 10 mars 2015.
74. Ungar M, et al. Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and resilience among adolescents using multiple psychosocial services. *Child abuse & Neglect*. 2013;37.2:150-159.
75. Bizier C, Marshall C, Fawcett G. *Mental Health-Related Disabilities Among Canadians Aged 15 Years and Older, 2012*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2014.
76. MacKean G. Mental health and well-being in post-secondary education settings. *CACUSS Preconference Workshop on Mental Health*. 2011.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
www.icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-369-9 (PDF)

© 2015 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

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

This publication is also available in English under the title *Care for Children and Youth With Mental Disorders*.

ISBN 978-1-77109-368-2 (PDF)

Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, rue Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge, bureau 300
Toronto (Ontario) M2P 2B7
Téléphone : 416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas, bureau 600
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7
Téléphone : 250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300
Montréal (Québec) H3A 2R7
Téléphone : 514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water, bureau 701
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6
Téléphone : 709-576-7006