



# Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services

## Introduction

Selon les données d'enquêtes les plus récentes, près d'une personne sur cinq est atteinte de troubles mentaux, au Québec comme au Canada. Parmi ceux-ci, les troubles anxieux, la dépression et la schizophrénie touchent respectivement 10 %, 5 % et 1 % de la population (ISQ, 2010).

Des études ont montré que tous les troubles mentaux sont associés à une surmortalité (Lawrence et collab., 2010; Roest et collab., 2010; Murphy et collab., 2010). Les troubles mentaux sont particulièrement associés au suicide et représentent 50 à 60 % de la fraction populationnelle attribuable du risque de suicide (Arsenault-Lapierre et collab., 2004; Cavanagh et collab., 2003). Or, le suicide seul n'explique pas la surmortalité associée aux troubles mentaux.

L'analyse d'une enquête populationnelle de 2002 a montré qu'au Québec comme ailleurs au Canada la majorité des gens qui présentent des troubles mentaux ne consultent pas de professionnels de la santé (Gravel et Béland, 2005; ISQ, 2010). Les médecins de famille représentent les professionnels les plus consultés pour les troubles mentaux; globalement 5 % de la population déclare avoir consulté un médecin de famille pour fins de santé mentale (ISQ, 2010). La même enquête montre par ailleurs que seulement 2 % de la population rapporte avoir consulté un psychiatre dans la dernière année, tandis que 3 % de ceux-ci déclare avoir vu un psychologue (ISQ, 2010).

Bien que les enquêtes populationnelles basées sur des questionnaires standardisés sur les troubles mentaux renseignent sur leur prévalence, elles ne peuvent pas fournir, en temps opportun, de données propres à la surveillance des changements de leur prévalence ou celle de leurs complications. De plus, elles ne peuvent pas renseigner sur le lien entre l'offre et l'utilisation des services, ce qui permettrait de soutenir la planification de la prévention et l'organisation des services de santé mentale au niveau provincial, régional ou local.

Pour pallier cette difficulté, l'unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants (USMCD) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a reçu le mandat de développer et de mettre en œuvre un système de surveillance des troubles mentaux au Québec.

Ainsi, afin de renseigner sur la nature et l'ampleur des troubles mentaux au Québec, l'USMCD publie ce premier rapport de surveillance des troubles mentaux pour les années 1999-2000 à 2009-2010. Celui-ci renseigne sur la prévalence diagnostiquée de l'ensemble des troubles mentaux, des troubles anxio-dépressifs et des troubles schizophréniques au Québec. Il informe également sur la mortalité associée à ces troubles et sur l'utilisation des services de santé mentale par les personnes atteintes de ces troubles.

# Méthodologie

## 1. Sources de données

Les estimations ont été produites à partir des données issues du jumelage de fichiers administratifs de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), qui composent le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Ces fichiers sont le fichier d'inscription des personnes assurées à l'assurance maladie (FIPA), le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO et le fichier des décès du Registre des événements démographiques. Le FIPA renseigne sur les données démographiques ainsi que sur les périodes d'éligibilité à l'assurance maladie. Le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte compile tous les actes médicaux facturés à la RAMQ alors que le fichier des hospitalisations recense les diagnostics principaux et secondaires associés à une admission hospitalière. Les codes de la 9<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) sont utilisés pour la codification des diagnostics dans le fichier de services médicaux pour toute la période d'observation ainsi que dans le fichier MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006, alors que ceux de la 10<sup>e</sup> révision (CIM-10) sont utilisés dans le fichier MED-ÉCHO depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006. Le fichier des décès permet d'extraire les causes de décès pour l'étude de la mortalité.

## 2. Identification de cas et mesure de prévalence

Pour être considéré comme étant atteint d'un trouble mental, un individu âgé de 1 an ou plus devait avoir reçu au cours de l'année (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars) un diagnostic de trouble mental au fichier des services médicaux ou un diagnostic principal de trouble mental au fichier des hospitalisations. Les codes diagnostics associés aux troubles mentaux sont les suivants :

- a) Ensemble des troubles mentaux : 290-319 en CIM-9 et F00-F99 en CIM-10;
- b) Troubles anxio-dépressifs : 296, 300, 311 en CIM-9 et F30-F48, F68 en CIM-10;
- c) Troubles schizophréniques : 295 en CIM-9 et F20, F21, F23.2, F25 en CIM-10;
- d) Troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : 314 en CIM-9 et F90 en CIM-10.

L'indicateur retenu pour évaluer l'ampleur des troubles mentaux dans la population est la prévalence annuelle. L'individu doit donc répondre aux critères d'inclusion chaque année pour être considéré comme un cas prévalent de trouble mental diagnostiqué.

Le choix de représenter la prévalence des troubles mentaux par une prévalence annuelle diffère de celui d'autres maladies chroniques, comme le diabète, pour lesquelles la prévalence est calculée de façon cumulée au fil des ans. La prévalence cumulée comprend ainsi les cas récents et ceux de longue date alors que la prévalence annuelle ne comprend que les individus ayant répondu à la définition de cas au cours de l'année. Ce choix de prévalence annuelle permet de mieux représenter le fardeau sur les services de santé, mais minimise la démonstration du caractère chronique et plus étendu des troubles mentaux.

## 3. Périodes couvertes et comparaisons temporelles et régionales

Les estimations ont été obtenues à partir d'un suivi longitudinal. La période d'analyse débute le 1<sup>er</sup> avril 1999 et se termine le 31 mars 2010.

Les comparaisons dans le temps et entre les régions sont effectuées au moyen de mesures ajustées pour l'âge. Ces mesures sont obtenues par la méthode de standardisation directe à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

L'absence d'information dans les données administratives concernant les services rendus hors Québec peut représenter une limite pour les comparaisons interrégionales. En effet, les régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick (par exemple, Outaouais, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Abitibi-Témiscamingue), où une partie de la population obtient des soins médicaux dans la province voisine, peuvent présenter une sous-estimation des mesures de prévalence.

## 4. Définition de la surmortalité et mesure de l'espérance de vie

Les tables de mortalité abrégée fondées sur la méthode de Chiang ont été utilisées afin de calculer les espérances de vie des personnes atteintes de troubles mentaux par groupes d'âge quinquennaux, soient 1-4 ans, 5-9 ans, et ainsi de suite jusqu'à 80-84 ans et 85 ans et plus (Chiang, 1984). Les calculs

des espérances de vie ont été basés sur les données de mortalité qui ont été observées sur une période de 5 ans.

L'analyse des causes de décès tient compte des décès survenus au cours d'une année chez les personnes répondant à la définition de cas pendant cette même année.

La surmortalité globale et la surmortalité stratifiée selon les principales causes de mortalité des personnes atteintes de troubles mentaux ont été calculées à l'aide de rapports de taux de mortalité ajustés pour l'âge et sont présentées selon le statut de la personne, qu'elle soit atteinte, ou non, d'un trouble mental.

## 5. Définition des services

Les profils d'utilisation des services ont été construits selon le lieu où les services ont été rendus et selon la spécialité du médecin impliqué : médecin de famille (omnipraticien), psychiatre, ou autre spécialiste. Les renseignements sur le lieu ont été recueillis dans le fichier des services médicaux, fichier qui classifie les établissements. En conséquence, les cabinets privés ont été distingués des établissements publics et, à l'intérieur des centres hospitaliers, les consultations externes, l'urgence et la section psychiatrique ont été différenciées. Les informations sur la vocation de l'établissement hospitalier et sur le service hospitalier dans lequel l'individu a séjourné sont issues du fichier MED-ÉCHO.

## Résultats



### Prévalence des troubles mentaux

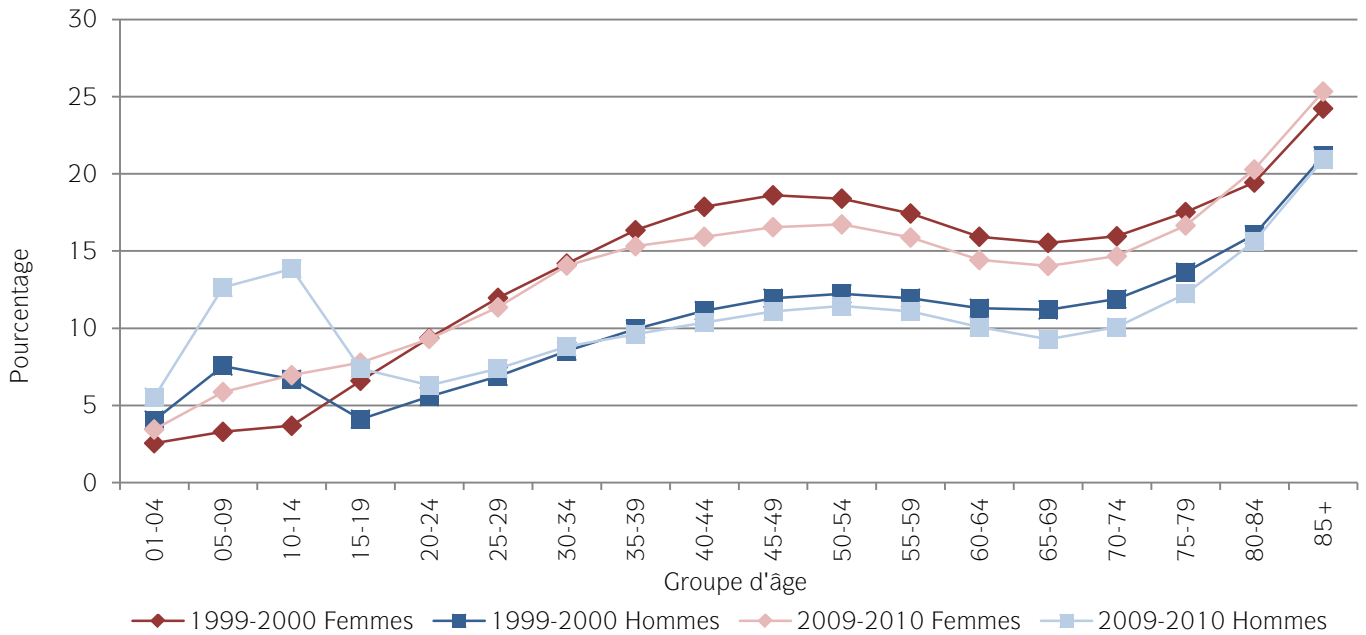
Les graphiques 1, 2 et 3 illustrent respectivement la prévalence annuelle de l'ensemble des troubles mentaux diagnostiqués, celle des troubles anxio-dépressifs et celle des troubles schizophréniques, et ce, selon l'âge et le sexe, pour la période s'étendant de 1999-2000 à 2009-2010, au Québec<sup>1</sup>. Les troubles mentaux touchent, en moyenne, 12 % de la population annuellement, ce qui représente 903 000 personnes en 2009-2010. Les troubles anxio-dépressifs, qui représentent près de 65 % de

l'ensemble des troubles mentaux, atteignent environ 7,5 % de la population, soit 581 000 individus. Les troubles schizophréniques touchent quant à eux 0,4 % des Québécois, ou 34 000 d'entre eux. Les troubles mentaux diagnostiqués, en particulier les troubles anxio-dépressifs, sont plus prévalents chez les femmes que chez les hommes. La schizophrénie, apparaît généralement au début de l'âge adulte chez les hommes; chez les femmes, l'apparition se fait un peu plus tard. En comparaison, les troubles anxio-dépressifs débutent durant l'enfance et l'adolescence chez les deux sexes. La prévalence des troubles anxio-dépressifs ou schizophréniques a peu varié entre 1999-2000 et 2009-2010.

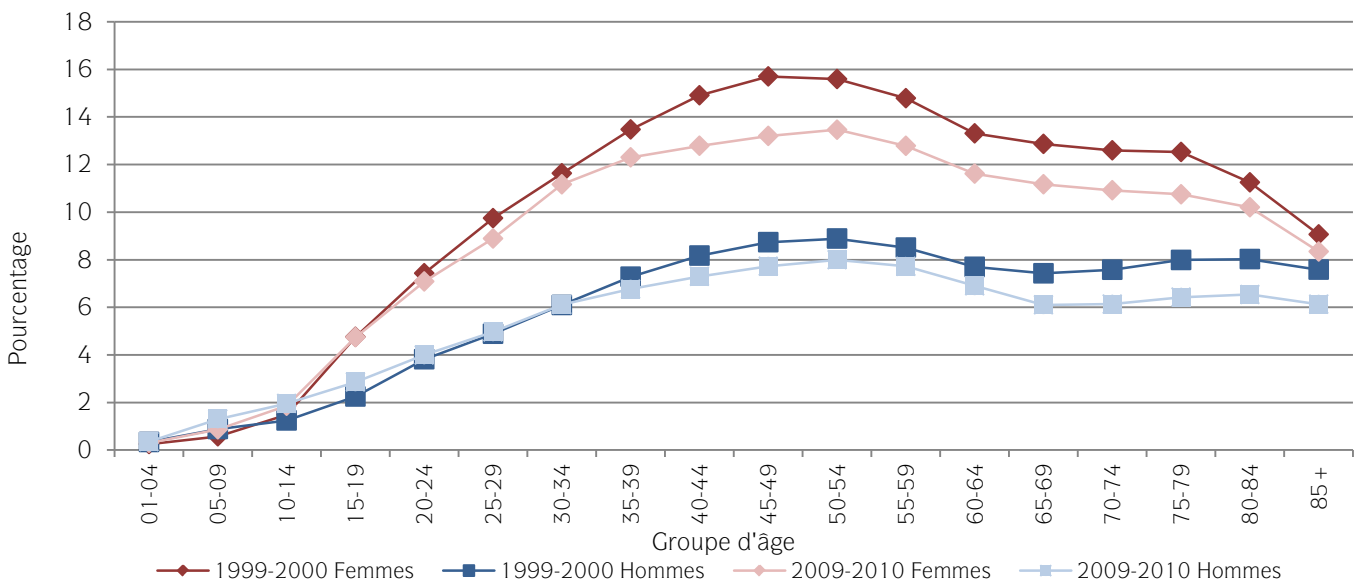
Chez les moins de 20 ans, la prévalence des troubles mentaux est passée du simple au double. Des analyses ont montré que cette importante augmentation de la prévalence des troubles mentaux au cours de la dernière décennie s'expliquait essentiellement par le diagnostic plus fréquent du trouble de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) (Brault et collab., 2012). Le graphique 4 confirme cette augmentation de la prévalence annuelle du TDAH diagnostiqué chez les garçons et les filles de moins de 20 ans au Québec au cours des dernières années.

Le tableau 1 présente le nombre de personnes atteintes par les différents types de troubles mentaux diagnostiqués au Québec en 2009-2010 ainsi que les prévalences relatives, selon la région sociosanitaire. La présentation des nombres permet d'identifier le fardeau de la prise en charge des personnes touchées par les troubles mentaux selon les régions du Québec. Par exemple, dans la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les troubles schizophréniques touchent environ 300 personnes; en Montérégie, ces troubles mentaux graves affligent près de 5 000 personnes alors que ces régions présentent les mêmes prévalences relatives. Les troubles anxio-dépressifs touchent, quant à eux, près de 6 000 Gaspésiens et Madelinots, mais plus de 100 000 Montérégiens.

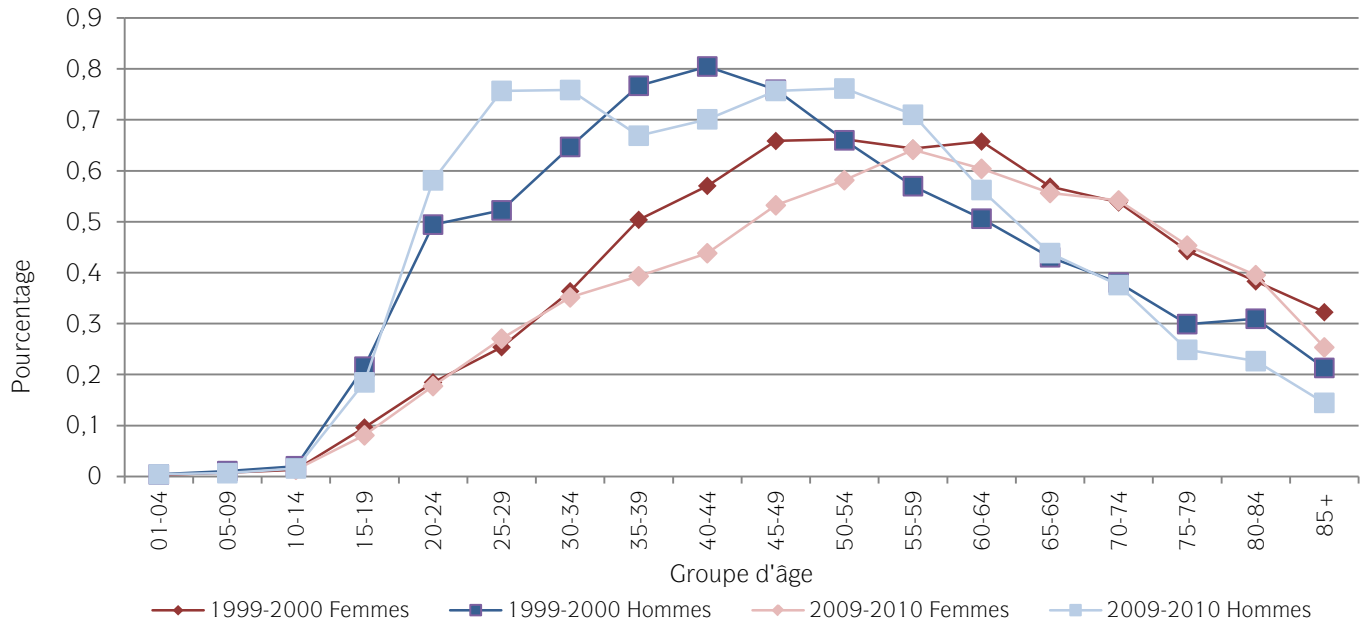
<sup>1</sup> Note : Le lecteur remarquera que les échelles (axe des y) des graphiques 1 à 4 sont différentes.



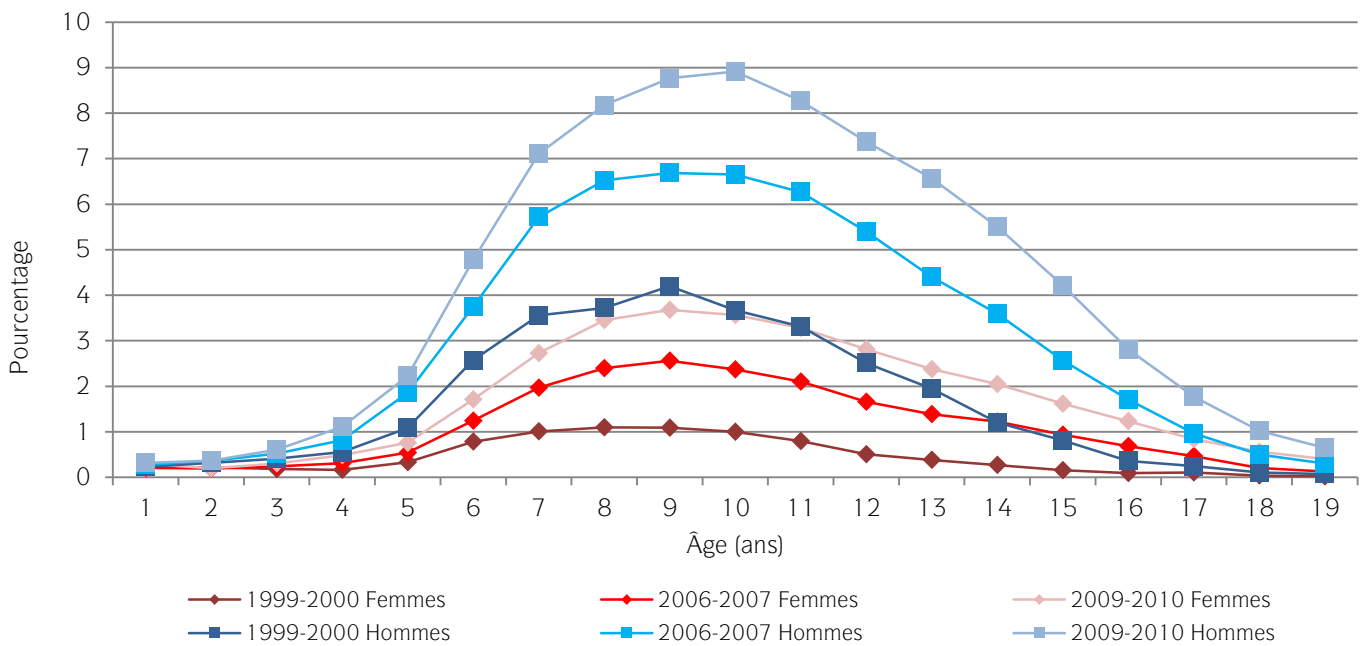
**Graphique 1** Prévalence annuelle de l'ensemble des troubles mentaux diagnostiqués selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010



**Graphique 2** Prévalence annuelle des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010



**Graphique 3** Prévalence annuelle des troubles schizophréniques diagnostiqués selon l'âge et le sexe, Québec, 1999-2000 et 2009-2010



**Graphique 4** Prévalence annuelle des troubles de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) diagnostiqués chez les moins de 20 ans selon le sexe, Québec, 1999-2000 à 2009-2010

**Tableau 1** Nombre et prévalence relative ajustée des troubles mentaux, des troubles anxio-dépressifs et des troubles schizophréniques diagnostiqués selon la région sociosanitaire, Québec, 2009-2010

	Ensemble des troubles mentaux			Troubles anxio-dépressifs			Troubles schizophréniques		
	Nombre	Prévalence relative (%)	Int. de conf. à 95 %	Nombre	Prévalence relative (%)	Int. de conf. à 95 %	Nombre	Prévalence relative (%)	Int. de conf. à 95 %
Bas-Saint-Laurent	23 507	11,7	11,5-11,8	13 680	6,7	6,6-6,9	923	0,4	0,4-0,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	23 507	12,2	12,1-12,3	19 860	7,3	7,2-7,4	1 118	0,4	0,4-0,4
Capitale-Nationale	88 111	12,8	12,7-12,9	56 425	8,0	7,9-8,1	3 251	0,5	0,4-0,5
Mauricie et Centre-du-Québec	54 689	11,0	10,9-11,1	33 288	6,7	6,6-6,8	1 866	0,4	0,4-0,4
Estrie	39 243	12,8	12,7-12,9	23 559	7,7	7,6-7,8	2 573	0,8	0,8-0,9
Montréal	214 302	11,1	11,1-11,2	144 921	7,5	7,5-7,6	11 991	0,6	0,6-0,6
Outaouais	40 586	11,5	11,3-11,6	28 340	7,9	7,8-8,0	949	0,3	0,2-0,3
Abitibi-Témiscamingue	16 644	11,7	11,5-11,9	10 417	7,3	7,2-7,4	520	0,4	0,3-0,4
Côte-Nord	8 431	9,0	8,8-9,2	5 351	5,6	5,5-5,8	321	0,3	0,3-0,4
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	9 743	10,3	10,1-10,5	5 864	6,1	6,0-6,3	314	0,3	0,3-0,4
Chaudière-Appalaches	45 364	11,3	11,2-11,4	28 415	7,0	6,9-7,1	1 409	0,3	0,3-0,4
Laval	43 058	11,0	10,9-11,1	28 480	7,3	7,2-7,4	1 229	0,3	0,3-0,3
Lanaudière	53 895	11,9	11,8-12,0	33 049	7,2	7,2-7,3	1 117	0,2	0,2-0,3
Laurentides	65 374	12,2	12,1-12,3	41 447	7,6	7,5-7,7	1 267	0,2	0,2-0,2
Montréal	163 559	11,5	11,5-11,6	106 576	7,5	7,4-7,5	4 854	0,3	0,3-0,4
Québec	902 553	11,5	11,5-11,5	581 423	7,4	7,3-7,4	33 866	0,4	0,4-0,4



### La mortalité associée aux troubles mentaux

Le tableau 2 présente l'espérance de vie à un an dans la population générale et chez les personnes avec troubles mentaux selon le sexe. Les données sont présentées par genre, pour la période 2005-2010. Chez les hommes atteints de troubles mentaux, l'espérance de vie est moindre de huit ans par rapport à celle de l'ensemble des hommes québécois. Cet écart est de quatre ans chez les hommes touchés par les troubles anxio-dépressifs et de 12 ans chez ceux atteints de troubles schizophréniques. Chez les

femmes, l'écart est moindre. L'espérance de vie des femmes qui présentent des troubles de santé mentale est diminuée de cinq ans. Chez celles atteintes de troubles schizophréniques, l'espérance de vie est réduite de neuf ans, alors qu'aucune différence significative n'est observée chez celles atteintes de troubles anxio-dépressifs.

Une analyse préliminaire des mesures d'espérance de vie des personnes atteintes de troubles mentaux pour les différentes régions du Québec montre de faibles variations interrégionales et ne sont pas présentées dans ce document.

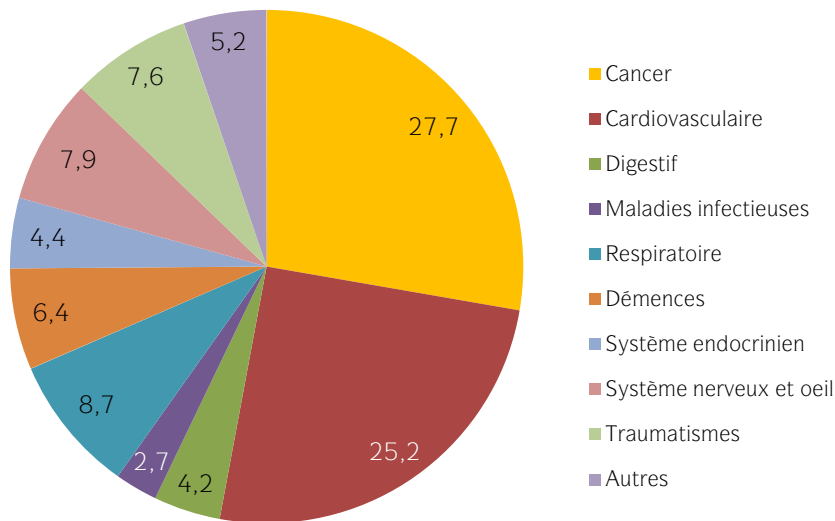
**Tableau 2**      **Espérance de vie à un an dans la population générale et chez les personnes avec troubles mentaux selon le sexe, Québec, 2005-2010**

	Espérance de vie à un an (années)	
	Hommes	Femmes
<b>QUÉBEC (population générale)</b>	<b>78</b>	<b>83</b>
Troubles mentaux	70	78
Troubles anxio-dépressifs	74	84
Troubles schizophréniques	66	74

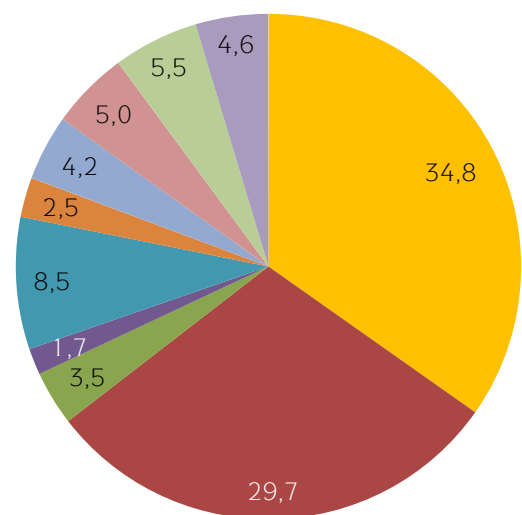
Le graphique 5 compare les causes principales de décès des personnes atteintes de troubles mentaux à celles des personnes qui n'en sont pas atteintes. Comme dans la population générale, les maladies cardiovasculaires et les cancers représentent les plus

importantes causes de décès des personnes atteintes de troubles mentaux. Cependant, la distribution est différente parce que d'autres causes sont relativement plus importantes, comme les démences et les traumatismes (incluant les suicides).

**Cause de décès parmi les personnes atteintes de troubles mentaux**



**Cause de décès parmi les personnes non atteintes de troubles mentaux**



**Graphique 5**      **Causes de décès des personnes atteintes ou non de troubles mentaux, Québec, 2000-2007**

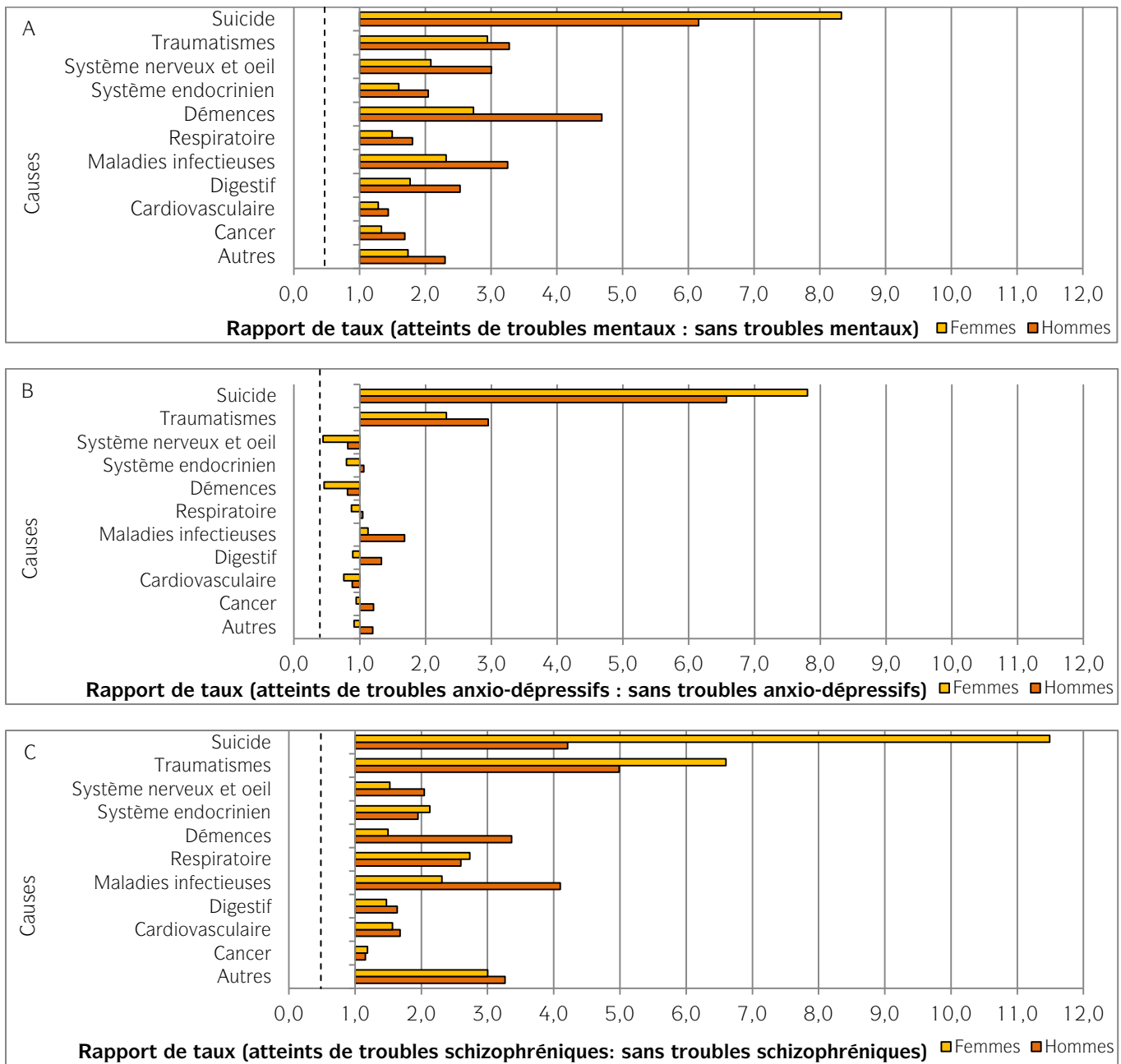
La distribution des causes de décès ne permet pas de savoir si les décès surviennent prématurément chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, des rapports de taux standardisés de mortalité pour chacune des grandes causes de décès sont présentés aux graphiques 6A, 6B et 6C. Dans ces graphiques, les rapports de taux de mortalité par suicide sont illustrés en supplément, car le suicide est aussi inclus dans la catégorie des traumatismes.

Les graphiques 6A et 6C montrent en outre que la mortalité par suicide, par traumatisme, par maladie cardiovasculaire, par maladie infectieuse, mais aussi pour l'ensemble des autres causes, est nettement plus élevée chez les personnes atteintes d'un trouble mental ou de schizophrénie que dans la population générale, signalant une mortalité prématurée de toutes les causes de décès. Le graphique 6B souligne que l'excès de mortalité lié aux troubles anxio-

dépressifs chez les hommes et les femmes est dû aux traumatismes, dont le suicide.

Il peut surprendre de voir les rapports de taux plus élevés de suicide chez les femmes que chez les hommes, étant donné que les données de surveillance

montrent au Québec qu'il y a quatre fois plus d'hommes qui se suicident que de femmes (Gagné et St-Laurent, 2010). Les rapports de taux ici présentés, sont calculés pour chaque sexe, et représentent le risque accru de décéder par rapport aux femmes et aux hommes sans trouble mental diagnostiqué.



**Graphique 6** Rapports de taux de mortalité standardisés selon l'âge des personnes avec troubles mentaux (A), troubles anxio-dépressifs (B) et troubles schizophréniques (C), selon la cause de décès et le sexe, Québec, 2000-2007





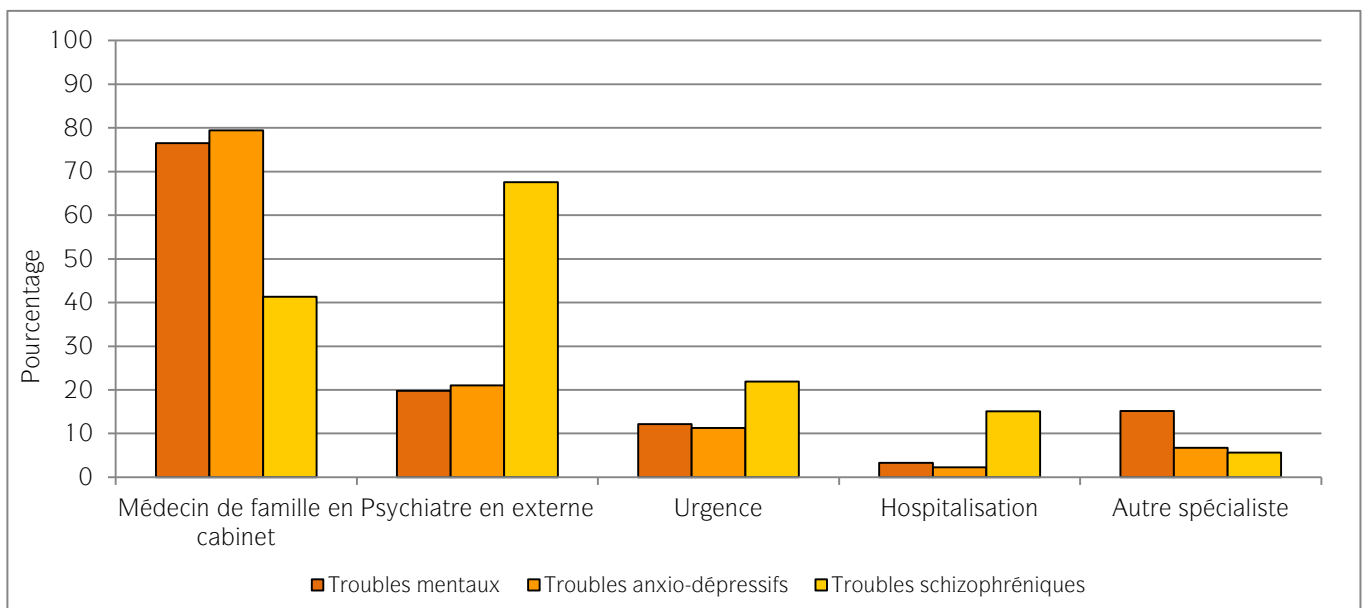
## Profil d'utilisation des services

Le profil d'utilisation des services a été analysé pour l'ensemble des personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble mental. Plus précisément, ont été identifiées les situations où le patient :

- a été vu par un médecin de famille en cabinet;
- a été vu par un psychiatre en consultation externe;
- a été vu à l'urgence;
- a été hospitalisé;
- a été vu par un médecin spécialiste, autre qu'un médecin de famille ou un psychiatre.

Le graphique 7 illustre le profil d'utilisation des services médicaux de santé mentale pour l'année 2009-2010 au Québec. Pour les personnes atteintes de troubles mentaux en général, le

graphique 7 montre que les médecins de famille sont les médecins les plus consultés par les personnes atteintes de troubles mentaux; ils sont suivis des psychiatres et d'autres médecins spécialistes. Ce graphique met également en évidence que moins de 5 % des personnes atteintes de troubles mentaux sont hospitalisées et que 12 % consultent à l'urgence au cours d'une année. Ce graphique présente, pour les personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs, un profil semblable à celui observé pour l'ensemble des troubles mentaux, à l'exception des consultations des autres spécialistes qui sont moins élevées. Le profil d'utilisation des services de santé mentale par les personnes atteintes de troubles schizophréniques indique que ces individus consultent surtout les psychiatres et sont plus à même d'être hospitalisés ou vus à l'urgence; ces derniers sont néanmoins aussi vus par des omnipraticiens.



**Graphique 7 Profil d'utilisation des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles mentaux, de troubles anxio-dépressifs et de troubles schizophréniques, Québec, 2009-2010**

Le profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale permet de tenir compte du fait qu'une même personne puisse consulter différents professionnels ou recourir à différents services de santé au cours d'une même période. Un tel profil hiérarchique permet de préciser les rôles des différents professionnels ou services de santé mentale (médecins de famille en première ligne, psychiatres,

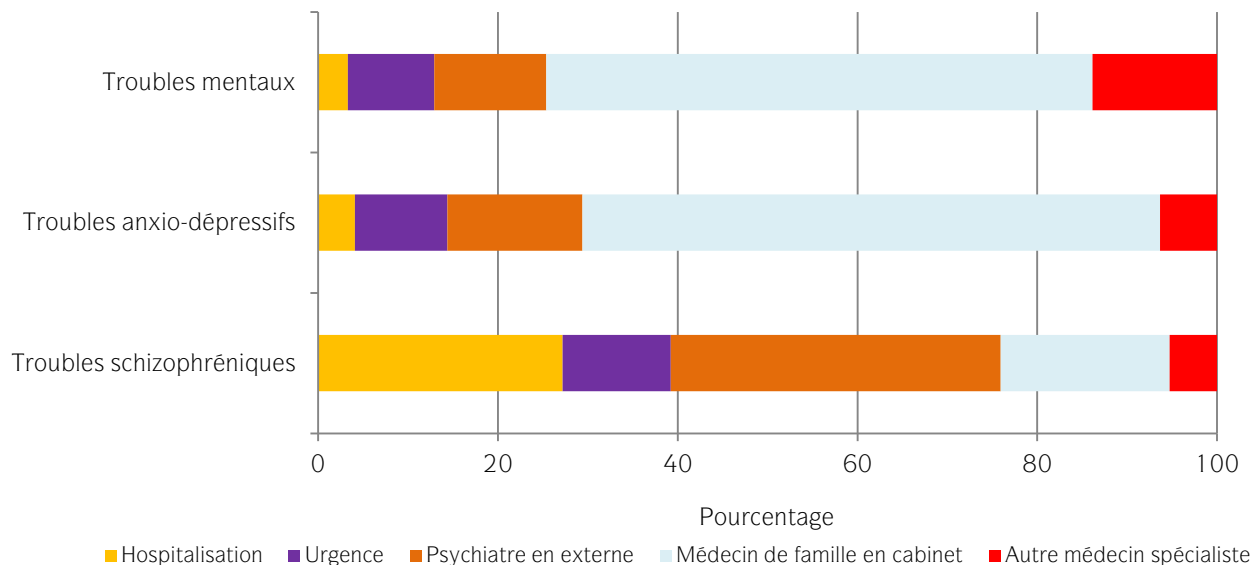
urgence et hospitalisation en deuxième ligne/services spécialisés). Dans ce profil hiérarchique, par exemple, une personne qui a été hospitalisée dans la dernière année appartient seulement à la catégorie « hospitalisation », et ce, même si elle a consulté à l'urgence ou a été vue en cabinet par un médecin de famille. De fait, le profil d'utilisation des services de santé mentale s'ordonne selon les catégories

suivantes, du plus haut au plus bas niveau hiérarchique :

- I. Hospitalisation;
- II. Urgence;
- III. Psychiatre en consultation externe;
- IV. Médecin de famille en cabinet;
- V. Autre médecin spécialiste.

Le graphique 8 montre que les médecins de famille en cabinet représentent le mode de consultation principal pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de troubles mentaux courants, comme les troubles anxio-dépressifs, au Québec en 2009-2010.

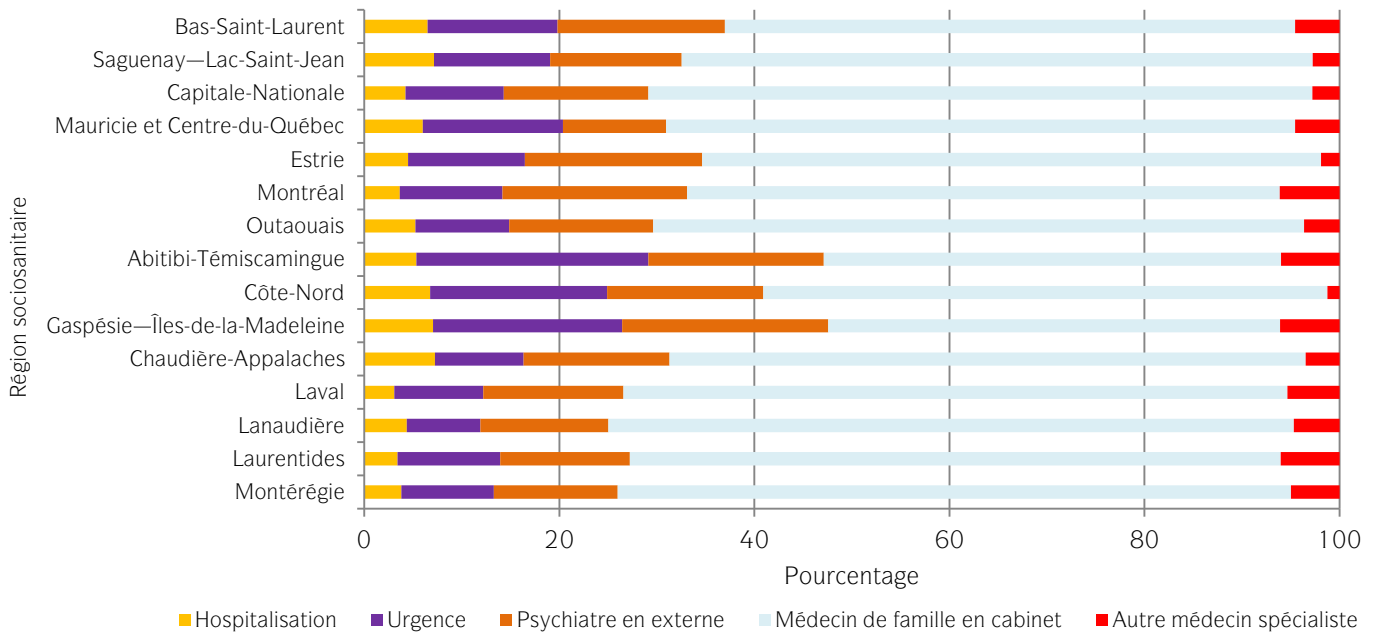
Le profil hiérarchique d'utilisation des services diffère cependant chez les individus avec troubles mentaux graves, comme la schizophrénie. En effet, le graphique 8 illustre que ces individus sont davantage hospitalisés et consultent plus les psychiatres que ceux qui présentent des troubles mentaux courants. Cela ne signifie pas, en revanche, que les personnes atteintes de schizophrénie ne consultent par leur médecin de famille, comme illustré au graphique 7. Le graphique 8 montre plutôt que les services de deuxième ligne sont utilisés de façon systématique pour soigner les troubles mentaux graves.



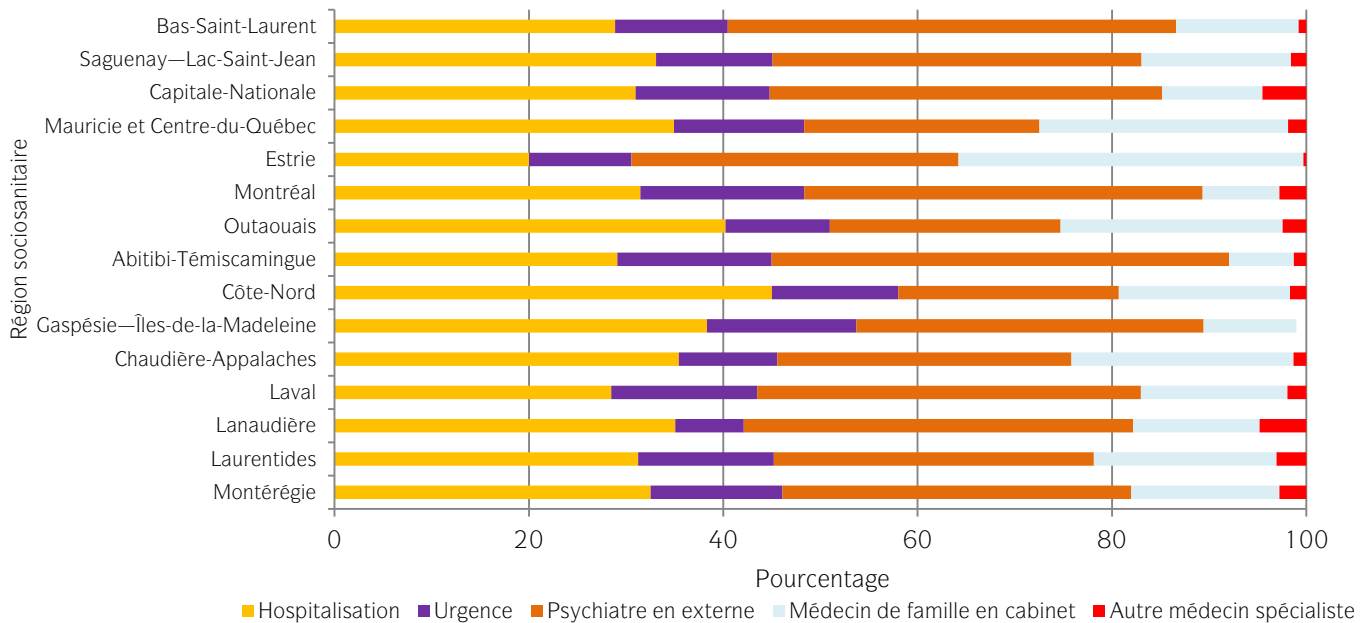
**Graphique 8 Profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles mentaux, de troubles anxio-dépressifs et de troubles schizophréniques, Québec, 2009-2010**

Les graphiques 9 et 10 présentent respectivement le profil hiérarchique d'utilisation des services par les personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs et schizophréniques, selon la région sociosanitaire en 2009-2010. Ces graphiques montrent que l'utilisation des services de première et de deuxième ligne diffère parfois selon les régions. Les consultations à l'urgence et les hospitalisations varient également d'une région à une autre. À l'instar du profil québécois dans son ensemble, le portrait régional du profil hiérarchique d'utilisation des services met en lumière que les

personnes atteintes de schizophrénie sont davantage hospitalisées et consultent plus les psychiatres que les individus qui présentent des troubles anxio-dépressifs. Chez ces dernières personnes, les services de première ligne sont plus utilisés et les hospitalisations sont moins nombreuses que chez les individus atteints de troubles mentaux graves. Si on considère comme services spécialisés l'hospitalisation, l'urgence et le psychiatre en externe, les personnes avec troubles anxio-dépressifs ont moins recours à ces services que les personnes avec troubles schizophréniques.



**Graphique 9** Profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs selon la région socio-sanitaire, Québec, 2009-2010



**Graphique 10** Profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles schizophréniques selon la région socio-sanitaire, Québec, 2009-2010

## Discussion

### La prévalence des troubles mentaux – quelques points de comparaison

Ce rapport présente d'abord les premières mesures de prévalence annuelle des troubles mentaux au Québec à partir des données issues des fichiers administratifs. Cette prévalence est estimée à 12 % pour la population d'un an et plus en 2009-2010. Dans quatre autres provinces canadiennes utilisant aussi comme source de données les fichiers administratifs, cette prévalence est estimée à 15 % (Kisely et collab., 2009). Cette différence peut s'expliquer par une sous-documentation au sein des banques administratives ou un sous-diagnostic au Québec par rapport aux autres provinces. En tenant compte à la fois des codes d'acte de thérapie de soutien et des codes diagnostics, la prévalence annuelle des troubles mentaux identifiés par les médecins de famille au Québec était estimée à 15 % en 2006 (Ouadahi et collab., 2009).

Aussi, à titre de comparaison, la prévalence annuelle des troubles mentaux estimée à partir d'enquêtes populationnelles avec des instruments diagnostiques valides, est de 20 % (ISQ, 2010; Gravel et Béland, 2005). Cet écart peut s'expliquer par le fait que moins de 50 % des personnes avec troubles mentaux établis avec des instruments diagnostiques valides consultent pour ces problèmes selon ces mêmes enquêtes populationnelles (ISQ, 2010).

Chez les enfants et adolescents, la prévalence annuelle de l'ensemble des troubles mentaux également estimés à partir d'enquêtes populationnelles canadiennes et américaines utilisant des instruments diagnostiques validés est de 14 % (voir le tableau 4).

Le tableau 4 illustre également que la prévalence des troubles anxieux et dépressifs, souvent comorbides, a été évaluée entre 6 % et 10 % chez les enfants selon les enquêtes populationnelles. En comparaison, les bases administratives présentent une prévalence des troubles anxio-dépressifs de 2,4 % chez les 5-19 ans, ce qui suggère une sous-estimation. De même, chez les adultes, les études populationnelles évaluent la prévalence annuelle des troubles anxieux et dépressifs entre 10 et 14 % (Somers et collab., 2006; Waraich et collab., 2004); en comparaison, les bases administratives montrent une prévalence

diagnostiquée chez les adultes autour de 9 %, suggérant une sous-estimation moindre que chez les enfants et adolescents.

En ce qui concerne les troubles schizophréniques, la prévalence annuelle estimée dans ce rapport à 0,4 % correspond exactement à la moyenne observée dans une méta-analyse de 188 différentes études internationales (Saha et collab., 2005).

Dans les prochaines années, une augmentation de la prévalence des troubles mentaux diagnostiqués pourrait survenir simplement en raison d'un meilleur diagnostic et de meilleurs traitements médicaux de ces troubles. L'exemple du TDAH est éloquent à ce sujet. En effet, la prévalence du TDAH diagnostiqué a augmenté considérablement au Québec au cours des années 1999-2000 à 2009-2010 (graphique 4). Cependant, elle n'a fait que rejoindre la prévalence estimée de ce trouble. Plus précisément, en 1991, l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, qui était basée sur les symptômes rapportés par les parents et par les professeurs, estimait la prévalence du TDAH à 9 % chez les garçons de 6 à 11 ans (Breton et collab., 1993).

### La surmortalité des personnes atteintes de troubles mentaux – quelques pistes de réflexion

Dans ce rapport, la surmortalité associée à la schizophrénie correspond à une réduction de près d'une dizaine d'années d'espérance de vie chez les hommes et les femmes, ce qui est semblable aux résultats obtenus dans les récentes recensions des écrits (Chwastiak et Tek, 2009). Des études ont montré qu'une surmortalité était aussi liée aux troubles anxio-dépressifs. Cependant, si le risque de mortalité semble plus élevé chez les hommes, la surmortalité ne se vérifie pas nécessairement chez les femmes (Murphy et collab., 2010). L'excès de mortalité de tous les troubles mentaux est expliqué en partie par le suicide, mais pas exclusivement par celui-ci. En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux sont également plus à risque de décéder de cancer, de maladies cardiovasculaires et d'autres maladies, en comparaison avec le reste de la population. Une récente recension des écrits suggère d'ailleurs de considérer les facteurs de risque connus en santé publique pour expliquer la surmortalité des personnes atteintes de troubles mentaux; entre autres les habitudes de vie (p. ex., tabagisme, alimentation,

sédentarité), la défavorisation sociale et les effets secondaires néfastes de la médication (Lawrence et collab., 2010). D'autres études soulignent aussi que la discrimination qui touche ces individus et les longs délais d'interventions médicales ou chirurgicales vitales auxquels ils sont confrontés expliquent aussi la surmortalité associée aux troubles mentaux graves comme la schizophrénie (Kisely et collab., 2007; Björkenstam et collab., 2012).

### **Le profil d'utilisation des services médicaux par les personnes atteintes de troubles mentaux – un premier constat**

Le Plan d'action en santé mentale du Québec 2005-2010 (MSSS, 2005) vise à assurer des services de qualité dans la communauté, favorisant du même coup le rétablissement des personnes avec troubles mentaux graves. Il cherche en outre à assurer une prise en charge des troubles mentaux courants par les services de première ligne, et ce, avec le soutien des services spécialisés. L'examen des profils d'utilisation des services médicaux de santé mentale permet de faire des liens entre ce plan d'action et l'utilisation des services par les personnes atteintes de troubles mentaux, telle que mesurée par les données administratives, en ce qui a trait notamment à la hiérarchisation des soins. D'une part, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sont prises en charge par les médecins de famille en première ligne. D'autre part, les services spécialisés de deuxième ligne sont utilisés par les personnes atteintes de troubles mentaux graves comme la schizophrénie. De plus, les psychiatres interviennent auprès des personnes ayant des troubles anxio-dépressifs.

Chez les personnes avec troubles anxio-dépressifs, les profils d'utilisation des services varient peu entre les régions du Québec. Chez les personnes avec un trouble schizophrénique, cette différence est plus importante entre les régions. Elle pourrait s'expliquer par la disponibilité différente des services spécialisés ou par une orientation différente de la gestion thérapeutique selon les milieux. De plus, les données présentées dans cette étude montrent que les services de santé mentale sont d'abord rendus dans la communauté. Seule une minorité de personnes atteintes de troubles mentaux consultent à l'urgence ou sont hospitalisées. Ce sont généralement les cas les plus graves, ce qui est cohérent avec les principes d'un

système hiérarchisé de prise en charge des maladies chroniques, comme les troubles mentaux.

Le présent rapport met en évidence le rôle majeur joué par les médecins de famille dans l'identification et le traitement médical de l'ensemble des troubles mentaux au Québec. Les enquêtes populationnelles sous-estiment les consultations auprès des médecins de famille, à cause de la formulation des questions (Drapeau et collab., 2011). Ainsi, ces enquêtes avaient évalué à 5 % la population québécoise ou canadienne ayant consulté un médecin de famille pour fins de santé mentale (ISQ, 2010). Or, nous établissons ici avec les données administratives, que 10 % de la population a consulté un médecin de famille pour fins de santé mentale dans la dernière année au Québec. L'utilisation du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ et le fichier des hospitalisations MED-ÉCHO ne permet toutefois pas d'évaluer le rôle joué par d'autres professionnels de la santé, en particulier les psychologues, qui oeuvrent en privé ou en CLSC. Il est néanmoins clair que les psychologues sont des intervenants majeurs en santé mentale. Ils jouent un rôle important dans les centres de traitement des dépendances à l'alcoolisme et à la drogue et interviennent sur les troubles mentaux courants par la psychothérapie.

## **Conclusion**

En conclusion, le présent rapport porte un regard nouveau sur les personnes atteintes de troubles mentaux au Québec. Il permet d'affirmer que la prévalence des troubles mentaux est demeurée stable chez les adultes au Québec. Elle a toutefois augmenté de façon importante chez les enfants et les adolescents entre 1999 et 2010, bien que cela s'explique probablement par le diagnostic plus fréquent du TDAH. De plus, ce rapport met en évidence la surmortalité que les personnes atteintes de troubles mentaux connaissent, quelle que soit la gravité de leur trouble de santé mentale. Ce rapport souligne enfin que les médecins de famille sont les professionnels de santé les plus consultés par les personnes aux prises avec un trouble courant de santé mentale. Ces constats appellent l'ensemble du système de santé et des services sociaux, et non pas les seuls services spécialisés, à intervenir pour améliorer le portrait de santé des Québécois atteints de troubles mentaux.

**Tableau 4** Prévalence annuelle des troubles mentaux chez les enfants et chez les adolescents à partir d'enquêtes populationnelles canadiennes et américaines avec des instruments diagnostiques standardisés (Boyle et Georgiades, 2010)

Trouble	Prévalence	Intervalle de confiance à 95 %	Âge
Troubles anxieux	6,4 %	4,2-9,2 %	5-17
Trouble du déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH)	4,8 %	2,7-7,3 %	4-17
Trouble de la conduite	4,2 %	2,4-6,5 %	4-17
Troubles dépressifs	3,5 %	1,0-7,1 %	5-17
Abus des substances	0,8 %	0,5-1,3 %	9-17
Ensemble des troubles mentaux	14,3 %	11,4-17,6 %	4-17

## Références

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 4-37.

Björkenstam, E., Ljung, R., Burström, B., Mittendorfer-Rutz, E., Hallqvist, J., & Weitoft, G.R. (2012). Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients- a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open*, 2:e000778. Doi :10.1136/bmjopen-2011-000778

Boyle, M., & Georgiades, K. (2010). Perspectives on Child Psychiatric Disorders. IN J Cairney, D Streiner (ed) *Mental Disorders in Canada, an epidemiological perspective*. Chap. 10 pp. 205-226. Toronto: Toronto University Press.

Brault, M.-C., & Lacourse, E. (2012). Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactive disorder. *Can J Psychiatry*, 57(2), 93-101.

Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P. (1993). Rapport de recherche : Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Volume 2 : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. ISBN 2-9803587-0-3.

Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33(3), 395-405.

Chiang C.L. (1984) *The life table and its applications*. Published by Robert E. Krieger publishing company. Malabar, Florida.

Chwastiak, L.A., & Tek, C. (2009). The unchanging mortality gap for people with schizophrenia. *Lancet*, 374(9690), 590-592.

Drapeau, A., Boyer, R., & Diallo, F.B. (2011). Discrepancies between survey and administrative data on the use of mental health services in the general population: findings from a study conducted in Québec. *BMC Public Health*, 31(11), 837-847.

Gagné, M., & St-Laurent, D. (2010) *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Gravel, R., & Béland, Y. (2005). The Canadian Community Health Survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry*, 50(10), 573-579.

Institut de la statistique du Québec (ISO) : Lesage, A., Bernèche, F., Bordeleau, M. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p. ISBN 978-2-550-58712-5 (PDF).

Kisely, S., Lin, E., Lesage, A., Gilbert, C., Smith, M., Campbell, L.A., & Vasiliadis, H.M. (2009) Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces. *Can J Psychiatry*, 54(8), 571-575.

Kisely, S., Smith M., Lawrence D., Cox M., Campbell LA., & Maaten S. (2007). Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *CMAJ*, 176, 779-784.

Lawrence, D., Kisely, S., & Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Can J Psychiatry*, 55(12), 752-760.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005). La force des liens. Plan d'action *en santé mentale 2005-2010*. La force des liens, Québec, Gouvernement du Québec, 96 p.

Murphy, J.M., Gilman, S.E., Lesage, A., Horton, N.J., Rasic, D., Trinh, N.H., Alamiri, B., Sobol, A.M., Fava, M., & Smoller, J.W. (2010). Time trends in mortality associated with depression: findings from the Stirling County study. *Can J Psychiatry*, 55(12), 776-783.

Ouadahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, J., & Fleury, M.J. (2009). Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 161-172.

Roest, A.M., Martens, E.J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 72(6), 563-569.

Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2(5):e141. Doi : 10.1371/journal.pmed.0020141.

Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 51(2), 100-113.

Waraich, P., Goldner, E.M., Somers, J.M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 49(2), 124-138.

## AUTEURS

**Alain Lesage**

**Valérie Émond**

Unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants

Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec

## TRAITEMENT DES BANQUES DE DONNÉES ET ANALYSES STATISTIQUES

**Louis Rochette**

Unité Surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants

Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec

## RELECTURE DU DOCUMENT

**Danielle St-Laurent**

**Jean-Frédéric Lévesque**

Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec

**Sylvie Martel**

Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

**Myriam Gagné**, étudiante à la maîtrise en épidémiologie

Université Laval

**Andréa Bilodeau**

**Guillaume Dolley**

**Stéphane Ruel**

**Julie Soucy**

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

**André Delorme**

Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux

**Cynthia Robitaille**

Agence de la santé publique du Canada

Dans la même collection *Surveillance des maladies chroniques* :

- Numéro 1 : Effet de la défavorisation et de la zone géographique de résidence sur la mortalité et l'accès aux soins en cardiologie à la suite d'un premier infarctus du myocarde au Québec. Institut national de santé publique du Québec, 2009.
- Numéro 2 : Utilisation des antidiabétiques oraux et des médicaments cardioprotecteurs par les aînés québécois atteints de diabète de type 2, de 1998 à 2002. Institut national de santé publique du Québec, 2010.
- Numéro 3 : Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité. Institut national de santé publique du Québec, 2011.
- Numéro 4 : Relation entre la défavorisation et l'incidence de l'hypertension artérielle chez les individus de 20 ans et plus au Québec en 2006-2007. Institut national de santé publique du Québec, 2010.
- Numéro 5 : Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007. Institut national de santé publique du Québec, 2011.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2012

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISSN : 1922-1754 (VERSION IMPRIMÉE)

ISSN : 1922-1762 (PDF)

ISBN : 978-2-550-66504-5 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-66505-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

**Institut national  
de santé publique**

**Québec** 