Mars 2013

Analyse en bref

Services de santé mentale en milieu hospitalier pour maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes au Canada

Types de soins

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

Sommaire

La présente Analyse en bref examine les caractéristiques des personnes hospitalisées en raison d'une maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes. Elle se penche également sur les incidences des troubles concomitants et compare l'utilisation des services de santé mentale en milieu hospitalier associée à ces affections, selon qu'elles se manifestent seules ou en concomitance.

Des données pancanadiennes indiquent que les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale (troubles de l'anxiété ou de l'humeur ou encore schizophrénie ou troubles psychotiques) avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes représentaient près du tiers (30,8 %) de tous les patients hospitalisés en psychiatrie des groupes de diagnostics examinés pour 2010-2011[i].

Les personnes présentant des troubles concomitants (schizophrénie ou troubles psychotiques) liés à la consommation de psychotropes étaient plus susceptibles que les personnes hospitalisées pour schizophrénie ou pour des troubles psychotiques seulement d'être réadmises à l'hôpital dans les 30 jours (15,2 %) ou dans l'année (24,6 %) suivant leur congé. Dans l'année suivant leur congé initial, on prévoyait que la durée de leur séjour à l'hôpital était de 19,0 % plus longue que pour les personnes ne souffrant pas de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes.

i. Les données du Québec sont fondées sur les congés obtenus entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010.

Programme de coordination de l'image de marque
La production du présent rapport 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.

www.icis.ca
Au cœur des données
ICIS CIHI
Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Les personnes hospitalisées pour des troubles de l'anxiété ou de l'humeur affichaient des résultats semblables. Celles qui présentaient des troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes couraient un risque accru d'être réadmises dans les 30 jours (18,2 %) ou dans l'année (24,8 %) suivant leur congé. En outre, on prévoyait que la durée de leur séjour à l'hôpital était de 7,7 % plus longue dans l'année suivant leur congé initial.

Les personnes admises pour des maladies mentales concomitantes précises étaient beaucoup plus susceptibles que les personnes hospitalisées pour des troubles liés à la consommation de psychotropes seulement d'être réadmises à l'hôpital dans les 30 jours ou dans l'année suivant leur congé (62,2 % et 53,2 % respectivement). En outre, on prévoit qu'elles passeront environ deux fois plus de jours à l'hôpital dans l'année suivant leur congé initial que les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes seulement.

Dans l'ensemble, les résultats démontrent une utilisation élevée des services hospitaliers, tant au chapitre des réadmissions qu'à celui des séjours, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale et de troubles liés à la consommation de psychotropes plutôt que l'un des deux diagnostics seulement. Une meilleure coordination des soins, qui englobe les maladies mentales et les dépendances aux substances et qui tient compte des besoins de la personne, pourrait réduire le nombre d'hospitalisations coûteuses. Plus précisément, pour les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes, les services qui visent à traiter une maladie mentale concomitante et à repérer ainsi qu'à prévenir son développement devraient avoir les plus importantes répercussions en matière de réduction du nombre d'hospitalisations.

Introduction

On estime qu'entre le tiers et la moitié des personnes souffrant de maladie mentale sont également aux prises avec des troubles liés à la consommation de drogues et d'alcool[1]. De même, certaines études ont révélé que jusqu'à la moitié des personnes aux prises avec des troubles liés à la consommation de psychotropes souffrent également de troubles de maladie mentale concomitants[1, 2]. Ces taux de concomitance varient selon la population de clients et le contexte[3, 4]; toutefois, les troubles concomitants (ainsi désignés dans la présente analyse) posent des défis particuliers pour les dispensateurs et les planificateurs de soins de santé. Le traitement de la maladie mentale est compromis lorsque la consommation d'alcool ou de drogues entraîne par exemple un manque d'observance des protocoles de traitement ou diminue l'efficacité des médicaments prescrits. En outre, on observe un risque accru de résultats négatifs en matière de santé et de vie sociale, comme le VIH et les hépatites[5], le suicide[6], la violence[7, 8] et l'implication dans des activités criminelles[9].

En ce qui a trait aux demandes d'aide, les personnes aux prises avec des troubles concomitants semblent également devoir composer avec une interaction complexe de problèmes sociaux et de santé. Selon la recherche fondée sur des sondages auprès de la population, une importante proportion de personnes souffrant de troubles concomitants n'accèdent pas aux soins formels[10]. Un sondage a révélé par exemple qu'après un rajustement selon la sévérité de la maladie, entre 35 et 50 % des répondants satisfaisant aux critères de maladie mentale et de troubles liés à la consommation de psychotropes ne cherchaient pas à obtenir de services[10]. Les personnes souffrant de troubles concomitants déclarent également un nombre élevé de besoins non satisfaits et un faible degré de satisfaction envers les soins[11]. Pourtant, les troubles concomitants sont associés à une utilisation accrue des services comparativement aux troubles liés à la consommation de psychotropes ou aux troubles de santé mentale non concomitants. Une étude aux États-Unis a révélé que les personnes souffrant de troubles concomitants sont de trois à quatre fois plus susceptibles d'être hospitalisées que les personnes aux prises avec une maladie mentale seulement. Elles sont également de 10 à 20 fois plus susceptibles d'être admises en soins pour patients hospitalisés que les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de psychotropes seulement[12].

Selon d'autres études, en accord avec ces conclusions, les personnes aux prises avec des troubles concomitants sont plus susceptibles que les personnes souffrant de maladie mentale seulement de ne pas se présenter aux rendez-vous médicaux, de rechuter et d'être réadmises à l'hôpital[13, 14]. Les troubles concomitants ont tendance à être associés à une maladie mentale grave, à des coûts de soins relativement élevés en raison de leur utilisation accrue de services hospitaliers coûteux[15], à de mauvaises trajectoires en matière de santé et à des difficultés d'accès à des soins appropriés à des points critiques de leur cheminement vers un rétablissement. Étant donné tous ces facteurs, il est utile d'avoir une compréhension plus éclairée des personnes souffrant de troubles concomitants qui sont hospitalisées au Canada.

Par conséquent, la présente analyse vise à fournir une évaluation descriptive des personnes hospitalisées au Canada qui ont reçu un diagnostic de troubles concomitants, notamment leurs caractéristiques sociodémographiques et leur utilisation des services cliniques. Elle examine également les conséquences de la maladie mentale et des troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes sur les indicateurs pertinents des services hospitaliers, comme le risque de réadmission et le nombre de jours passés à l'hôpital pour les réadmissions.

Résultats

Caractéristiques des patients hospitalisés en psychiatrie présentant des troubles concomitants

Dans l'ensemble, les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale et de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes représentaient 35,6 % de tous les patients de 15 à 65 ans qui ont été hospitalisés en psychiatrie en 2010-2011. Un sous-ensemble de ce groupe — ceux ayant reçu un diagnostic de troubles de l'anxiété ou de l'humeur, de schizophrénie ou de troubles psychotiques ou de troubles liés à la consommation de psychotropes — a été choisi pour l'analyse. Parmi cet échantillon analytique, 30,8 % ont reçu un diagnostic de maladie mentale et de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes. Le tableau B1 présente des statistiques descriptives qui comparent les personnes présentant des troubles concomitants avec les personnes souffrant soit de maladie mentale, soit de troubles liés à la consommation de psychotropes. En moyenne, les personnes aux prises avec des troubles concomitants étaient plus jeunes que celles ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. La proportion d'hommes, de personnes sans abri et de personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés sur les plans social et matériel semblait plus élevée chez les personnes souffrant de troubles concomitants que chez celles ayant reçu un diagnostic de maladie mentale sans concomitance.

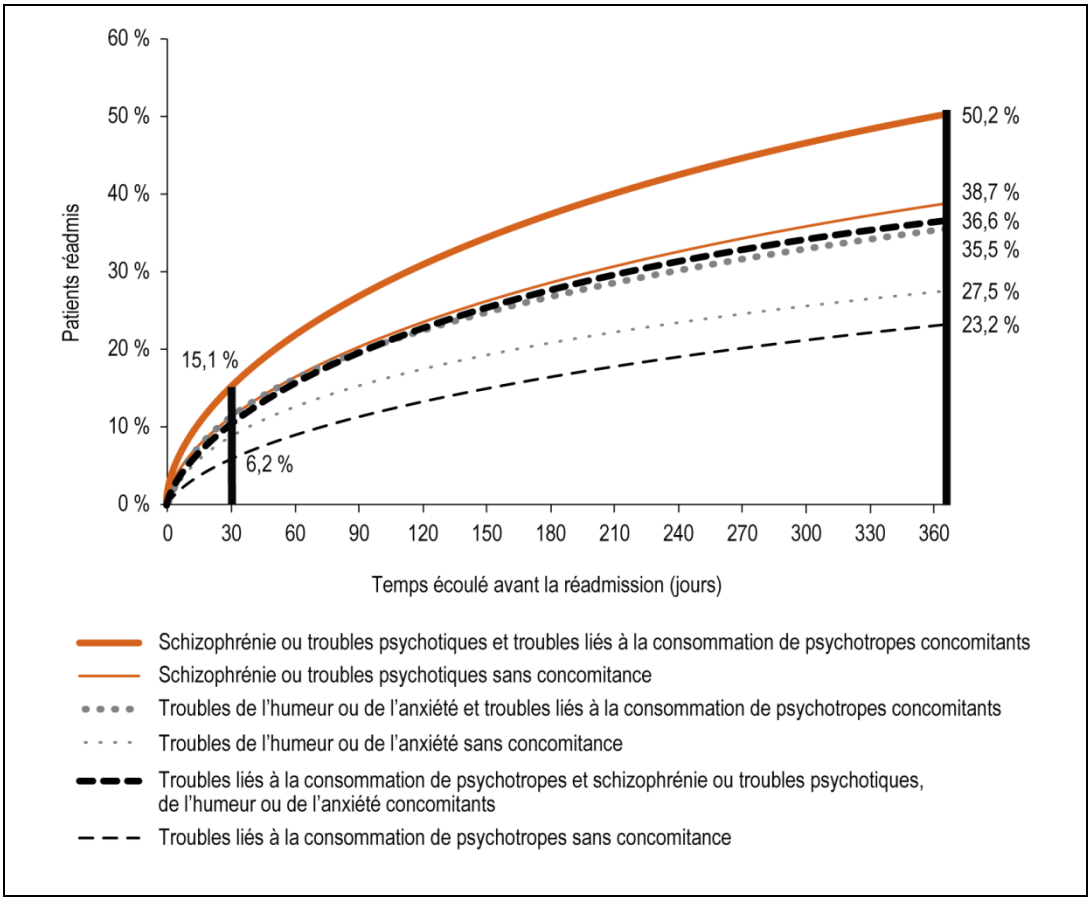
Pour ce qui est des caractéristiques de traitement, les personnes hospitalisées qui présentaient des troubles concomitants ont séjourné à l'hôpital pendant une période légèrement plus courte pour chaque épisode de soins que les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale sans concomitance. Toutefois, en raison d'une utilisation plus fréquente des services hospitaliers, la durée totale de leur séjour à l'hôpital était supérieure pour la période de quatre ans avant l'hospitalisation initiale comprise dans l'analyse (tableau B1).

Parmi les six groupes examinés dans l'analyse, les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles psychotiques et de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes affichaient les taux de réadmission les plus élevés (15,1 % et 50,2 % pour les réadmissions dans les 30 jours et l'année suivant leur congé, respectivement) et le nombre total le plus élevé de jours passés à l'hôpital durant les quatre années précédentes (56,0 jours). Les indices les moins élevés touchaient les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance (respectivement 6,2 % et 23,2 % pour les réadmissions dans les 30 jours et l'année suivant leur congé, et 1,8 jour pour la durée du séjour) (figure 1).

Première réadmission en psychiatrie après l'hospitalisation initiale

Dans l'ensemble, les personnes aux prises avec des troubles concomitants affichaient des taux de réadmission plus élevés dans l'année suivante que les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance. Les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de troubles psychotiques et de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes affichaient le taux de réadmission le plus élevé durant le suivi d'un an parmi les groupes examinés, la moitié (50,2 %) ayant été réadmises dans l'année suivant leur congé (figure 1).

Figure 1 : Taux de première réadmission en psychiatrie à la suite d'une hospitalisation initiale



Sources
Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Cohérence du diagnostic à la première réadmission

Le diagnostic rendu à la première réadmission en psychiatrie dans les 30 jours et dans l'année suivant le congé après l'hospitalisation initiale a été examiné pour évaluer sa cohérence avec les affections de la personne au fil du temps. Dans l'ensemble, les diagnostics rendus à la réadmission étaient cohérents avec ceux rendus durant le séjour initial à l'hôpital.

Parmi les personnes réadmises dans les 30 jours suivant leur congé, la majorité de celles qui ont reçu initialement un diagnostic de schizophrénie ou de troubles psychotiques, de troubles de l'anxiété ou de l'humeur ou de troubles concomitants correspondants ont reçu le même diagnostic de maladie mentale ou de trouble concomitant à leur réadmission. Toutefois, le diagnostic à la réadmission était moins cohérent chez les personnes ayant reçu un diagnostic principal initial de troubles liés à la consommation de psychotropes — avec ou sans concomitance. En ce qui concerne particulièrement les personnes ayant reçu le diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance, plus de 71,0 % ont reçu un diagnostic à la réadmission qui incluait une maladie mentale (tableau B2).

La cohérence des diagnostics entre l'épisode initial et la première réadmission en psychiatrie dans l'année suivant le congé était semblable, mais légèrement inférieure. Toutefois, une grande proportion (79,9 %) des personnes ayant reçu un diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance durant l'épisode initial ont également reçu, à la réadmission, un diagnostic qui incluait une maladie mentale (tableau B3).

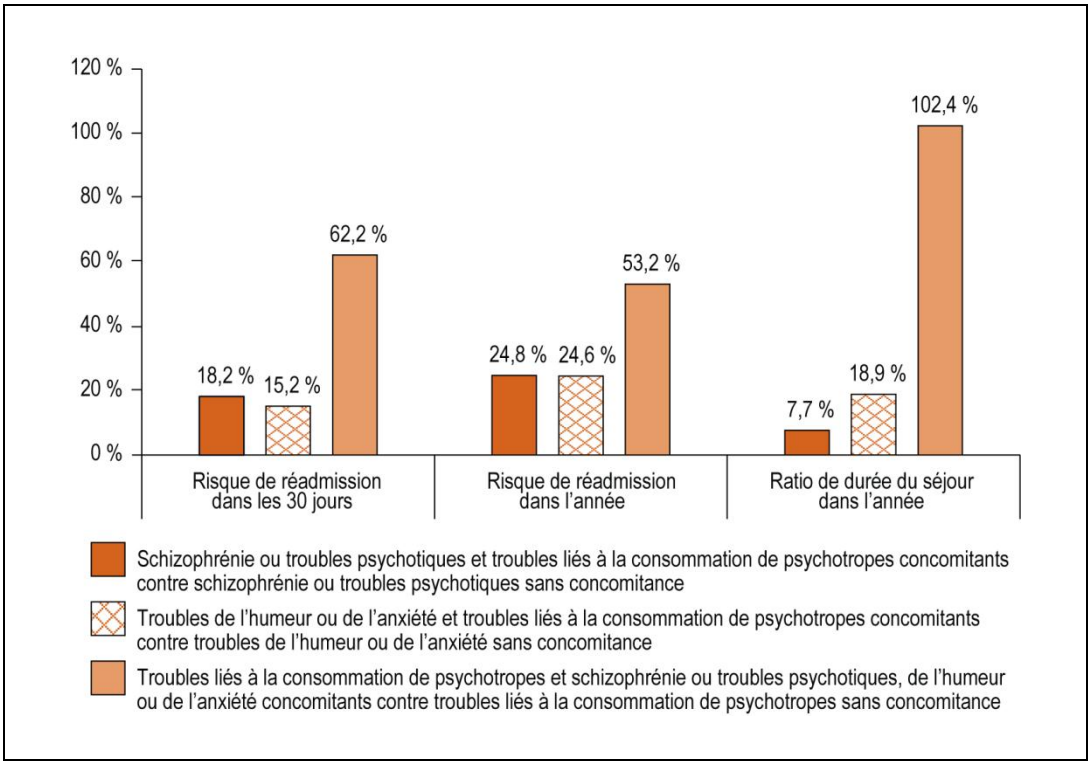
Risques de réadmission et durée des séjours

Les différences entre les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles concomitants et celles ayant reçu un diagnostic de maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance ont été examinées en utilisant des modèles entièrement ajustés en fonction du risque de réadmission et du nombre de jours passés à l'hôpital dans l'année suivant le congé. Les modèles ont tenu compte de l'âge, du sexe, de la province d'hospitalisation, du sans-abrisme, de l'isolement géographique, du statut socioéconomique, du type d'hôpital, de la situation à la sortie et du nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie.

Selon les résultats, les personnes ayant reçu un diagnostic supplémentaire de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes étaient plus susceptibles d'être réadmises dans les 30 jours (15,2 %) ou dans l'année (24,6 %) suivant leur congé que les personnes hospitalisées pour schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance. On prévoyait que la durée de leur séjour à l'hôpital était également plus longue (19,0 %) dans l'année suivant leur congé. Les personnes hospitalisées pour des troubles de l'anxiété ou de l'humeur affichaient des résultats similaires. Les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes couraient un risque accru de réadmission dans les 30 jours et l'année suivant leur congé (18,2 % et 24,8 % respectivement). En outre, on prévoyait que la durée de leur séjour à l'hôpital était de 7,7 % plus longue dans l'année suivant le congé (figure 2).

Cette tendance était constante mais plus prononcée chez les personnes hospitalisées pour des troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance comparativement à celles ayant reçu également un diagnostic concomitant d'une des maladies mentales mentionnées plus haut. Les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles psychotiques concomitants et celles aux prises avec des troubles de l'anxiété ou de l'humeur concomitants étaient beaucoup plus susceptibles (62,2 % et 53,2 % respectivement) d'être réadmises à l'hôpital dans les 30 jours ou l'année suivant leur congé que les personnes hospitalisées pour des troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance. On prévoyait également que la durée de leur séjour était environ deux fois plus longue dans l'année suivant leur congé (figure 2). L'annexe B (tableaux B4 et B6) présente les résultats en détail.

Figure 2 : Taux ajusté de risque de réadmission dans les 30 jours et dans l'année suivant le congé et ratio de la durée des séjours durant l'année



Sources
Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Discussion et conclusions

Implications

La présente analyse propose une perspective pancanadienne sur la question des troubles concomitants et de leurs répercussions sur l'utilisation des services hospitaliers, en tenant compte de facteurs sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques. L'échantillon de l'analyse, tiré des données pancanadiennes sur les patients hospitalisés présentant une variété de maladies mentales et de troubles liés à la consommation de psychotropes, représente les personnes qui utilisent des services pour patients hospitalisés en santé mentale au Canada.

Les personnes aux prises avec des troubles concomitants représentent près d'un tiers (30,8 %) des sorties des unités psychiatriques dans l'échantillon analytique de 2010-2011 utilisé dans la présente analyse. Il est possible que les troubles concomitants aient été sous-diagnostiqués chez ces patients, comme l'ont révélé d'autres analyses[4]. En effet, pour les personnes ayant reçu le diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance, l'analyse a révélé que dans la plupart des cas, la maladie mentale a été diagnostiquée lors d'une hospitalisation subséquente durant l'année. Environ un tiers de tous les cas de troubles concomitants examinés dans cette analyse ont reçu le diagnostic de maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance durant l'hospitalisation initiale. En outre, l'examen des données d'hospitalisation des quatre années précédentes a révélé que ces personnes avaient déjà reçu un diagnostic correspondant de maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de psychotropes. Pris dans leur ensemble et couvrant de multiples épisodes de soins, ces résultats suggèrent que les troubles concomitants sont chose courante chez les patients hospitalisés en santé mentale au Canada et qu'ils peuvent

être sous-diagnostiqués dans le milieu hospitalier. Un meilleur dépistage des troubles concomitants pourrait aider à réduire le nombre de réadmissions en améliorant la détection et le triage des personnes en souffrant en vue d'un traitement plus exhaustif et approprié que celui qu'ils pourraient recevoir si une seule affection est repérée et traitée.

Dans l'ensemble, les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles psychotiques et de troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes affichaient les taux de réadmission les plus élevés (figure 1) et le plus grand nombre de jours passés à l'hôpital après leur congé parmi les six groupes de diagnostics faisant objet de l'analyse (tableau B1). Toutefois, les analyses montrent également que, peu importe le diagnostic principal, la concomitance d'une maladie mentale et de troubles liés à la consommation de psychotropes augmentait le risque de réadmission en psychiatrie à court terme (30 jours) et à plus long terme (une année). De plus, les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles concomitants séjournaient plus longtemps à l'hôpital après un congé initial que celles ayant reçu un diagnostic de maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance.

Ces résultats sont cohérents avec ceux des recherches antérieures selon lesquelles les troubles concomitants sont associés à une variété de conséquences indésirables, notamment des taux supérieurs de rechute et d'hospitalisation[16]. On peut attribuer cet état de fait aux caractéristiques cliniques complexes des personnes aux prises avec des troubles concomitants, à leurs besoins en traitement plus exigeants et intégrés et à des taux inférieurs de respect des protocoles de traitement[1].

Les analyses démontrent des répercussions constantes de la présence de troubles concomitants sur les modèles d'hospitalisation comparativement à la présence d'une maladie mentale ou de troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance. Une évaluation plus détaillée donne à penser que le contraste entre les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles concomitants et celles ayant reçu un diagnostic de troubles non concomitants était plus marqué lorsque les troubles liés à la consommation de psychotropes étaient le diagnostic principal et que la maladie mentale était la comorbidité, plutôt que l'inverse (tableaux B4 et B6). Cela suggère que, parmi les affections examinées dans la présente analyse, l'ajout ou le développement d'une maladie mentale chez les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes pourrait entraîner les plus importantes répercussions en matière d'utilisation accrue des services hospitaliers. De plus, parmi les personnes ayant reçu un diagnostic initial de troubles liés à la consommation de psychotropes seulement et n'ayant reçu aucun diagnostic de maladie mentale lors d'hospitalisations durant les quatre années précédentes, la majorité de celles réadmises ont reçu subséquemment un diagnostic de maladie mentale. La rapidité du traitement visant à déceler et à cibler les troubles mentaux sous-jacents potentiels chez les personnes aux prises avec des troubles liés à la consommation de psychotropes pourrait représenter un moyen efficace de réduire le développement des troubles concomitants et de freiner l'augmentation significative de l'utilisation des services hospitaliers connexes.

Plusieurs autres résultats dérivés de variables ajustées doivent être mentionnés, même s'ils n'ont pas de lien avec l'analyse principale. Premièrement, les patients ayant obtenu leur congé d'un hôpital psychiatrique étaient moins susceptibles d'être réadmis à court ou à long terme; toutefois, lorsqu'ils étaient réadmis, leur séjour était sensiblement plus long que celui des patients ayant reçu leur congé d'un hôpital général. Cette situation pourrait indiquer l'existence d'une planification plus exhaustive des congés dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux, accompagnée d'un aiguillage vers des dispensateurs de soins en consultation externe ou en milieu communautaire, de même que d'autres formes de soutien comme les services de soutien professionnels et d'hébergement. Deuxièmement, le risque de réadmission et le nombre total de jours passés à l'hôpital après le congé étaient inférieurs lorsque le congé était planifié plutôt que non planifié[ii], ce qui peut également mettre en relief l'importance d'une planification adéquate des congés et

ii. On entend par congé non planifié une sortie sans permission, un congé autorisé, un congé contre l'avis du médecin, un transfert vers un autre établissement et ne pas se présenter comme prévu après un congé autorisé.

des soins de transition. Troisièmement, selon l'analyse des réadmissions dans l'année suivant le congé, les patients sans abri demeuraient à l'hôpital plus longtemps et étaient plus susceptibles que les autres patients d'être réadmis après un épisode initial. Une tendance semblable a été observée chez les patients se trouvant dans le plus faible quintile de défavorisation sociale comparativement aux patients les plus privilégiés.

Les résultats soumis dans le présent rapport font ressortir les besoins complexes des personnes souffrant de troubles concomitants dans un secteur du système de santé. Des études précédentes ont montré que l'éventail de soins devrait inclure un certain nombre d'options de traitement qui tiennent compte du type et de l'importance des besoins individuels, notamment des traitements collaboratifs et intégrés qui abordent les questions de santé mentale autant que l'alcoolisme et la toxicomanie[16]. Des politiques de soutien et des approches plus exhaustives qui réduisent l'utilisation de services hospitaliers coûteux exigeront une harmonisation des services à l'échelle du système fondée sur des cheminements transparents sur le plan clinique vers des soins intégrés et spécialisés[17].

La question complexe de l'intégration des services

Selon des travaux récents de Rush et coll.[18], la question des soins intégrés est complexe et doit faire l'objet d'un examen à différents niveaux. Sur le plan des services cliniques, les données probantes donnent à penser que des soins plus intégrés pour les personnes souffrant de troubles concomitants seraient plus efficaces que des soins non intégrés. Toutefois, à l'échelle du système, où l'on a concentré la plupart des efforts d'intégration au Canada, des questions demeurent au sujet des motivations sous-tendant les diverses stratégies d'intégration et leur pertinence pour certaines populations. Elles soulèvent des inquiétudes, surtout lorsqu'on envisage une intégration structurelle qui peut influer plus globalement sur les secteurs de la santé et des services sociaux. Il pourrait être essentiel de maintenir un certain équilibre entre intégration et spécialisation parmi les services. Toutefois, une collaboration accrue et une meilleure communication entre les systèmes de services de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie permettraient d'améliorer la capacité de chacun d'entre eux à répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles concomitants.

L'hospitalisation ne représente qu'un seul élément du système de services de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Des analyses supplémentaires pourraient porter sur d'autres facettes du système, notamment l'intervention en situation de crise, les soins en consultation externe et en milieu communautaire, le rétablissement, le dépistage et l'évaluation en laboratoire, la réadaptation professionnelle, l'hébergement et le soutien social. Un plus grand nombre de données probantes et de contextes est nécessaire pour expliquer la façon dont ces composants contribuent collectivement aux résultats globaux chez les personnes souffrant de troubles concomitants.

Limites

La présente étude comporte plusieurs limites qu'on doit mentionner. Tout d'abord, les analyses sont fondées sur les données relatives aux patients hospitalisés seulement, des données récentes sur les antécédents en matière de services et de traitements dans d'autres contextes avant ou après les hospitalisations n'étant pas disponibles à une échelle pancanadienne. Ensuite, les troubles liés à la consommation de psychotropes ou les maladies mentales peuvent avoir été diagnostiqués seulement pour les patients aux affections actives. Bien que la période d'analyse soit de quatre ans, il se peut que le diagnostic reçu par les personnes avant cette période qui sont actuellement en rémission n'ait pas été enregistré, entraînant le risque de sous-diagnostic des troubles concomitants. Enfin, le manque de renseignements sur les programmes de traitement en milieu hospitalier et leurs liens avec les services en milieu communautaire ont restreint notre capacité à évaluer l'effet de différentes approches de traitement sur l'utilisation ultérieures des services hospitaliers pour le traitement des troubles concomitants.

Annexe A : Notes méthodologiques

Hospitalisation initiale

Pour les personnes qui ont été hospitalisées à plusieurs reprises au cours de l'année suivant leur congé, la première hospitalisation représente l'hospitalisation initiale ou l'épisode initial aux fins de la présente analyse.

Source des données et critères d'inclusion

L'analyse repose principalement sur des données tirées de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier de l'Institut canadien d'information sur la santé. La cohorte comprend les personnes ayant reçu un diagnostic principal de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, de troubles de l'humeur ou de l'anxiété ou de troubles liés à la consommation de psychotropes et ont obtenu leur congé d'un hôpital du Québec entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010 ou leur congé d'un hôpital dans le reste du pays entre le 1er avril 2010 et le 31 mars 2011[iii]. Pour être incluses dans l'analyse, les personnes devaient avoir un numéro d'assurance-maladie valide, être âgées de 15 à 65 ans (inclusivement) au moment de l'admission, avoir séjourné à l'hôpital 90 jours ou moins et avoir regagné leur domicile à leur sortie ou être transférées vers un établissement autre qu'un établissement de soins psychiatriques, de courte durée, de réadaptation ou de correction après l'hospitalisation initiale.

En se basant sur le diagnostic principal de l'hospitalisation initiale, les patients ont été classés dans six groupes mutuellement exclusifs :

1. schizophrénie ou autres troubles psychotiques (diagnostic principal) et troubles liés à la consommation de psychotropes (diagnostic secondaire) concomitants
2. troubles de l'humeur ou de l'anxiété (diagnostic principal) et troubles liés à la consommation de psychotropes (diagnostic secondaire) concomitants
3. troubles liés à la consommation de psychotropes (diagnostic principal) et schizophrénie ou tout autre trouble psychotique, de l'humeur ou de l'anxiété (diagnostic secondaire) concomitant
4. schizophrénie ou autres troubles psychotiques (diagnostic principal) et aucun diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes
5. troubles de l'humeur ou de l'anxiété (diagnostic principal) et aucun diagnostic de troubles liés à la consommation de psychotropes
6. troubles liés à la consommation de psychotropes (diagnostic principal) et aucun diagnostic de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété

Si aucun trouble concomitant n'était décelé durant l'hospitalisation initiale, les hospitalisations ayant eu lieu durant les quatre années précédentes étaient examinées pour consigner les diagnostics de troubles concomitants.

Statut socioéconomique

L'indice de défavorisation 2006 de l'Institut national de santé publique du Québec inclut les dimensions matérielle et sociale liées à la santé; l'indice permet également de présenter les données à l'échelle des aires de diffusion de Statistique Canada. Dans cette analyse, il a été utilisé pour opérationnaliser le statut socioéconomique à l'échelle des aires de diffusion comme mesure indirecte du statut socioéconomique individuel. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont l'indice a été défini et calculé, veuillez consulter Pampalon et al. 2009[19].

---

iii. Les données de quatre hôpitaux psychiatriques qui soumettent des données au Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) ont été exclues en raison de problèmes de qualité.

Isolement géographique

Les groupes de la Classification des secteurs statistiques (CSS) permettent de recenser des subdivisions selon qu'elles sont un composant d'une région métropolitaine de recensement (RMR), d'une agglomération de recensement (AR), d'une RMR et AR — zone d'influence (forte, modérée, faible ou nulle) ou des territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut). Le type de CSS fondé sur les données du recensement de 2006 a été utilisé dans cette analyse comme mesure indirecte de l'isolement géographique. Pour un complément d'information sur la CSS, veuillez visiter le site Web de Statistique Canada.

Régression des hasards proportionnels de Cox

La régression des hasards proportionnels de Cox a été utilisée pour examiner la relation entre le risque de réadmission dans un hôpital et le diagnostic du patient. Les deux modèles (réadmission dans les 30 jours ou dans l'année) ont tenu compte de la première réadmission seulement ainsi que de l'âge, du sexe, de la province d'hospitalisation, du sans-abrisme, de l'isolement géographique, du statut socioéconomique, du type d'hôpital, de la situation à la sortie et du nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie. Les tableaux B4 et B5 présentent les résultats de la régression de Cox.

Régression de Poisson

La régression de Poisson a été utilisée pour examiner la façon dont le diagnostic peut influer sur la durée totale du séjour à l'hôpital dans l'année suivant un congé initial. Le même ensemble de variables indépendantes utilisées pour l'analyse de régression de Cox a été inclus dans le modèle examinant la durée totale du séjour après un congé. Les tableaux B6 et B7 présentent les résultats de la régression de Poisson.

Annexe B : Tableaux de données

Tableau B1 : Statistiques descriptives, par groupe de diagnostics

Domaine	Variable ou catégories	Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 6 538)	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance (N = 14 339)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 9 499)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance (N = 26 969)	Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants (N = 7 989)	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance (N = 12 556)	Total (N = 77 890)
		Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Traitement	**Type d'hôpital**							
	Général	83,3	88,3	87,4	90,5	82,0	87,2	87,7
	Psychiatrique	16,7	11,7	12,6	9,5	18,0	12,8	12,3
	Nombre d'hospitalisations en psychiatrie durant les quatre années précédentes							
	Moyenne (N)	2,8	1,3	2,0	0,8	2,5	0,8	1,3
	0	25,9	50,4	38,8	64,7	29,9	67,2	52,5
	1	19,9	20,3	21,2	17,5	22,7	16,8	19,1
	2 ou 3	25,9	18,3	21,3	11,7	23,6	10,3	16,3
	4 et plus	28,4	11,0	18,7	6,1	23,8	5,7	12,2
	Moyenne de la DS totale durant les quatre années précédentes (jours)							
	Moyenne	56,0	29,7	19,2	10,0	17,3	1,8	18,1
	Moyenne de la DS pour l'hospitalisation initiale (jours)							
	Moyenne	20,1	20,3	13,5	14,0	9,1	6,8	14,0
	Moyenne de la DS totale dans l'année suivant le congé initial (jours)							
	Moyenne	48,8	47,0	28,1	31,8	22,2	15,1	33,8
	Situation à la sortie							
	Congé non planifié	8,2	5,9	7,7	5,7	11,6	12,3	7,9
	Congé planifié	91,8	94,1	92,3	94,3	88,4	87,7	92,1

Tableau B1 : Statistiques descriptives, par groupe de diagnostics (suite)

Domaine	Variable ou catégories	Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 6 538)	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance (N = 14 339)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 9 499)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance (N = 26 969)	Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants (N = 7 989)	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance (N = 12 556)	Total (N = 77 890)
		Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Sociodémo-graphique	**Sexe**							
	Femme	24,4	45,1	46,2	61,6	39,0	29,7	46,1
	Homme	75,6	54,9	53,8	38,4	61,0	70,3	53,9
	Sans abri (à l'admission)							
	Non	95,7	97,7	98,2	99,3	96,8	97,5	98,0
	Oui	4,3	2,3	1,8	0,7	3,2	2,5	2,0
	Âge à l'admission							
	Moyenne (années)	34,4	40,4	38,3	39,7	40,1	40,0	39,3
	De 15 à 24 ans	25,3	14,7	19,9	21,1	14,3	17,8	18,9
	De 25 à 34 ans	31,8	21,6	21,0	16,3	21,7	19,2	20,2
	De 35 à 44 ans	19,2	21,8	22,5	19,4	23,0	20,2	20,7
	De 45 à 54 ans	16,7	24,7	24,0	24,4	27,0	25,9	24,3
	De 55 à 65 ans	6,9	17,1	12,6	18,8	14,1	16,8	15,9
	Quintile de défavorisation sociale du quartier du patient							
	1 (le plus élevé)	9,2	12,5	11,4	15,3	11,7	13,0	13,1
	2	12,8	14,0	15,2	17,8	14,2	16,4	15,8
	3	16,3	17,3	18,7	19,5	18,4	19,9	18,7
	4	21,5	21,0	22,2	21,9	21,9	20,8	21,6
	5 (le plus faible)	40,2	35,1	32,5	25,5	33,9	29,9	30,9

Tableau B1 : Statistiques descriptives, par groupe de diagnostics (suite)

Domaine	Variable ou catégories	Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 6 538)	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance (N = 14 339)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 9 499)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance (N = 26 969)	Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants (N = 7 989)	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance (N = 12 556)	Total (N = 77 890)
		Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Sociodémo-graphique (suite)	**Quintile de défavorisation matérielle du quartier du patient**							
	1 (le plus élevé)	13,9	14,6	15,2	16,4	15,7	14,9	15,4
	2	15,7	17,6	17,7	18,9	17,7	16,8	17,8
	3	18,0	19,2	20,8	21,2	19,7	19,5	20,1
	4	20,9	21,4	21,0	21,1	20,2	20,2	20,9
	5 (le plus faible)	31,5	27,2	25,2	22,5	26,6	28,7	25,9
	Type de classification des secteurs statistiques (CSS) du patient							
	1	65,4	71,9	56,2	60,9	57,0	55,5	61,4
	2	6,2	5,3	8,4	6,0	7,5	6,2	6,4
	3	11,9	9,9	14,9	12,7	14,5	12,3	12,5
	4	2,9	2,7	3,7	3,8	3,2	3,6	3,4
	Autres	13,6	10,3	16,9	16,6	17,8	22,5	16,3

Remarques

DS : durée du séjour.
CSS : Classification des secteurs statistiques.
CSS type 1 : région métropolitaine de recensement.
CSS type 2 : agglomération de recensement.
CSS type 3 : zone d'influence métropolitaine (forte).
CSS type 4 : zone d'influence métropolitaine (modérée).
CSS type Autres : zone d'influence métropolitaine (faible), zone d'influence métropolitaine (nulle) et les territoires.
Les chiffres se rapportant au sans-abrisme ont été sous-représentés dans cette analyse en raison de différences de codification dans les données du Québec. Un examen a révélé que cette sous-estimation n'influait pas sur les modèles ajustés selon les risques présentés dans le présent rapport.

Sources

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B2 : Diagnostic rendu à la première réadmission du patient dans les 30 jours suivant le congé initial

	Diagnostic durant l'hospitalisation initiale					
	Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 6 538)	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance (N = 14 339)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 9 499)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance (N = 26 969)	Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants (N = 7 989)	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance (N = 12 556)
Diagnostic à la première réadmission	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Nombre de personnes réhospitalisées dans les 30 jours	987	1 635	1 082	2 384	866	779
Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	20,5	3,4	1,1	0,4	5,5	2,7
Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance	60,9	79,2	4,2	6,3	7,3	5,8
Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	1,4	0,2	18,9	3,1	16,2	6,9
Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance	5,4	9,1	49,4	74,4	11,4	6,7
Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants	0,5	0,1	2,3	0,3	2,5	2,6
Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance	4,1	0,4	6,7	0,5	22,9	28,9
Concomitants Autres	2,7	1,0	5,8	1,1	27,5	38,6
Santé mentale Autres	4,6	6,7	11,6	13,8	6,7	7,8

Remarques

Concomitants Autres : diagnostic principal de troubles liés à la consommation de psychotropes et diagnostic secondaire de maladie mentale autre que la schizophrénie, autres troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété; ou diagnostic principal de maladie mentale autre que la schizophrénie, autres troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété et diagnostic secondaire de troubles liés à la consommation de psychotropes.

Santé mentale Autres : diagnostic principal de maladie mentale autre que la schizophrénie, autres troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété et diagnostic secondaire de tout trouble de santé mentale.

Sources

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B3 : Diagnostic rendu à la première réadmission du patient dans l'année suivant le congé initial

	Diagnostic durant l'hospitalisation initiale					
	Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 6 538)	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance (N = 14 339)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants (N = 9 499)	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance (N = 26 969)	Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants (N = 7 989)	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance (N = 12 556)
Diagnostic à la première réadmission	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Nombre de personnes réhospitalisées dans l'année	3 280	5 549	3 375	7 418	2 923	2 911
Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	16,0	2,4	1,1	0,3	3,6	1,5
Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance	60,0	71,0	5,5	6,7	8,2	4,5
Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	1,1	0,2	14,5	2,4	12,3	5,4
Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance	4,4	8,0	45,4	66,2	10,9	6,4
Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants	0,3	0,1	1,6	0,3	1,8	1,3
Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance	3,3	0,2	5,1	0,4	19,2	20,1
Concomitants Autres	4,3	0,9	8,8	1,4	31,9	48,4
Santé mentale Autres	10,7	17,1	17,8	22,3	12,1	12,3

Remarques

Concomitants Autres : diagnostic principal de troubles liés à la consommation de psychotropes et diagnostic secondaire de maladie mentale autre que la schizophrénie, autres troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété; ou diagnostic principal de maladie mentale autre que la schizophrénie, autres troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété et diagnostic secondaire de troubles liés à la consommation de psychotropes.

Santé mentale Autres : diagnostic principal de maladie mentale autre que la schizophrénie, autres troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété et diagnostic secondaire de tout trouble de santé mentale.

Sources

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B4 : Résultats sélectionnés de la régression des hasards proportionnels de Cox incluant différents groupes de diagnostics et de référence pour l'analyse des réadmissions dans les 30 jours et dans l'année suivant le congé

Groupe de diagnostics	Groupe de référence	Réadmission dans les 30 jours			Réadmission dans l'année		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p	Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance	19,0	1,182	< 0,0001	91,4	1,248	< 0,0001
Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance	10,8	1,152	0,0010	76,5	1,246	< 0,0001
Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance	88,3	1,622	< 0,0001	205,9	1,532	< 0,0001

Remarque

Pour l'analyse des réadmissions dans les 30 jours et l'année suivant le congé, une régression de Cox indépendante a été menée pour chaque paire de groupes de diagnostics.

Sources

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B5 : Résultats complets de la régression des hasards proportionnels de Cox pour l'analyse des réadmissions dans les 30 jours et dans l'année suivant le congé

Domaine	Variables indépendantes	Réadmission dans les 30 jours			Réadmission dans l'année		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p	Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Diagnostic	**Groupe de diagnostic principal**						
	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance		1			1	
	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	143,6	1,781	< 0,01	272,6	1,553	< 0,01
	Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants	88,3	1,622	< 0,01	205,9	1,532	< 0,01
	Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	240,5	2,226	< 0,01	751,0	2,261	< 0,01
	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance	92,9	1,507	< 0,01	95,1	1,245	< 0,01
	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance	219,0	1,933	< 0,01	629,9	1,815	< 0,01
Traitement	**Type d'hôpital**						
	Général		1			1	
	Psychiatrique	14,3	0,862	< 0,01	5,9	0,949	0,02
	Nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie						
	Nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie	132,4	1,057	< 0,01	157,2	1,068	< 0,01
	Situation à la sortie						
	Congé planifié		1			1	
	Congé non planifié	292,6	1,838	< 0,01	128,3	1,297	< 0,01
Sociodémographique	**Sexe**						
	Femme		1			1	
	Homme	0,0	1,002	0,92	0,3	0,993	0,6
	Sans abri (à l'admission)						
	Non		1			1	
	Oui	2,3	1,118	0,13	10,7	1,147	< 0,01

Tableau B5 : Résultats complets de la régression des hasards proportionnels de Cox pour l'analyse des réadmissions dans les 30 jours et dans l'année suivant le congé (suite)

Domaine	Variables indépendantes	Réadmission dans les 30 jours			Réadmission dans l'année		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p	Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Sociodémographique (suite)	**Âge à l'admission**						
	De 15 à 24 ans		1			1	
	De 25 à 34 ans	0,3	0,981	0,59	7,9	1,063	< 0,01
	De 35 à 44 ans	15,8	0,865	< 0,01	0,5	0,985	0,49
	De 45 à 54 ans	37,0	0,804	< 0,01	0,2	0,991	0,66
	De 55 à 65 ans	37,1	0,780	< 0,01	6,0	0,944	0,01
	Province de l'hôpital						
	Ont.		1			1	
	C.-B.	7,3	1,099	< 0,01	11,3	1,071	< 0,01
	Alb.	14,5	0,850	< 0,01	1,8	0,970	0,17
	Sask.	2,5	0,901	0,11	1,1	0,963	0,29
	Man.	14,0	0,767	< 0,01	1,1	0,963	0,29
	Qc	1,8	0,957	0,18	0,4	0,989	0,54
	N.-B.	0,0	0,994	0,93	2,3	1,064	0,13
	N.-É.	0,1	1,025	0,76	0,0	1,005	0,91
	Î.-P.-É.	0,0	1,019	0,89	11,1	1,255	< 0,01
	T.-N.-L.	0,2	0,961	0,67	11,6	1,177	< 0,01
	Yn/T.N-O./Nun.	3,0	0,768	0,08	0,2	0,962	0,62
	Quintile de défavorisation sociale du quartier du patient						
	1 (le plus élevé)		1			1	
	2	0,0	0,993	0,88	0,1	0,994	0,81
	3	0,1	1,013	0,77	1,9	1,033	0,17
	4	0,3	1,022	0,60	11,3	1,080	< 0,01
	5 (le plus faible)	6,1	1,102	0,01	20,2	1,103	< 0,01
	Quintile de défavorisation matérielle du quartier du patient						
	1 (le plus élevé)		1			1	
	2	0,0	1,000	0,99	0,7	1,020	0.39
	3	0,3	1,024	0,57	0,0	0,998	0,94
	4	0,3	0,977	0,58	0,0	1,004	0,85
	5 (le plus faible)	2,3	1,063	0,13	1,8	1,031	0,18

Tableau B5 : Résultats complets de la régression des hasards proportionnels de Cox pour l'analyse des réadmissions dans les 30 jours et dans l'année suivant le congé (suite)

Domaine	Variables indépendantes	Réadmission dans les 30 jours			Réadmission dans l'année		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p	Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Sociodémographique (suite)	**Type de classification des secteurs statistiques (CSS) du patient**						
	1		1			1	
	2	0,3	1,025	0,61	3,4	1,049	0,06
	3	6,8	1,098	< 0,01	8,6	1,060	< 0,01
	4	0,0	1,012	0,86	2,0	0,949	0,16
	Autres	13,8	1,140	< 0,01	0,6	1,016	0,43

Remarques

CSS : Classification des secteurs statistiques.

CSS type 1 : région métropolitaine de recensement.

CSS type 2 : agglomération de recensement.

CSS type 3 : zone d'influence métropolitaine (forte).

CSS type 4 : zone d'influence métropolitaine (modérée).

CSS type Autres : zone d'influence métropolitaine (faible), zone d'influence métropolitaine (nulle) et les territoires.

Deux régressions de Cox indépendantes ont été menées pour examiner les réadmissions dans les 30 jours et l'année suivant le congé initial.

Les chiffres se rapportant au sans-abrisme ont été sous-représentés dans cette analyse en raison de différences de codification dans les données du Québec. Un examen a révélé que cette sous-estimation n'influait pas sur les modèles ajustés selon les risques présentés dans le présent rapport.

Sources

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B6 : Résultats sélectionnés de la régression de Poisson incluant différents groupes de diagnostics et de référence pour l'analyse de la durée totale du séjour dans l'année suivant le congé

Groupe de diagnostics	Groupe de référence	Durée totale du séjour dans l'année suivant le congé		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance	370,8	1,077	< 0,01
Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance	2 910,6	1,189	< 0,01
Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance	13 377,9	2,024	< 0,01

Remarque

Une régression de Poisson indépendante a été menée pour chaque paire de groupes de diagnostics.

Sources

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B7 : Résultats complets de la régression de Poisson pour l'analyse de la durée totale du séjour dans l'année suivant le congé

Domaine	Variables indépendantes	Durée totale du séjour dans l'année suivant le congé		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Diagnostic	**Groupe de diagnostic principal**			
	Troubles liés à la consommation de psychotropes sans concomitance		1	
	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	29 722,4	2,673	< 0,01
	Troubles liés à la consommation de psychotropes et schizophrénie ou troubles psychotiques, de l'humeur ou de l'anxiété concomitants	13 377,9	2,024	< 0,01
	Schizophrénie ou troubles psychotiques et troubles liés à la consommation de psychotropes concomitants	112 098,0	6,010	< 0,01
	Troubles de l'humeur ou de l'anxiété sans concomitance	30 640,5	2,483	< 0,01
	Schizophrénie ou troubles psychotiques sans concomitance	100 508,0	5,051	< 0,01
Traitement	**Type d'hôpital**			
	Général		1	
	Psychiatrique	10 138,1	1,344	< 0,01
	Nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie			
	Nombre d'hospitalisations antérieures en psychiatrie	189 947,0	1,047	< 0,01
	Situation à la sortie			
	Congé planifié		1	
	Congé non planifié	6 003,9	1,332	< 0,01
Sociodémographique	**Sexe**			
	Femme		1	
	Homme	131,9	1,026	< 0,01
	Sans abri (à l'admission)			
	Non		1	
	Oui	658,4	1,187	< 0,01

Tableau B7 : Résultats complets de la régression de Poisson pour l'analyse de la durée totale du séjour dans l'année suivant le congé (suite)

Domaine	Variables indépendantes	Durée totale du séjour dans l'année suivant le congé		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Sociodémographique (suite)	**Âge à l'admission**			
	De 15 à 24 ans		1	
	De 25 à 34 ans	174,4	1,046	< 0,01
	De 35 à 44 ans	687,2	0,911	< 0,01
	De 45 à 54 ans	20,5	1,015	< 0,01
	De 55 à 65 ans	2 940,8	1,217	< 0,01
	Province de l'hôpital			
	Ont.		1	
	C.-B.	721,9	0,908	< 0,01
	Alb.	884,8	1,119	< 0,01
	Sask.	453,8	0,862	< 0,01
	Man.	17,5	1.027	< 0,01
	Qc	4 195,7	1,201	< 0,01
	N.-B.	193,1	1,105	< 0,01
	N.-É.	728,3	1,220	< 0,01
	Î.-P.-É.	162,1	1,181	< 0,01
	T.-N.-L.	235,6	1,137	< 0,01
	Yn/T.N-O./Nun.	472,5	0,655	< 0,01
	Quintile de défavorisation sociale du quartier du patient			
	1 (le plus élevé)		1	
	2	228,7	1,068	< 0,01
	3	320,4	1,078	< 0,01
	4	1 031,4	1,138	< 0,01
	5 (le plus faible)	2 410,5	1,206	< 0,01
	Quintile de défavorisation matérielle du quartier du patient			
	1 (le plus élevé)		1	
	2	3,6	1,007	0,06
	3	24,2	1,018	< 0,01
	4	21,5	0,983	< 0,01
	5 (le plus faible)	43,6	0,976	< 0,01

Tableau B7 : Résultats complets de la régression de Poisson pour l'analyse de la durée totale du séjour dans l'année suivant le congé (suite)

Domaine	Variables indépendantes	Durée totale du séjour dans l'année suivant le congé		
		Khi carré	Ratio de risque	Valeur de p
Sociodémographique (suite)	**Type de classification des secteurs statistiques (CSS) du patient**			
	1		1	
	2	118,3	0,952	< 0,01
	3	426,9	0,929	< 0,01
	4	393,2	0,879	< 0,01
	Autres	1 120,0	0,888	< 0,01

Remarques

CSS : Classification des secteurs statistiques.

CSS type 1 : région métropolitaine de recensement.

CSS type 2 : agglomération de recensement.

CSS type 3 : zone d'influence métropolitaine (forte).

CSS type 4 : zone d'influence métropolitaine (modérée).

CSS type Autres : zone d'influence métropolitaine (faible), zone d'influence métropolitaine (nulle) et les territoires.

Les chiffres se rapportant au sans-abrisme ont été sous-représentés dans cette analyse en raison de différences de codification dans les données du Québec. Un examen a révélé que cette sous-estimation n'influait pas sur les modèles ajustés selon les risques présentés dans le présent rapport.

Sources

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2007-2008 à 2010-2011; Base de données sur les congés des patients, 2007-2008 à 2011-2012; Base de données sur la morbidité hospitalière, 2006-2007 à 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Concurrent Disorders - Substance Abuse in Canada*. 2009.

2. Institut canadien d'information sur la santé. *Hospital Mental Health Services in Canada, 2009-2010*. 2012.

3. Rush BR, Urbanoski K, Bassani D, et al. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2008;53(12):800-809. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19087478.

4. Rush BR, Nadeau L. On the integration of mental health and substance use services and systems. *Responding in Mental Health-Substance Use, Book 3*. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2011;148-175.

5. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health.* 2001;91(1):31-37.

6. Séguin M, Lesage A, Turecki G, et al. *Research Project on Deaths by Suicide in New Brunswick Between April 2002 and May 2003*. Douglas Hospital Research Centre; 2005.

7. Cuffel BJ, Shumway M, Chouljian TL, et al. A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1994;182:704-708.

8. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, et al. Violence and mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medications. *American Journal of Psychiatry.* 1998;155:226-231.

9. Abram KM, Teplin LA. Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist.* 1991;*46*:1036-1045.

10. Urbanoski K, Cairney J, Bassani D, et al. Perceived Unmet Need for Mental Health Care for Canadians with Co-occurring Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services.* 2008;59(3):283-289.

11. Urbanoski K, Rush B, Wild C, et al. Use of Mental Health Care Services by Canadians with Co-occurring Substance Dependence and Mental Disorders. *Psychiatric Services.* 2007;58(7):962-969.

12. Dilonardo J, Coffey R, Vandivort-Warren R, et al. Inpatient Utilization for Persons with Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services.* 2008;59(1):14.

13. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis Abuse and the Course of Recent-Onset Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry.* 1994;*51*:273-279 .

14. Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, et al. Substance use: A powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 1996;*20*:145-151.

15. Jacobs P, Dewa C, Lesage A, et al. *The Cost of Mental Health and Substance Abuse in Canada*. Institute of Health Economics; 2010.

16. Drake RE, Essock SM, Shaner A, et al. Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Focus.* 2004;2:102-110. http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=49636.

17. Watkins KE, Burnam A, Kung FY, et al. A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2001;52(8):1062-1068. PM:11474052.

18. Rush B, Fogg B, Nadeau L, et al. *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report.* 2008.

19. Pampalon R, Hamel D, Gamache P, et al. A Deprivation Index for Health Planning in Canada. *Chronic Diseases in Canada.* 2009;29(4):178-191. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/29-4/ar_05-eng.php.