

SERVICES EN SANTÉ MENTALE



SERVICES EN SANTÉ MENTALE
EN MILIEU HOSPITALIER AU CANADA
2000-2001



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

**Services de santé mentale en milieu
hospitalier au Canada**

2000-2001

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN : 1-55392-285-9 (PDF)

© 2003 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title of:
Hospital Mental Health Services in Canada 2000–2001 ISBN 1-55392-255-7 (PDF)

Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2000-2001

Table des matières

Remerciements.....	i
Avant-propos	iii
Introduction	1
Données nationales sur les services de santé mentale en milieu hospitalier	3
Contexte	3
Points saillants de l'analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale	5
Facteurs affectant les résultats des indicateurs.....	5
Trouver une statistique à www.icis.ca	6
Variables utilisées dans le calcul des indicateurs	6
Analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale	7
La dynamique entre le taux de sorties et la durée du séjour	13
Point de mire sur la schizophrénie	25
Schizophrénie.....	25
Tendances dans l'utilisation des services de santé aux patients hospitalisés pour le traitement de la schizophrénie	25
Durée moyenne de séjour pour la schizophrénie par type d'hôpital et par sexe	29
Relation entre taux de sorties, durée moyenne de séjour et âge chez les hommes	30
Conclusions du point de mire sur la schizophrénie	30
Notes méthodologiques	32
Comparabilité.....	32
Respect de la vie privée et confidentialité.....	32
Autres termes	32
Méthodes	34
Analyse	36
Conclusion.....	37
Pour plus d'information	37
Annexe A : Définitions des indicateurs	A-1
Annexe B : Groupe consultatif pour le rapport sur <i>les services de santé mentale en milieu hospitalier</i>	B-1
Annexe C : Formulaire d'évaluation.....	C-1

Remerciements

L'équipe des Services de santé mentale et de toxicomanie désire remercier tous ceux qui ont contribué à la création du premier rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada*. Plus particulièrement, l'équipe remercie les membres du Groupe consultatif sur les services de santé mentale et de toxicomanie. Grâce à leurs précieux conseils, ce rapport est d'autant plus enrichissant et pertinent pour les clients de l'ICIS. Une autre contribution importante a été apportée par le groupe des Systèmes d'analyse de l'ICIS. Leur travail à l'élaboration de *Trouver une statistique* rendra les données sur la santé mentale en milieu hospitalier plus accessibles et utiles pour les utilisateurs des données de l'ICIS.

Avant-propos

Le premier rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada* vise à offrir aux utilisateurs une description complète des données nationales de l'ICIS sur la santé mentale en milieu hospitalier. Par la communication de la disponibilité et de l'applicabilité des données, l'ICIS espère encourager et atteindre une utilisation plus grande et plus fréquente de cette ressource d'information sur la santé. En plus de publier ce rapport, l'ICIS a ajouté des données sur la santé mentale en milieu hospitalier à l'échelle régionale, provinciale et territoriale à l'information électronique accessible au public grâce à la fonction *Trouver une statistique* à www.icis.ca.

Les données nationales sur la santé mentale en milieu hospitalier ont été utilisées dans le rapport pour calculer les indicateurs de l'utilisation des services hospitaliers pour les patients hospitalisés à l'échelle provinciale et territoriale. Les indicateurs ont pour but de soutenir la gestion régionale des services de santé mentale en milieu hospitalier. Les points saillants du rapport incluent des discussions sur ce qui doit être considéré lors de l'interprétation des résultats des indicateurs et l'interdépendance entre les indicateurs. Le rapport souligne également le besoin de données complètes au-delà des données sur l'hospitalisation des patients.

La schizophrénie, une maladie mentale sérieuse, a été sélectionnée en tant que sujet principal d'une étude spéciale dans le rapport. L'attention accordée à la schizophrénie démontre la façon dont les utilisateurs peuvent décortiquer les données pour étudier plus à fond les tendances dans l'utilisation des services hospitaliers pour les patients hospitalisés pour des diagnostics spécifiques de maladie mentale et de toxicomanie. Cette section souligne également le besoin de recueillir des données complètes, à la grandeur du système, qui permettraient une analyse plus informative des façons dont divers services de santé et sociaux peuvent être utilisés par les personnes qui requièrent des traitements pour une maladie mentale ou une toxicomanie.

Par l'entremise de son premier rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada*, l'ICIS espère mieux faire connaître la disponibilité des données, encourager leur utilisation plus vaste et générer du soutien et de l'intérêt de la part des intervenants quant au développement du système canadien d'information sur la santé dans les domaines de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Introduction

En 2001, dans le cadre de l'Initiative du Carnet de route¹, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a conçu un ensemble d'indicateurs pour les services hospitaliers aux patients hospitalisés pour une maladie mentale/toxicomanie. Les indicateurs ont pour but de répondre au besoin d'une information améliorée sur la santé à l'échelle nationale et régionale pour éclairer la gestion publique de ce secteur important et complexe du système canadien d'information sur la santé².

Les indicateurs ont été élaborés au cours de consultations étendues. Un Groupe d'experts formé de spécialistes en contenu dans les secteurs des services de santé mentale et de toxicomanie des gouvernements fédéral et provinciaux, des régions sanitaires, des universitaires, des associations nationales et des groupes de consommateurs ont collaboré avec l'ICIS tout au long du projet. Le groupe a offert ses suggestions pour l'identification, l'élaboration et l'évaluation des indicateurs. Les indicateurs ont fait l'objet d'un test pilote dans 13 régions sanitaires du Canada. Ils ont été améliorés en fonction des commentaires émis par les intervenants.

Les indicateurs sont ceux qui ont pu être compilés à l'aide des données *existantes*. Les données sont principalement dérivées de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) de l'ICIS, qui est actuellement la seule base de données canadienne dédiée exclusivement aux données nationales normalisées sur la maladie mentale et la toxicomanie. La BDSMMH contient des données sur les services aux patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie. Les indicateurs sont principalement liés à l'utilisation des services en raison de la nature même des données de la BDSMMH. L'un des indicateurs, le taux de suicide, est calculé à l'aide des statistiques de l'état civil de Statistique Canada.

Le présent rapport est descriptif plutôt qu'évaluatif de par sa nature et va au-delà de l'information contenue dans le document *Services de santé mentale et de toxicomanie – Rapport prototype sur les indicateurs*³ publié en 2001. Les données utilisées dans le rapport proviennent de l'exercice 2000-2001, qui sont les données les plus récentes sur la santé mentale en milieu hospitalier. Le rapport contient un éventail d'information présentée comme suit :

- Renseignements généraux à propos des données sur la santé mentale en milieu hospitalier au Canada;
- Points saillants de l'analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale;
- Point de mire sur la schizophrénie à l'aide des données de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, inclus pour démontrer comment la BDSMMH peut être utilisée;
- Une vue d'ensemble de *Trouver une statistique*, un outil électronique de production de rapports associé aux indicateurs et disponible à www.cihi.ca;
- Notes méthodologiques.

¹ Institut canadien d'information sur la santé. *Carnet de route de l'information sur la santé : Répondre aux besoins*. Ottawa, 1999.

² Institut canadien d'information sur la santé. *Développement d'indicateurs pour les services de santé mentale et de toxicomanie – Rapport de la phase 1 du projet*. Ottawa, 2001. Voir www.icis.ca.

³ Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale et de toxicomanie – Rapport prototype sur les indicateurs*. Ottawa, 2001. Voir www.icis.ca.

La BDSMMH est utilisée pour la première fois pour la majorité de l'analyse qui suit. Tout au long de l'étude, plusieurs problèmes et questions se sont présentés. Le présent document tente de fournir une discussion intéressante par rapport aux questions soulevées lors de l'étude des résultats. Ce rapport, pour la première fois, souligne également la valeur des données de la BDSMMH et le besoin d'améliorer encore plus l'intégralité et la qualité des données. Le besoin de données provenant des services communautaires de santé mentale et de toxicomanie est un thème qui se répète tout au long du rapport. On tentera d'ajouter de la teneur et de la portée aux données pour enrichir encore plus les rapports à venir.

Données nationales sur les services de santé mentale en milieu hospitalier

La source principale des données pour le présent rapport est la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH).

Contexte

La Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier est une base de données nationale contenant de l'information sur les sorties (patients hospitalisés vivants ou décédés) des hôpitaux psychiatriques ou généraux⁴ liées à une maladie mentale/toxicomanie. Les données sont tenues à jour par l'ICIS depuis l'exercice 1994-1995. Statistique Canada détient une série historique de 1930 à 1994.

La BDSMMH est créée par la combinaison des données de deux sources. Les données des hôpitaux psychiatriques sont recueillies et conservées par l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier. Les données des hôpitaux généraux sont extraites de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS. Une fois recueillies et vérifiées, les données des deux sources sont combinées pour former la BDSMMH.

Étendue

La BDSMMH inclut les diagnostics médicaux et les données démographiques pour les sorties de patients hospitalisés des hôpitaux psychiatriques et généraux avec un diagnostic principal de maladie mentale/toxicomanie. Les codes de diagnostics sont basés sur la Classification internationale des maladies, version 9 (CIM-9), chapitre V. Toutes les provinces et tous les territoires sont représentés dans les données.

Il est important de souligner qu'une petite proportion seulement des personnes souffrant d'une maladie mentale/toxicomanie reçoivent des traitements dans les hôpitaux en tant que patients hospitalisés et qu'ainsi, la BDSMMH ne capture qu'une fraction de l'éventail des services offerts pour le traitement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. La majorité des personnes que ces problèmes affectent reçoivent des traitements en tant que patient en consultation externe, par des médecins de famille ou des spécialistes, ou par des services communautaires, incluant les services dirigés par des consommateurs. Il se peut que plusieurs personnes ne reçoivent pas de traitements formels par l'entremise de services de santé. Ainsi, les données de la BDSMMH reflètent une vue importante, mais restreinte, des services de traitement de la maladie mentale/toxicomanie.

Critère d'inclusion

La BDSMMH se concentre sur les sorties des hôpitaux psychiatriques et généraux. Son système est basé sur les événements plutôt que sur les personnes, ce qui veut dire que la même personne peut être représentée plus d'une fois si elle a été admise puis a reçu

⁴ Voir les notes méthodologiques pour les définitions d'hôpitaux psychiatriques et généraux.

son congé plusieurs fois au cours d'un même exercice. Les augmentations du nombre de sorties peuvent être liées aux augmentations du nombre de sorties par patient, du nombre de patients ayant obtenu leur congé ou encore les deux.

Il est important de noter que l'information pour un séjour donné dans un hôpital est seulement saisie lorsqu'un patient quitte l'hôpital. Ainsi, il faut faire attention lors des calculs de mesure d'utilisation puisque la durée totale du séjour entrée dans la base de données reflète la durée totale du séjour associée aux sorties déclarées pendant cet exercice. Autrement dit, si une personne est admise au cours d'un exercice mais ne quitte pas l'hôpital pendant le même exercice, la durée du séjour de cette personne n'est pas entrée dans les données de cet exercice. La durée du séjour pour cet événement sera entrée pour l'exercice au cours duquel le patient quitte l'hôpital. Même un nombre restreint de sorties à la suite de longs séjours peut avoir un effet important sur les résultats de certaines statistiques, telles que la durée moyenne de séjour.

Critère d'exclusion

La BDSMMH exclut les patients traités pour une maladie mentale/toxicomanie en tant que patients externes, dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes ou dans des foyers collectifs, dans des centres de jour et de nuit et dans les bureaux de praticiens d'exercice privé. Elle exclut également les personnes traitées dans les institutions pour les personnes ayant une déficience mentale ou encore dans les agences de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les données des hôpitaux généraux, dans la BDSMMH, excluent les nouveau-nés et les patients hospitalisés dont la résidence est située à l'extérieur de la province d'hospitalisation. La durée du séjour pour les sorties d'un hôpital général ne peut dépasser la limite de 4 999 jours. Les données d'hôpitaux psychiatriques incluent les patients hospitalisés dont la résidence est située à l'extérieur de la province d'hospitalisation; la durée du séjour est illimitée.

Points saillants de l'analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale

Les indicateurs consignés sont les suivants :

1. Taux de sorties des hôpitaux concernant la maladie mentale/toxicomanie;
2. Durée moyenne du séjour pour les diagnostics concernant la maladie mentale/toxicomanie;
3. Taux de jours d'hospitalisation concernant la maladie mentale/toxicomanie;
4. Pourcentage de sorties totales des hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie;
5. Pourcentage de la durée totale du séjour dans les hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie;
6. Taux de suicide.

Les indicateurs sont définis dans l'annexe A.

Facteurs affectant les résultats des indicateurs

Plusieurs facteurs contribuent à la diversité des résultats de l'analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale et régionale. Ces facteurs incluent, sans toutefois s'y limiter, la géographie, la santé de la population, les ressources provinciales et régionales en services de santé et l'administration de services de santé, pour n'en nommer que quelques-uns. Il est très important de considérer ces facteurs et l'effet qu'ils peuvent avoir sur les résultats des indicateurs lors de l'analyse comparative. La variation dans les résultats entre les provinces/territoires ou entre les régions sanitaires devrait soulever des questions à propos des différences systématiques suivantes :

- Différences entre les politiques, les pratiques et les ressources de santé sur le plan provincial/territorial ou régional;
- Différences dans la géographie et dans la distribution urbaine/rurale de la population;
- Variation dans les caractéristiques environnementales et socio-économiques;
- Différences entre les types de patients traités et la gravité de la maladie;
- Variation dans l'éventail des services de santé disponibles au-delà des services aux patients hospitalisés des hôpitaux généraux et spécialisés (tels que les hôpitaux psychiatriques), y compris les autres niveaux de soins;
- Variation dans l'accessibilité et la connaissance des autres points d'accès au système de santé.

La liste précédente suggère quelques-uns des facteurs qui devraient être considérés lors de l'établissement de comparaisons provinciales/territoriales et régionales. De l'information contextuelle est offerte dans le rapport lorsque cela est possible. De l'information contextuelle régionale additionnelle est disponible dans *Trouver une statistique*.

Trouver une statistique à www.icis.ca

Un des objectifs principaux du rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier* est de rendre les données des indicateurs disponibles et facilement accessibles pour le public. À cet effet, l'ICIS a conçu un composant des indicateurs de santé mentale pour un outil déjà existant de production de rapports connu sous le nom de *Trouver une statistique*. Cet outil est accessible à www.icis.ca.

Dans *Trouver une statistique*, les résultats pour les indicateurs de santé mentale et de toxicomanie sont calculés à l'échelle nationale, provinciale/territoriale et régionale. Les données à l'échelle des régions sanitaires incluent ce qui suit :

- Les résultats des indicateurs pour les régions sanitaires comptant plus de 75 000 habitants;
- De l'information contextuelle régionale liée à la population, aux données démographiques et aux ressources pour la santé mentale en milieu hospitalier;
- Un tableau illustrant l'afflux vers chaque région en fonction du nombre de sorties de patients hospitalisés qui ne sont pas des résidents de la région, mais qui utilisent les services hospitaliers aux patients hospitalisés de la région.

Grâce à *Trouver une statistique*, et sous réserve des politiques et principes de l'ICIS pour la protection des renseignements personnels sur la santé⁵, les utilisateurs peuvent visionner et générer des rapports de résultats des indicateurs par type d'hôpital, par groupe de diagnostics, par groupe d'âge et par sexe. Les résultats sont disponibles à l'échelle nationale, provinciale et régionale.

Trouver une statistique est conçu afin d'être une ressource d'information conviviale. Veuillez visiter www.icis.ca pour avoir accès à cet outil. Les commentaires sur la facilité d'utilisation, l'utilité ainsi que les suggestions pour l'amélioration de cet outil sont appréciés.

Variables utilisées dans le calcul des indicateurs

Un ensemble de variables a été utilisé dans le calcul des indicateurs. Les variables ont été sélectionnées afin de pouvoir décortiquer les données tout en respectant les restrictions strictes de respect de la vie privée et de confidentialité.

Les variables utilisées dans le calcul des indicateurs incluent ce qui suit :

Sexe

- Masculin;
- Féminin;
- Les deux.

⁵ Pour plus d'information sur les lignes directrices sur le respect de la vie privée de l'ICIS, veuillez consulter les notes méthodologiques ou visiter www.icis.ca pour visionner le document intitulé *Le respect de la vie privée et confidentialité de l'information sur la santé à l'ICIS*.

Groupes d'âge

- Tranches d'âge de cinq ans;
- Cinq groupes d'âge :
 - Moins de 15 ans,
 - 15-24 ans,
 - 25-44 ans,
 - 45-64 ans,
 - 65 ans et plus.

Groupes de diagnostics basés sur les groupes de la CIM-9, chapitre V :

- Maladie mentale sérieuse;
- Maladie mentale légère;
- Alcoolisme et toxicomanie;
- Troubles cognitifs.

Pour de l'information spécifique sur les groupes de diagnostics utilisés et les codes CIM-9 associés, veuillez consulter les notes méthodologiques.

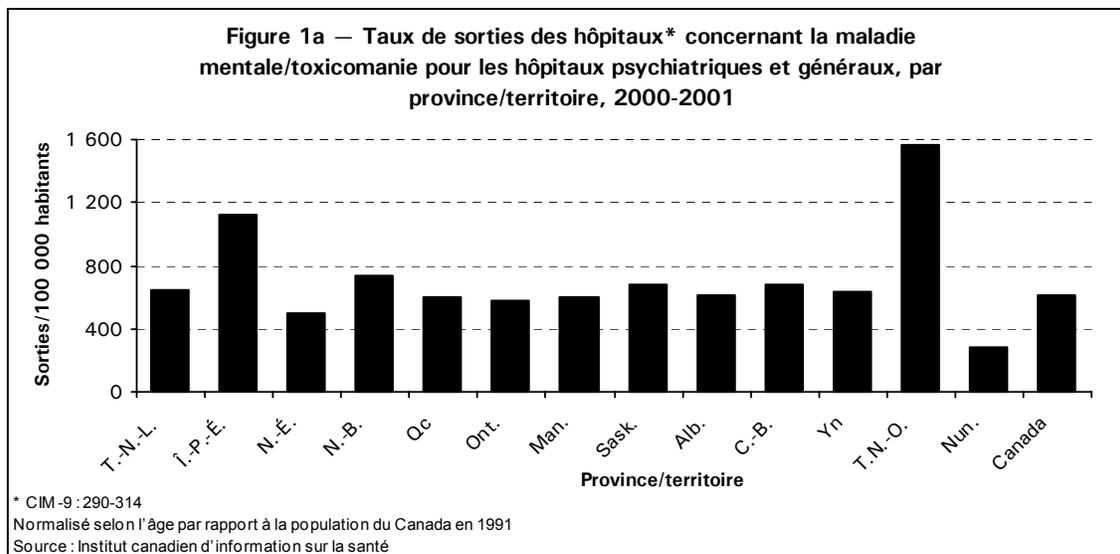
Analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale

Les pages qui suivent présentent une discussion des points saillants de l'analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale. Les graphiques et la discussion sont présentés pour démontrer comment les indicateurs peuvent être utilisés pour créer une vue informative de la prestation de services hospitaliers pour les maladies mentales et les toxicomanies. Bien que les résultats pour chacun des indicateurs soient informatifs, l'analyse est encore plus bénéfique lorsque les résultats des indicateurs sont interprétés les uns par rapport aux autres. Des analyses additionnelles sont disponibles à www.icis.ca à l'aide de *Trouver une statistique* ou peuvent être calculées par l'ICIS sur demande⁶.

1. Taux de sorties des hôpitaux concernant la maladie mentale/toxicomanie par province/territoire, 2000-2001

Cet indicateur représente le niveau d'activité d'hospitalisation dans les provinces/territoires, sur le plan des sorties, pour le traitement d'une maladie mentale/toxicomanie. Il répond à la question « Combien de sorties de patients hospitalisés associées à une maladie mentale/toxicomanie ont lieu dans la province ou le territoire chaque année? »

⁶ Institut canadien d'information sur la santé. *Catalogue des produits et services 2003*. Ottawa, 2003. Disponible à www.icis.ca.

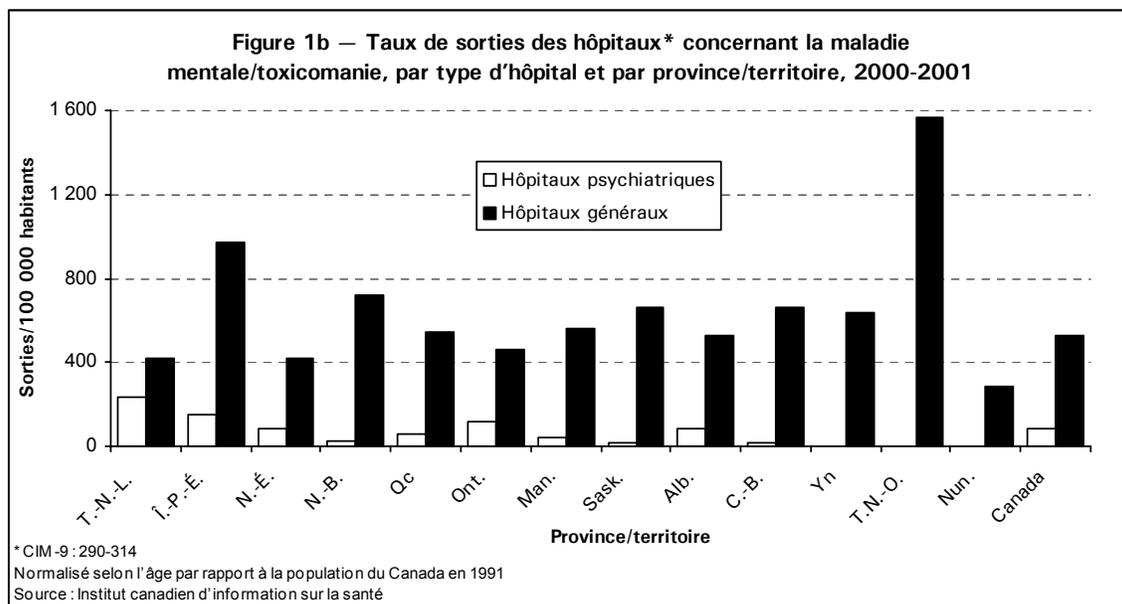


Les taux provinciaux/territoriaux de sorties des hôpitaux psychiatriques et généraux varient entre 266 sorties par 100 000 habitants (Nunavut) et 1 551 sorties par 100 000 habitants (Territoires du Nord-Ouest), avec un taux de 612 sorties par 100 000 habitants pour le Canada⁷.

La variation dans les taux provinciaux/territoriaux de sorties reflète les différences de capacité à offrir des services aux patients hospitalisés (c.-à-d. ressources) et les différences dans les façons d'utiliser ces ressources. La capacité et l'utilisation sont liées, et il serait informatif de faire la distinction entre les deux. Par exemple, la politique déterminant la quantité de lits pour les patients hospitalisés reflète les décisions qui varient au fil du temps et partout au Canada selon la perception des besoins, les approches à la prestation des soins et les autres influences. La façon dont les cliniciens répondent à la quantité de lits peut affecter les modèles d'hospitalisation (admissions et durée des séjours).

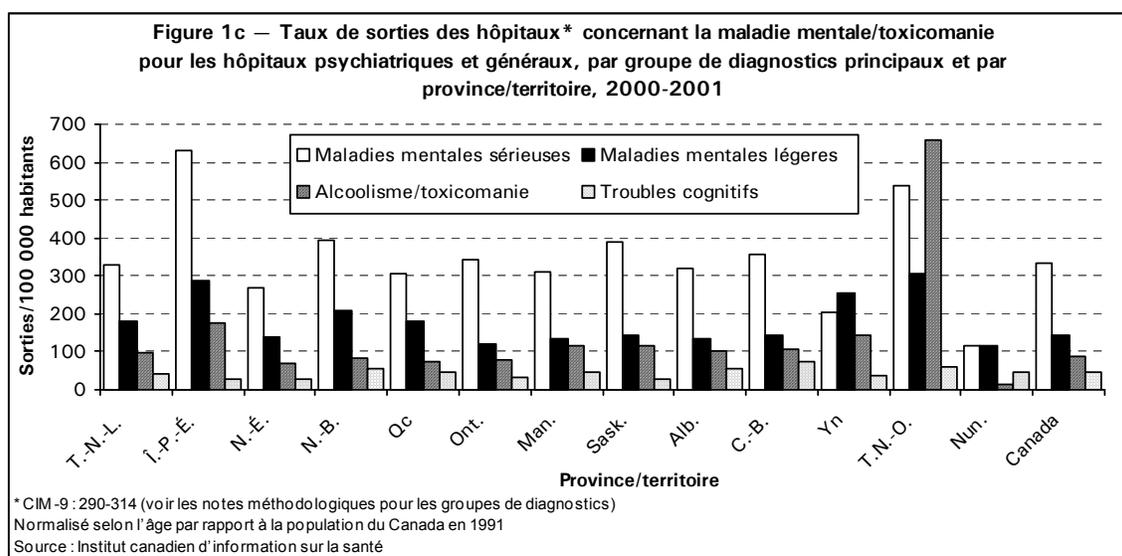
La capacité à répondre à des questions telles que « Dans quelle mesure les lits disponibles pour les patients hospitalisés traités pour une maladie mentale/toxicomanie sont-ils utilisés? » et « Comment la variété de patients admis à l'hôpital et la durée des soins prodigués aux patients varient-elles selon le nombre de lits disponibles? » permet d'enrichir les comparaisons provinciales/territoriales et régionales. À l'heure actuelle, les données des hôpitaux canadiens sur la capacité ne précisent pas le nombre de lits dans les hôpitaux généraux qui sont « désignés » pour le traitement de la maladie mentale/toxicomanie. De plus, les patients hospitalisés qui sont traités pour une maladie mentale/toxicomanie ne sont pas toujours hospitalisés dans de tels lits désignés. Ainsi, il est impossible de réaliser des analyses de la capacité par rapport à l'utilisation à l'échelle du Canada. Cependant, à mesure que les systèmes de production de rapports des hôpitaux deviennent plus sophistiqués et plus complets, de telles analyses pourront un jour être possibles.

⁷ Le cas échéant, les taux de sorties ont été normalisés selon l'âge à l'aide de la méthode directe de normalisation selon l'âge.



Une répartition des sorties des hôpitaux psychiatriques et généraux révèle que la plupart des sorties d'hôpital (87,1 %) pour une maladie mentale/toxicomanie ont lieu d'hôpitaux généraux.

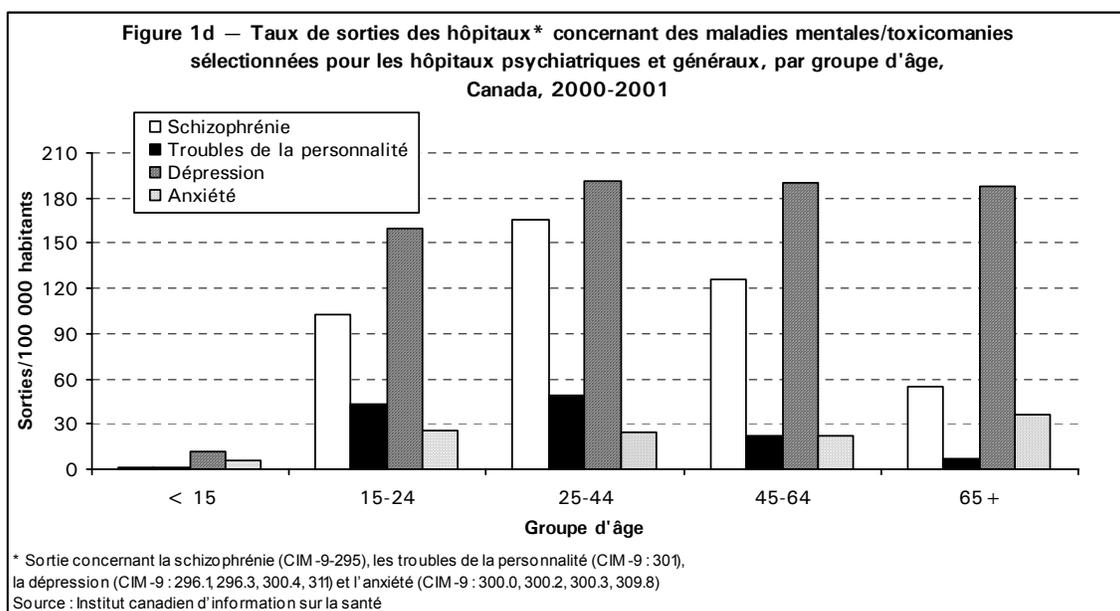
Il n'existe aucun hôpital psychiatrique au Yukon, aux Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut. Les patients nécessitant des services dans un hôpital psychiatrique doivent se rendre dans les provinces pour recevoir des soins.



La répartition des sorties d'hôpital par groupe de diagnostics (voir les définitions des groupes dans les notes méthodologiques) démontre que, dans la plupart des provinces, la majorité des sorties est imputable à une maladie mentale sérieuse. Une exception : la majorité des sorties pour les Territoires du Nord-Ouest est associée à des diagnostics liés à l'alcool ou aux drogues. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette tendance, y compris l'incidence et la prévalence de maladies liées à l'alcool ou aux drogues ainsi que la disponibilité et l'accessibilité à un éventail d'options de services hospitaliers aux patients tels que des services de santé communautaires. De plus, la géographie et le climat du territoire peuvent obliger les patients à voyager sur de longues distances pour recevoir des traitements ou à être hospitalisés plutôt que de recevoir simplement un traitement d'urgence, en tant que patient externe ou par l'entremise de services communautaires.

Bien que le taux de sorties pour les Territoires du Nord-Ouest soit élevé, la durée moyenne de séjour (DMS) pour une maladie mentale/toxicomanie dans ses hôpitaux généraux (voir les figures 2a et 2b) est parmi les plus courtes au Canada. En d'autres mots, il y a un plus grand nombre de sorties des hôpitaux généraux liées à une maladie mentale/toxicomanie, mais elles surviennent à la suite de séjours plus courts par rapport aux autres provinces/territoires.

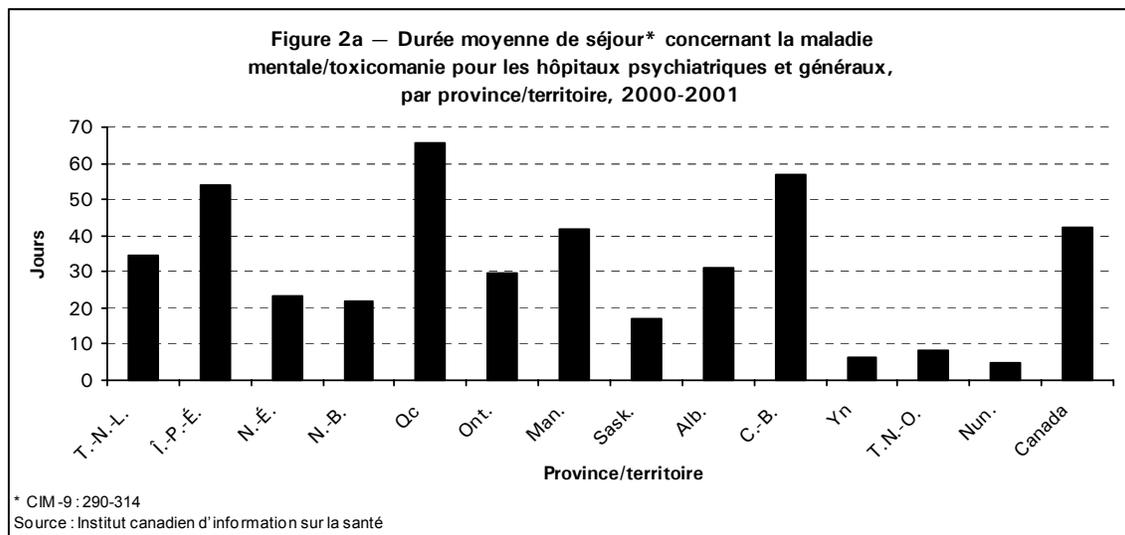
Des exemples illustrant des taux élevés de sorties mais de courtes DMS soulignent une limite des données de la BDSMMH. Comme il s'agit d'une base de données basée sur les sorties plutôt que sur les personnes, la BDSMMH n'identifie pas les personnes. Les sorties peuvent donc représenter quelques personnes ayant obtenu une sortie à plusieurs reprises ou encore plusieurs personnes n'ayant obtenu qu'une seule sortie ou encore une combinaison des deux. Bien que la relation entre les taux de sorties et les DMS soit d'intérêt, sans la capacité d'analyser les taux de réadmission, il est difficile d'interpréter les résultats des indicateurs.



Un examen plus approfondi des données sur les sorties pour des diagnostics sélectionnés de maladie mentale démontre que la schizophrénie et la dépression figurent parmi les diagnostics les plus communs pour les services aux patients hospitalisés pour une maladie mentale/toxicomanie et ce, pour tous les grands groupes d'âge.

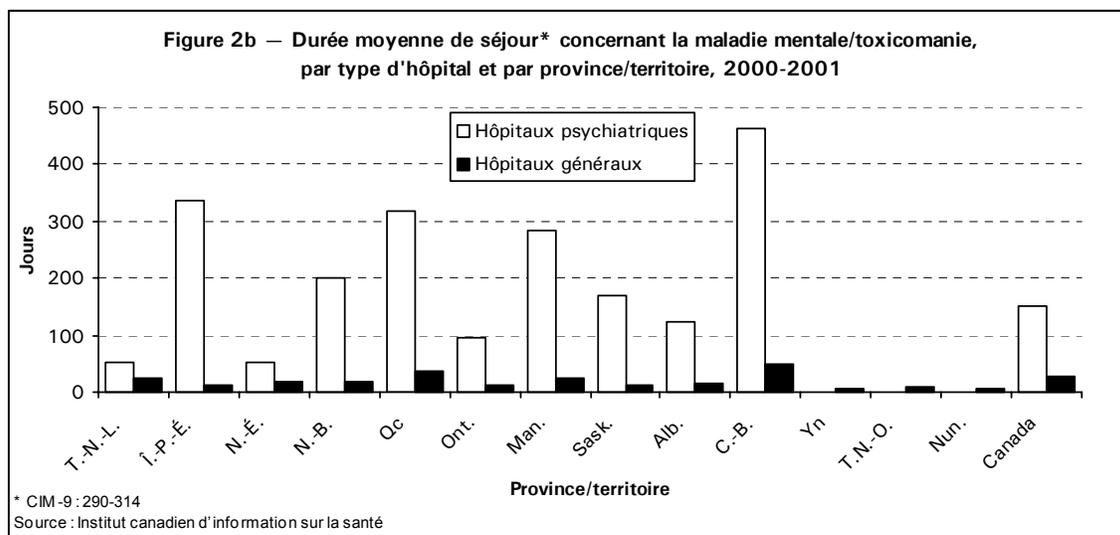
2. Durée moyenne de séjour (DMS) pour les diagnostics concernant la maladie mentale/toxicomanie par province/territoire, 2000-2001

L'information sur la durée moyenne de temps passé dans les hôpitaux par les patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie mentale/toxicomanie est utile pour décrire les tendances dans l'utilisation et la prestation des services de santé. La DMS est un indicateur couramment utilisé de l'utilisation des services de santé.



Les durées moyennes de séjour se situent entre 4,8 jours (Nunavut) et 65,7 jours (Québec) à l'échelle provinciale/territoriale, avec une durée moyenne pour le Canada de 42,4 jours pour les sorties déclarées en 2000-2001.

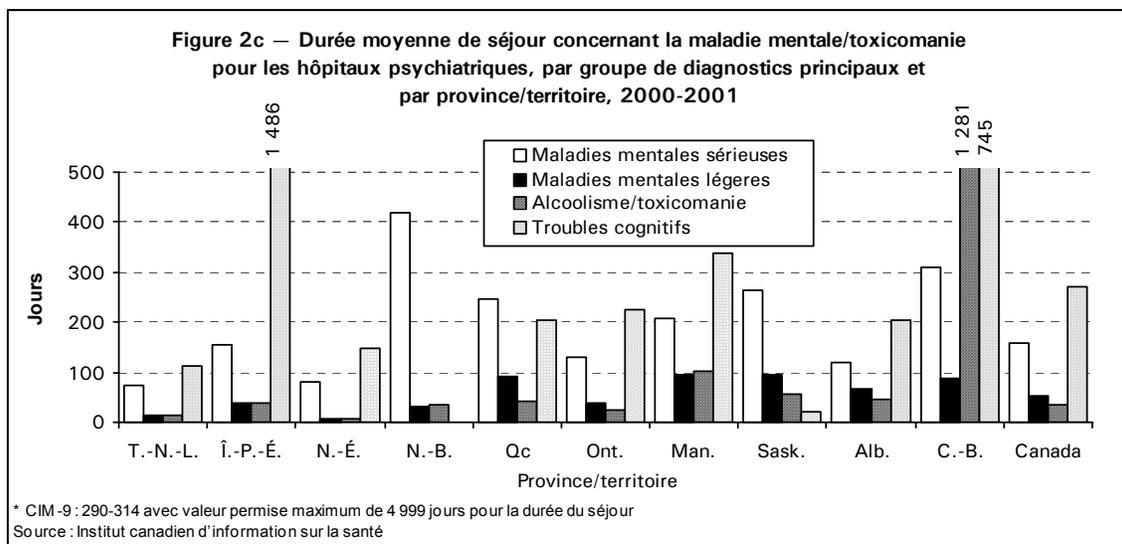
Certaines provinces ont des durées moyennes de séjour élevées. Les soins et les traitements pour certaines personnes souffrant d'une maladie mentale sérieuse ou de troubles cognitifs peuvent parfois nécessiter des hospitalisations de plusieurs années, voire même décennies. La sortie d'aussi peu qu'un seul patient à la suite d'un séjour extrêmement long a des conséquences importantes sur l'augmentation des indicateurs de durée moyenne de séjour et de jours d'hospitalisation. L'effet de quelques sorties semblables de patients ayant connu de très longs séjours est visible dans les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), du Québec (Qc) et de la Colombie-Britannique (C.-B.). Pour ajouter au contexte de ces résultats, la dynamique entre les taux de sorties et la durée des séjours est traitée plus à fond dans la prochaine section du rapport.



La durée moyenne de séjour diffère grandement entre les hôpitaux généraux et psychiatriques; la plus longue durée moyenne de séjour pour le traitement des patients souffrant d'une maladie mentale/toxicomanie est observée dans les hôpitaux psychiatriques. La courte durée moyenne de séjour observée dans les résultats des territoires, où l'on ne trouve aucun hôpital psychiatrique, confirme cette constatation.

Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut n'ont pas d'hôpitaux psychiatriques. Les patients hospitalisés sont traités dans les hôpitaux généraux; ceux qui ont besoin de traitements dans un hôpital psychiatrique se rendent dans les provinces pour recevoir de tels services. Une analyse provinciale/territoriale des tendances dans les déplacements des patients vers les hôpitaux psychiatriques entre les provinces/territoires démontre que la totalité de ces sorties représente moins de 1 % de toutes les sorties. La majorité des déplacements se font vers l'Ontario, majoritairement à partir de la Colombie-Britannique, du Québec et du Manitoba. Les patients hospitalisés partant des territoires ont reçu des traitements en Alberta, au Manitoba et en Ontario.

En ce moment, l'analyse des modèles de déplacements ne peut être faite pour les sorties d'hôpitaux généraux puisque les sorties de patients ayant des codes postaux de l'extérieur de la province d'hospitalisation ne sont pas enregistrées dans la Base de données sur la morbidité hospitalière, à partir de laquelle sont extraites les données des hôpitaux généraux de la BDSMMH.



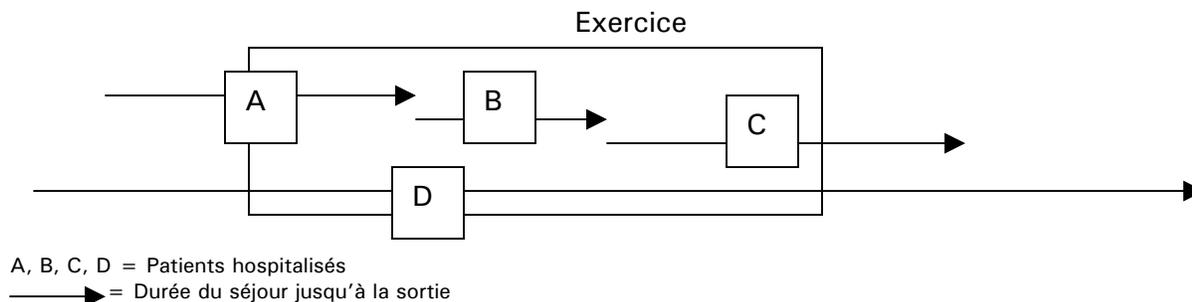
La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques, répartie par groupe de diagnostics, démontre que les DMS les plus longues sont généralement associées à des maladies mentales sérieuses et à des troubles cognitifs. Comme il a été mentionné précédemment, les personnes souffrant de maladies mentales sérieuses ou de troubles cognitifs peuvent connaître périodiquement des durées de séjour extrêmement longues. Les répercussions de la sortie d'un ou de plusieurs patients ayant une longue durée de séjour se reflète dans les résultats, en particulier pour l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) et la Colombie-Britannique (C.-B.).

La dynamique entre le taux de sorties et la durée du séjour

Plus d'information est nécessaire pour décrire en détail la dynamique de la prestation de services entre les hôpitaux généraux et psychiatriques. Un coup d'œil aux profils des jours d'hospitalisation par rapport aux taux de sorties est nécessaire pour mieux comprendre la distribution de l'activité de prestation de services et ajouter du contexte à l'interprétation des données.

Puisque la base de données est basée sur des événements, la durée totale du séjour des patients hospitalisés dans des hôpitaux généraux et psychiatriques pour le traitement de maladies mentales/toxicomanies est enregistrée pour l'exercice de la sortie.

Les profils typiques du nombre de jours d'hospitalisation des patients ressemblent à ce qui suit :



Au cours de l'exercice donné, la durée totale du séjour des patients hospitalisés A et B, qui sont sortis de l'hôpital en cours d'exercice, serait enregistrée. Le patient A peut n'avoir été hospitalisé que quelques jours avant le début de l'exercice ou encore l'avoir été depuis plusieurs décennies. Le séjour du patient B a débuté et s'est terminé à l'intérieur de l'exercice. Les séjours des patients C et D ne seront pas enregistrés dans l'exercice, malgré le fait qu'ils bénéficient des services hospitaliers pour une partie ou la totalité de l'exercice. Les jours d'hospitalisation des patients C et D seront enregistrés au cours de l'exercice pendant lequel ils obtiendront leur sortie. Ces profils de durée du séjour ont des répercussions significatives lorsqu'une seule année de données est analysée. Lorsque l'analyse des tendances est réalisée à partir des données de plusieurs années, les répercussions sont réduites puisque les profils en question sont présents dans toutes les années de données.

Après avoir compris comment la durée du séjour est enregistrée dans la base de données, il faut ensuite s'attarder à la distinction entre les profils des durées du séjour des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux généraux. Les tableaux A et B illustrent les années pendant lesquelles les patients ayant obtenu leur sortie au cours de l'exercice 2000-2001 ont été hospitalisés.

Il existe des différences de profils des durées du séjour entre les hôpitaux psychiatriques et généraux et entre les provinces/territoires. Dans les hôpitaux psychiatriques, une plus grande proportion des patients ayant obtenu leur sortie au cours de l'exercice 2000-2001 ont été admis avant l'année de sortie. Le profil de la prestation de services pour les hôpitaux psychiatriques inclut moins de sorties, mais de plus longues durées du séjour. Les différences provinciales sont attribuables aux différences dans l'administration provinciale/territoriale des services de santé, ce qui fait que dans certaines provinces, certains patients seront traités à long terme dans un hôpital psychiatrique alors que dans d'autres provinces, ils peuvent recevoir des traitements dans d'autres types d'établissements de soins pour bénéficiaires internes. Dans le tableau A, les résultats pour le Québec sont plus frappants parce que les résultats des autres provinces ont dû être supprimés soit parce que le compte de cellule est inférieur à 5 (moins de 5 événements enregistrés)⁸, soit parce que la cellule a dû être supprimée pour prévenir la divulgation par recoupements (la capacité de calculer la valeur d'une cellule à l'aide des autres données présentées dans le tableau).

⁸ Pour plus d'information sur les lignes directrices sur le respect de la vie privée de l'ICIS, veuillez consulter les notes méthodologiques ou visiter www.icis.ca pour visionner le document intitulé *Le respect de la vie privée et confidentialité de l'information sur la santé à l'ICIS*.

Tableau A Admissions* des patients dans des hôpitaux psychiatriques concernant la maladie mentale/toxicomanie, par exercice, pour les patients ayant obtenu leur sortie au cours de l'exercice 2000-2001

	1920-1962	1963-1982	1983-1992	1993-1997	1998-1999	2000-2001	Total
T.-N.-L.			...	...	95	1 205	1 309
Î.-P.-É.	...	...	...	...	21	178	207
N.-É.			...	...	82	738	825
N.-B.			...	...	20	124	151
Qc	30	46	55	44	561	3 816	4 552
Ont.	...	...	51	197	1 743	12 293	14 304
Man.	...	...	6	8	45	390	455
Sask.			...	...	22	142	173
Alb.	...	...	...	29	453	2 128	2 621
C.-B.	...	...	15	48	186	357	612
Total	41	74	152	343	3 228	21 371	25 209

Les cellules de faible valeur ont été supprimées.

* CIM-9 290-314

Tableau B Admissions* des patients dans des hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie, par exercice, pour les patients ayant obtenu leur sortie au cours de l'exercice 2000-2001

	1920-1962	1963-1982	1983-1992	1993-1997	1998-1999	2000-2001	Total
T.-N.-L.		...	...	...	120	2 198	2 323
Î.-P.-É.					45	1 359	1 404
N.-É.			...	...	189	3 919	4 110
N.-B.			...	...	250	5 515	5 771
Qc		...	...	64	2 359	39 755	42 291
Ont.					1 825	53 396	55 221
Man.			...	...	417	6 303	6 725
Sask.				...	...	6 595	6 838
Alb.					666	15 235	15 901
C.-B.		...	...	324	1 772	26 192	28 327
Yn/T.N.-O./Nun.				...	...	824	845
Total	0	24	134	403	7 904	161 291	169 756

Les cellules de faible valeur ont été supprimées.

* CIM-9 290-314

Les tableaux C et D illustrent la relation entre le nombre de sorties et la durée totale du séjour dans les hôpitaux psychiatriques et généraux.

Tableau C Pourcentage de sorties* et jours d'hospitalisation ayant eu lieu avant l'année de sortie des hôpitaux psychiatriques, 2000-2001

	Nombre de sorties* pendant l'exercice 2000-2001	Nombre de sorties* de patients admis avant l'exercice 2000-2001	% de sorties* de patients admis avant l'exercice 2000-2001	Durée totale du séjour*	Nombre de jours d'hospitalisation* antérieurs à l'exercice 2000-2001	% de jours d'hospitalisation* antérieurs à l'exercice 2000-2001
T.-N.-L.	1 309	104	7,9 %	66 732	31 935	47,9 %
Î.-P.-É.	207	29	14,0 %	69 421	62 021	89,3 %
N.-É.	825	87	10,5 %	44 333	21 807	49,2 %
N.-B.	151	27	17,9 %	30 265	23 393	77,3 %
Qc	4 552	736	16,2 %	1 447 215	1 258 362	87,0 %
Ont.	14 304	2 011	14,1 %	1 374 477	817 465	59,5 %
Man.	455	65	14,3 %	129 644	112 654	86,9 %
Sask.	173	31	17,9 %	29 619	22 282	75,2 %
Alb.	2 621	493	18,8 %	324 067	190 586	58,8 %
C.-B.	612	255	41,7 %	283 009	227 916	80,5 %
Total	25 209	3 838	15,2 %	3 798 782	2 768 421	72,9 %

*CIM-9 290-314

Tableau D Pourcentage de sorties* et jours d'hospitalisation ayant eu lieu avant l'année de sortie des hôpitaux généraux, 2000-2001

	Nombre de sorties* pendant l'exercice 2000-2001	Nombre de sorties* de patients admis avant l'exercice 2000-2001	% de sorties* de patients admis avant l'exercice 2000-2001	Durée totale du séjour*	Nombre de jours d'hospitalisation* antérieurs à l'exercice 2000-2001	% de jours d'hospitalisation* antérieurs à l'exercice 2000-2001
T.-N.-L.	2 323	125	5,4 %	57 749	25 315	43,8 %
Î.-P.-É.	1 404	45	3,2 %	17 393	1 199	6,9 %
N.-É.	4 110	191	4,6 %	71 877	13 356	18,6 %
N.-B.	5 771	256	4,4 %	100 205	16 359	16,3 %
Qc	42 291	2 536	6,0 %	1 631 543	788 104	48,3 %
Ont.	55 221	1 825	3,3 %	697 594	36 328	5,2 %
Man.	6 725	422	6,3 %	169 970	30 013	17,7 %
Sask.	6 838	243	3,6 %	90 034	8 557	9,5 %
Alb.	15 901	666	4,2 %	255 452	15 969	6,3 %
C.-B.	28 327	2 135	7,5 %	1 363 545	798 702	58,6 %
Yn/T.N.-O./Nun.	845	21	2,5 %	6 529	1 182	18,1 %
Total	169 756	8 465	5,0 %	4 461 891	1 735 084	38,9 %

*CIM-9 290-314

Dans les hôpitaux psychiatriques, à l'échelle du Canada, 15,2 % des sorties de l'exercice 2000-2001 étaient pour des patients hospitalisés ayant été admis avant l'exercice de sortie. Quant aux jours d'hospitalisation, environ 73 % de ceux enregistrés en 2000-2001 ont eu lieu avant l'exercice. Les chiffres pour les patients des hôpitaux généraux étaient nettement moins élevés, avec 5,0 % des sorties et 38,9 % des jours d'hospitalisation attribuables à des patients admis avant l'exercice de sortie.

Il est également intéressant de noter qu'il existe une variation considérable entre les résultats pour chaque province et les territoires. Les variations peuvent être associées à un large éventail d'influences des politiques, des ressources et de la prestation de services. Dans le futur, il serait possible d'en apprendre beaucoup en utilisant des données de tendances (données de plusieurs exercices) et en examinant au-delà des structures conventionnelles des services hospitaliers aux patients souffrant de maladies mentales/toxicomanies pour mieux comprendre la relation avec les autres secteurs de prestation de services tels que les soins de longue durée, les soins à domicile, les services aux patients externes et les services de santé communautaires.

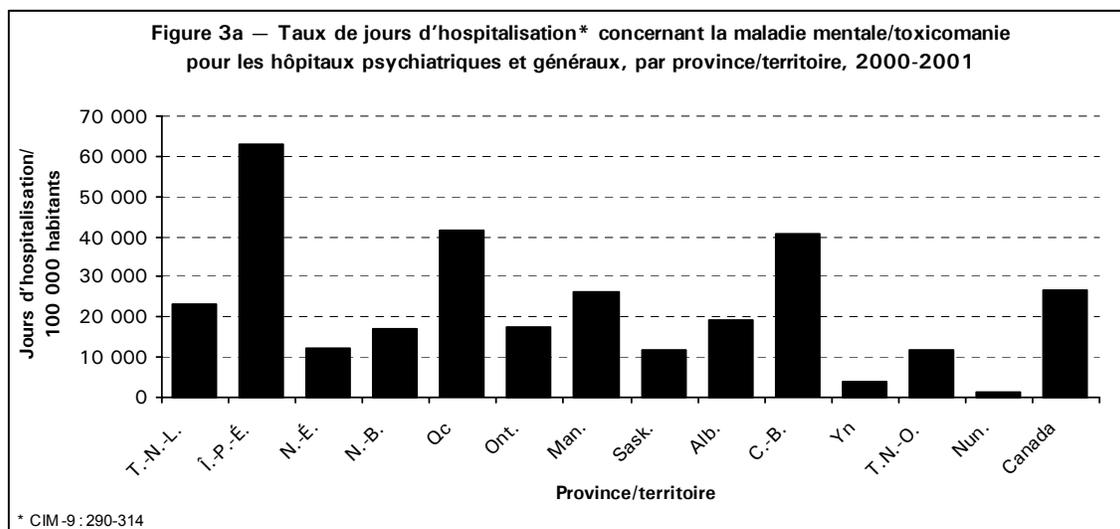
Le cadre de la base de données⁹ a également des répercussions sur les résultats des indicateurs. Le cadre de la BDSMMH change périodiquement en raison des fermetures, des réorganisations et des redésignations des hôpitaux. Les changements administratifs sont habituellement dictés par les ministères provinciaux/territoriaux de la Santé. La collecte d'information contextuelle sur les changements administratifs dans chaque province/territoire pendant chaque exercice est un processus important qui aide les utilisateurs de données à interpréter correctement les données. L'information sur les changements de cadre touchant la BDSMMH par exercice, par province, peut être obtenue auprès de l'ICIS.

L'effet des changements administratifs sera discuté plus en profondeur dans l'analyse de l'indicateur 5 (Pourcentage de la durée totale du séjour dans les hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie).

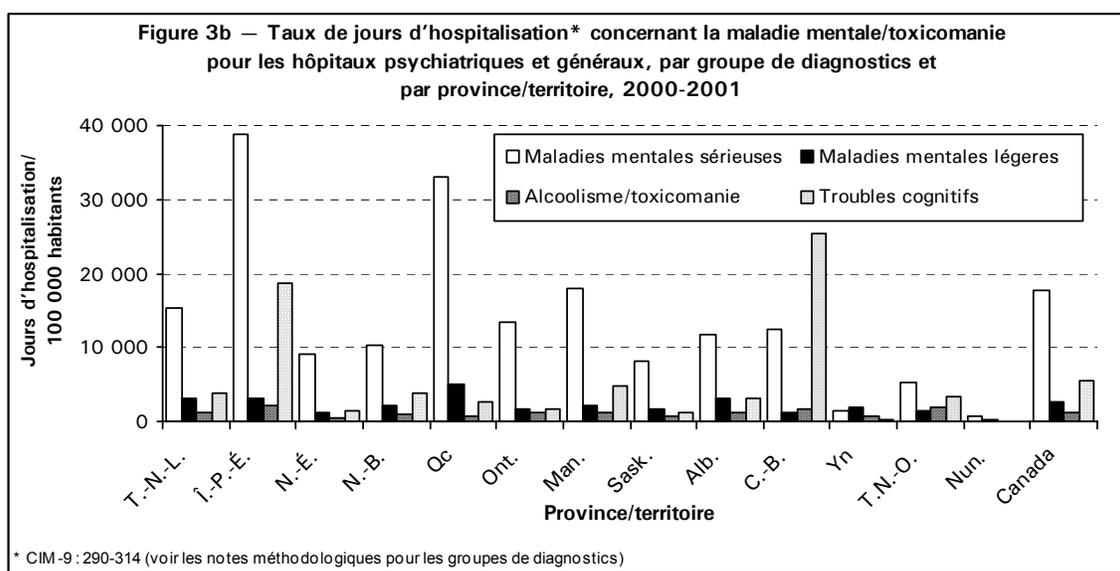
3. Taux de jours d'hospitalisation concernant la maladie mentale/toxicomanie par province/territoire, 2000-2001

Les taux de jours d'hospitalisation offrent une base pour les comparaisons inter-provinciales/territoriales de l'utilisation des services hospitaliers aux patients pour le traitement de maladies mentales/toxicomanies. Toute variable mentionnée auparavant peut influencer la gamme étendue des résultats provinciaux/territoriaux pour cet indicateur.

⁹ Un cadre est une liste des entités qui fournissent les données. En général, le cadre de la BDSMMH inclut les hôpitaux généraux et psychiatriques publics du Canada. Pour plus d'information sur le cadre de la BDSMMH, veuillez consulter les notes méthodologiques.

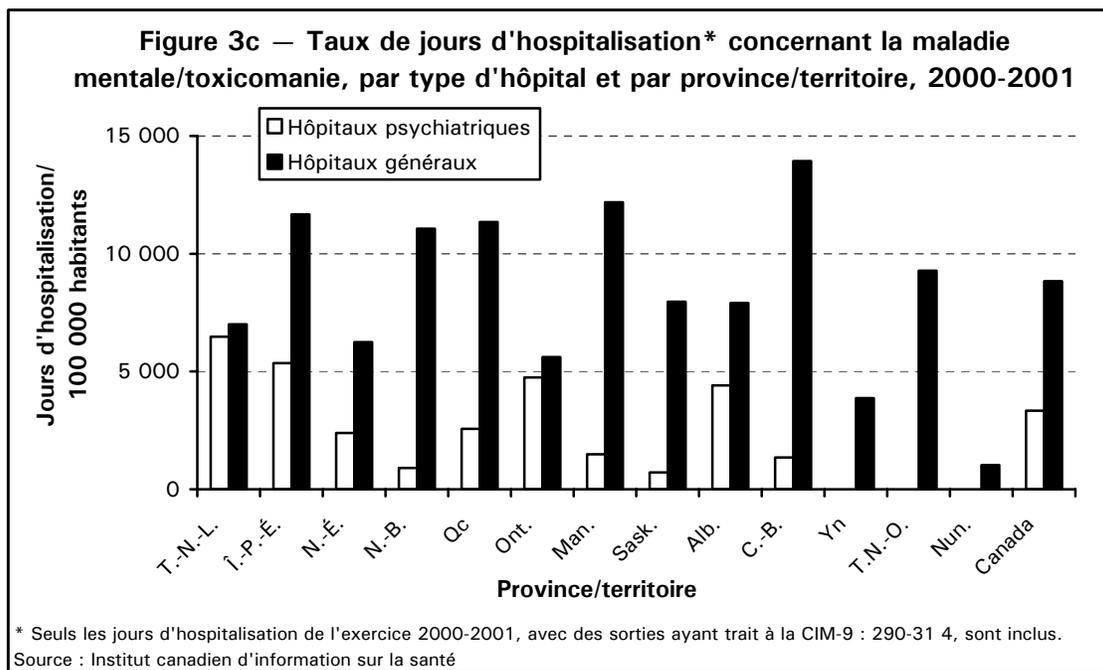


En 2000-2001, les taux de jours d'hospitalisation ont varié entre 1 045 jours d'hospitalisation/100 000 habitants (Nunavut) et 62 858 jours d'hospitalisation/100 000 habitants (Île-du-Prince-Édouard) pour les provinces/territoires. Le taux du Canada se situait à 26 769 jours d'hospitalisation/100 000 habitants. Les facteurs qui affectent la durée moyenne de séjour, tel que discuté dans l'indicateur 2, s'appliquent également au taux de jours d'hospitalisation.



Lorsque le taux de jours d'hospitalisation est réparti par groupe de diagnostics dans les hôpitaux généraux et psychiatriques, dans la majorité des provinces, le taux le plus élevé de jours d'hospitalisation pour les maladies mentales/toxicomanies était lié aux maladies mentales sérieuses.

Il a été mentionné précédemment que les sorties d'un ou de plusieurs patients hospitalisés pendant de longues périodes ont des répercussions sur les indicateurs, tels que la durée moyenne de séjour et le taux de jours d'hospitalisation. Les répercussions de quelques sorties semblables sont visibles dans les résultats de l'Île-du-Prince-Édouard, du Québec et de la Colombie-Britannique.



Les sorties relatives à des séjours ayant débuté avant le début de l'exercice ont un effet significatif sur les données, tel qu'il a été mentionné précédemment. Pour examiner cet effet plus à fond, la figure 3c a été créée pour illustrer le taux de jours d'hospitalisation par type d'hôpital lorsque seuls les jours d'hospitalisation de l'exercice *courant* sont inclus.

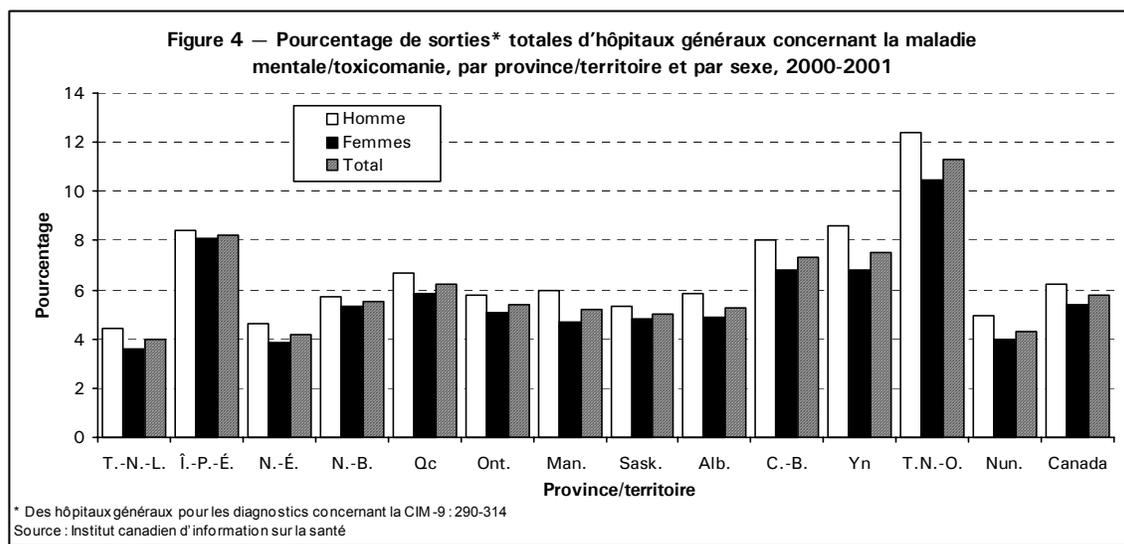
Lorsque seuls les jours d'hospitalisation de l'exercice *courant* sont inclus, le taux de jours d'hospitalisation des hôpitaux psychiatriques est inférieur à celui des hôpitaux généraux. Cette observation reflète les taux moindres de sorties et les durées plus longues des séjours propres aux services des hôpitaux psychiatriques et le fait que la majorité des patients hospitalisés traités dans les hôpitaux généraux obtiennent leur sortie pendant l'exercice où ils ont été admis.

Une analyse rétrospective des données historiques suggère que 99 % des patients admis au cours d'un exercice obtiennent leur sortie à l'intérieur d'une année lorsqu'ils sont dans les hôpitaux généraux et à l'intérieur de deux ans lorsqu'ils sont en hôpital psychiatrique.

4. Pourcentage des sorties totales des hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie par province/territoire, 2000-2001¹⁰

Cet indicateur est calculé pour les hôpitaux généraux seulement. En effet, on suppose que la totalité des sorties des hôpitaux psychiatriques sont liées à des maladies mentales/toxicomanies.

Bien qu'une petite fraction des personnes souffrant de maladies mentales/toxicomanies soit hospitalisée afin d'être traitée, la mesure dans laquelle les sorties des hôpitaux généraux sont associées au traitement des maladies mentales/toxicomanies peut soulever des questions sur l'existence de services de consultation externe et communautaires pour les maladies mentales/toxicomanies et à leur lien avec ces derniers. Cet indicateur peut également soulever des questions à propos de la santé de la population telles que l'incidence ou la prévalence d'une maladie dans une région géographique par rapport à une autre.



Le pourcentage de sorties des hôpitaux généraux liées à des maladies mentales/toxicomanies varie entre 4,0 % (Terre-Neuve-et-Labrador) et 11,3 % (T. N.-O.) pour les différentes provinces et les différents territoires. Au Canada, le pourcentage de sorties des hôpitaux généraux liées à des maladies mentales/toxicomanies était de 5,8 % pour 2000-2001.

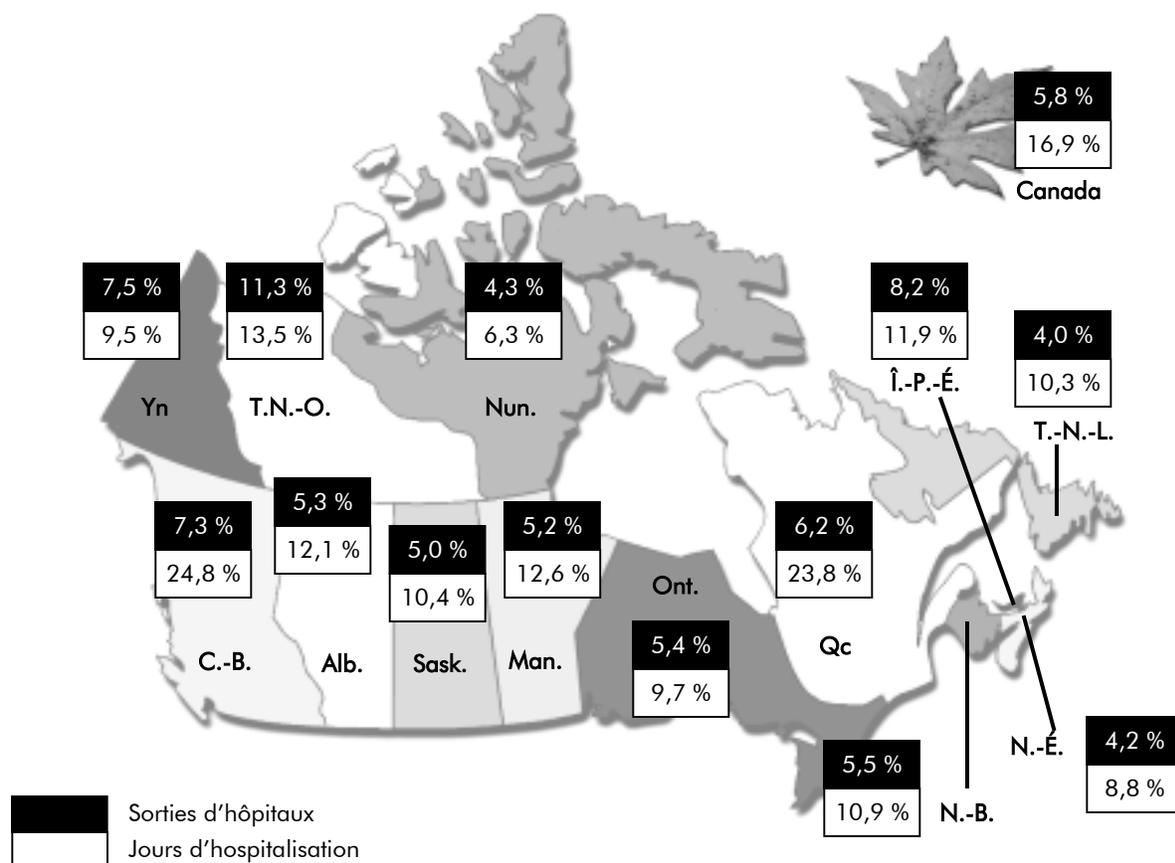
¹⁰ Les résultats de l'indicateur 4 n'ont pas été normalisés selon l'âge, selon la pratique habituelle de l'ICIS et de Statistique Canada. Les résultats normalisés selon l'âge sont disponibles sur demande auprès de l'ICIS.

5. Pourcentage de la durée totale du séjour dans les hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie par province/territoire, 2000-2001

Cet indicateur est calculé pour les hôpitaux généraux seulement. En effet, on suppose que la totalité des sorties des hôpitaux psychiatriques sont liées à des maladies mentales/toxicomanies.

L'information sur la quantité de services consacrés aux patients hospitalisés dans les hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie est utile à la planification et à la gestion des services de santé.

Figure 5 Pourcentage des sorties d'hôpitaux et pourcentage des jours d'hospitalisation pour la maladie mentale/toxicomanie dans les hôpitaux généraux, par province/territoire, 2000-2001



Tel que mentionné précédemment, les indicateurs des taux de sorties et de la durée du séjour offrent des éléments d'information l'un sur l'autre. Dans un même ordre d'idées, lorsqu'ils sont examinés conjointement, le pourcentage des sorties des hôpitaux généraux et le pourcentage de la durée totale du séjour dans les hôpitaux généraux offrent une vue informative du lien entre le nombre de sorties liées aux maladies mentales/toxicomanies et l'utilisation relative des ressources des hôpitaux généraux.

Tel qu'illustré à la figure 5, dans chaque province et territoire, le pourcentage du nombre total de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux est plus important que le pourcentage de sorties des hôpitaux généraux concernant des maladies mentales/toxicomanies. Le traitement des maladies mentales/toxicomanies peut être associé à plus de jours passés à l'hôpital que d'autres types de maladies pouvant être traitées dans les hôpitaux généraux. Cette information a des répercussions sur la planification et l'affectation des ressources. Les résultats n'offrent pas de réponses, mais ils appuient le besoin de dialogue continu sur les moyens les plus efficaces d'offrir des services de santé aux personnes souffrant de maladies mentales/toxicomanies.

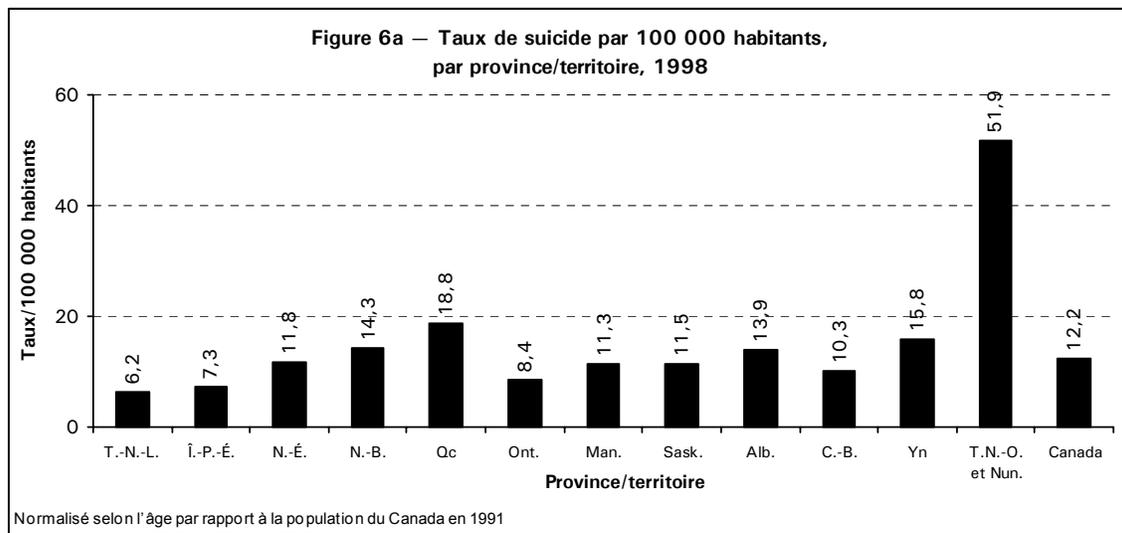
Les changements administratifs dans les hôpitaux peuvent avoir un effet sur les données et ainsi, sur la comparabilité des indicateurs. Par exemple, en 2000-2001 au Québec, des changements administratifs ont eu lieu dans deux hôpitaux, ce qui a fait que tous les patients ont obtenu leur sortie pendant la même journée de l'exercice. Essentiellement, l'état de santé des patients et les traitements cliniques n'ont pas changé; le seul changement reposait dans l'administration, mais les répercussions sur les données étaient significatives. Si les données du Québec sont ajustées de manière à ce que les données de ces deux hôpitaux soient éliminées, le pourcentage de jours d'hospitalisation pour le Québec en 2000-2001 passe de 23,8 % à 16,2 %. Ces effets sont visibles de temps à autre dans les données des autres provinces également. Les facteurs tels que les changements administratifs sont particulièrement importants à considérer lors de l'analyse des tendances comparant les données de la BDSMMH pour plusieurs années. L'exemple ci-dessus illustre le besoin constant de recueillir de l'information contextuelle à propos des changements administratifs aux services hospitaliers dans les provinces et territoires.

6. Taux de suicide par province/territoire pour 1998

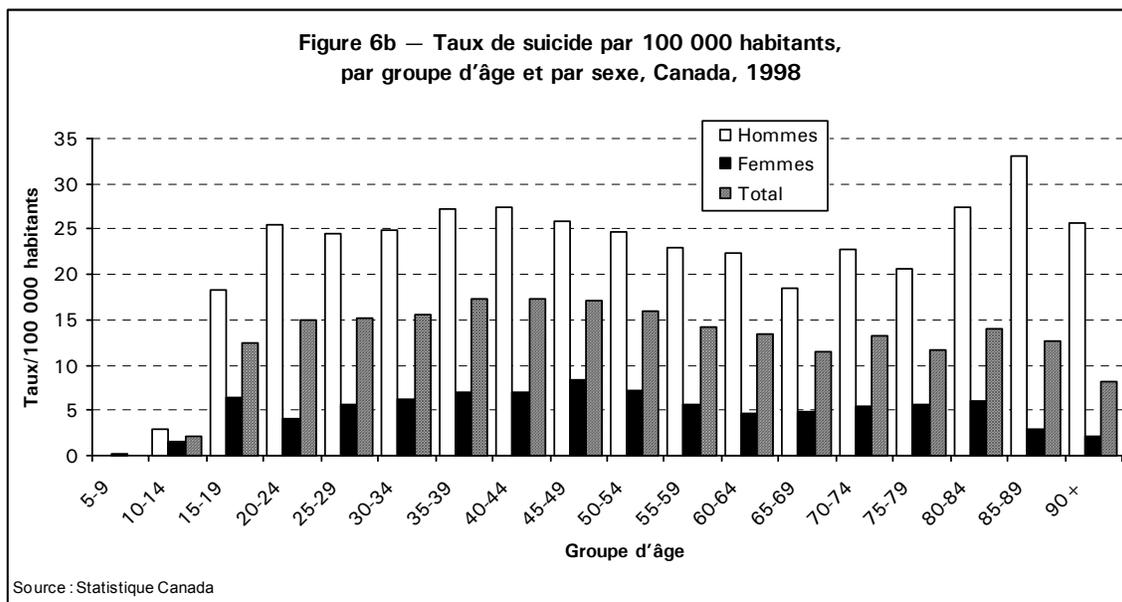
Au moment de la rédaction du présent rapport, les données les plus récentes de Statistique Canada sur les taux de suicide étaient celles de l'année civile 1998.

Le taux de suicide peut être interprété en tant qu'indicateur de multiples processus et résultats liés à la santé et à la société. En tant que résultat sur la santé, il peut être utilisé comme indicateur des années potentielles de vie perdue ou de la santé de la population. En tant qu'indicateur du système de santé, il peut informer sur le degré d'efficacité des programmes et services. Les suicides ne sont généralement pas tous déclarés, ce qui signifie que les taux de suicide sont des estimations plutôt conservatrices.

Le taux de suicide est différent de par sa nature et son utilité des autres indicateurs inclus dans le rapport. Il est inclus en tant qu'indicateur des Services de santé mentale et de toxicomanie de l'ICIS après avoir été identifié comme étant un indicateur significatif des résultats et du système de santé pouvant être calculé à partir des données canadiennes existantes.



Les taux provinciaux/territoriaux de suicide variaient entre 6,2/100 000 habitants (Terre-Neuve) à 51,9/100 000 habitants (T. N.-O./Nunavut)¹¹ avec un taux se situant à 12,2/100 000 habitants pour le Canada.



Une répartition des taux de suicide par tranche d'âge de cinq ans et par sexe démontre que les hommes ont des taux de suicide plus élevés que ceux des femmes et ce, de façon constante. Cette observation ne s'applique cependant pas aux taux de tentatives de

¹¹ Les données pour les T. N.-O. et le Nunavut sont combinées car, en 1998, les données ont été saisies en fonction des frontières géographiques telles qu'elles étaient avant la formation du Nunavut.

suicide, pour lesquelles les taux des femmes surpassent ceux des hommes dans certains groupes d'âge¹². Les suicides sont les plus courants chez les hommes âgés entre 20 et 49 ans et chez les hommes de 80 ans et plus.

Lorsque les groupes d'âge pour les taux de suicide sont comparés aux résultats pour les taux de sorties pour les diagnostics donnés à la figure 1d, une association qui justifie une analyse plus poussée peut être perçue entre les groupes d'âge pour le suicide et les groupes d'âge pour les taux de sorties les plus élevés pour des diagnostics tels que la schizophrénie et la dépression. La schizophrénie et la dépression sont toutes deux liées aux tentatives de suicide et aux suicides¹³.

¹² Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada 2002.

¹³ Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada 2002.

Point de mire sur la schizophrénie

La présente section, qui porte sur la schizophrénie, démontre comment les résultats des indicateurs peuvent être utilisés pour vérifier des hypothèses et soulever des questions sur la prestation et l'utilisation des services de santé mentale dans les hôpitaux pour le traitement d'une forme de maladie mentale sérieuse.

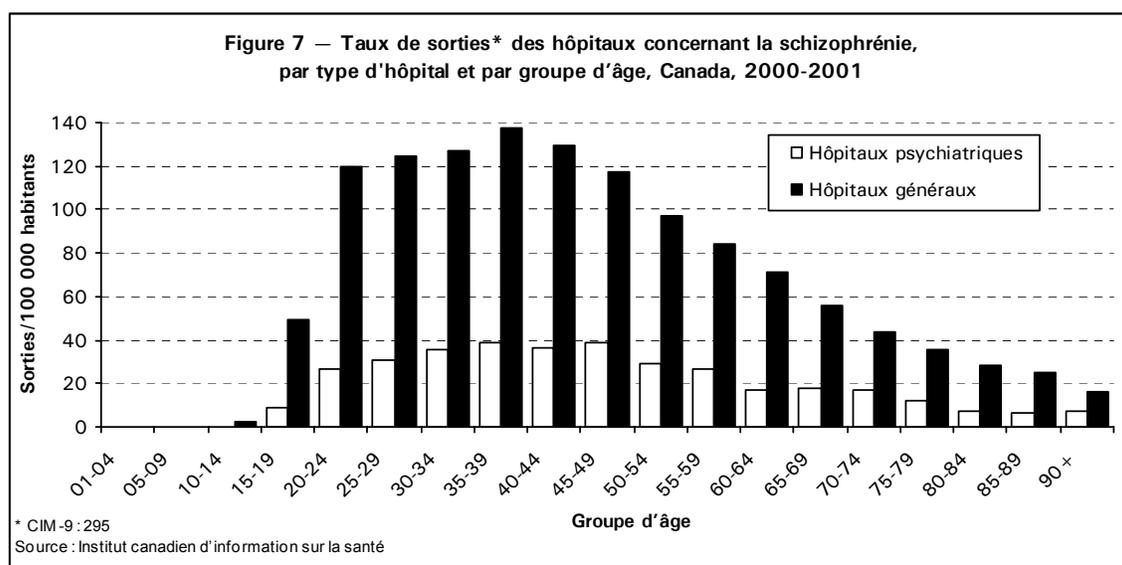
Schizophrénie

La schizophrénie est une maladie mentale sérieuse qui touche environ 1 % de la population du Canada¹⁴, soit environ une personne sur 100. Cette maladie traitable se manifeste vers le début ou vers le milieu de la vie adulte et comporte de sérieuses répercussions sur la santé et sur la vie sociale des personnes touchées, leur famille et leurs amis, la collectivité et le système de soins de santé. Le traitement de la schizophrénie exige un réseau de soutien complexe qui peut inclure des services de santé institutionnels et communautaires, ainsi que des services liés à l'hébergement, à l'éducation, à l'emploi et à l'aspect social.

L'analyse qui suit a été réalisée par le calcul des indicateurs à l'aide des données de la BDSMMH et de ses variables telles que le type d'hôpital, le diagnostic, l'âge et le sexe.

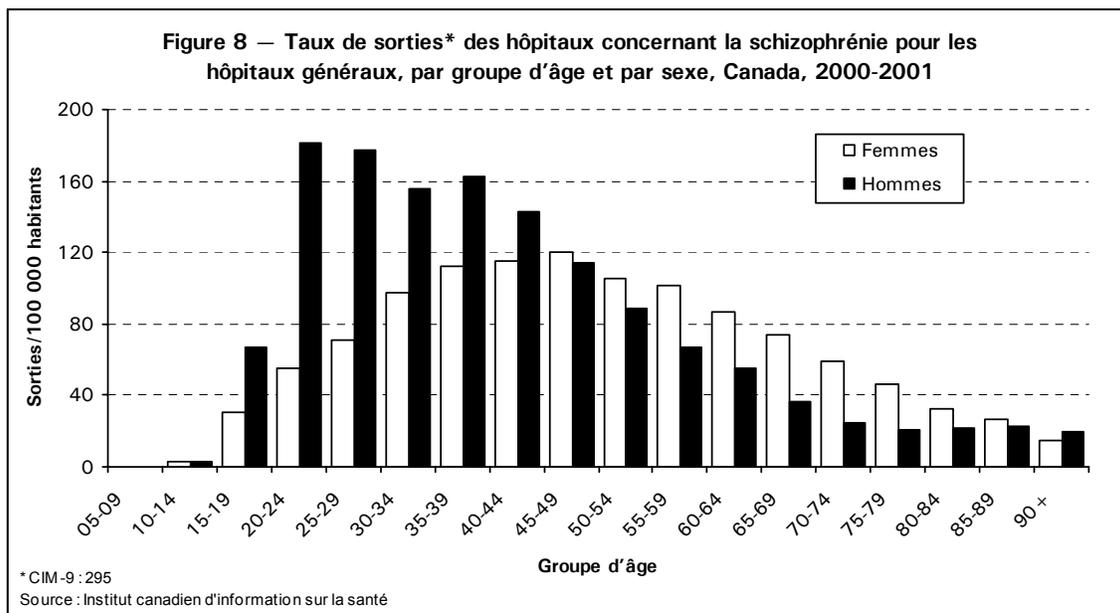
Tendances dans l'utilisation des services de santé aux patients hospitalisés pour le traitement de la schizophrénie

Parmi les provinces, les taux de sorties pour 2000-2001 concernant la schizophrénie variaient entre 76,1 sorties par 100 000 habitants (Nouvelle-Écosse) et 112,7 sorties par 100 000 habitants (Saskatchewan).



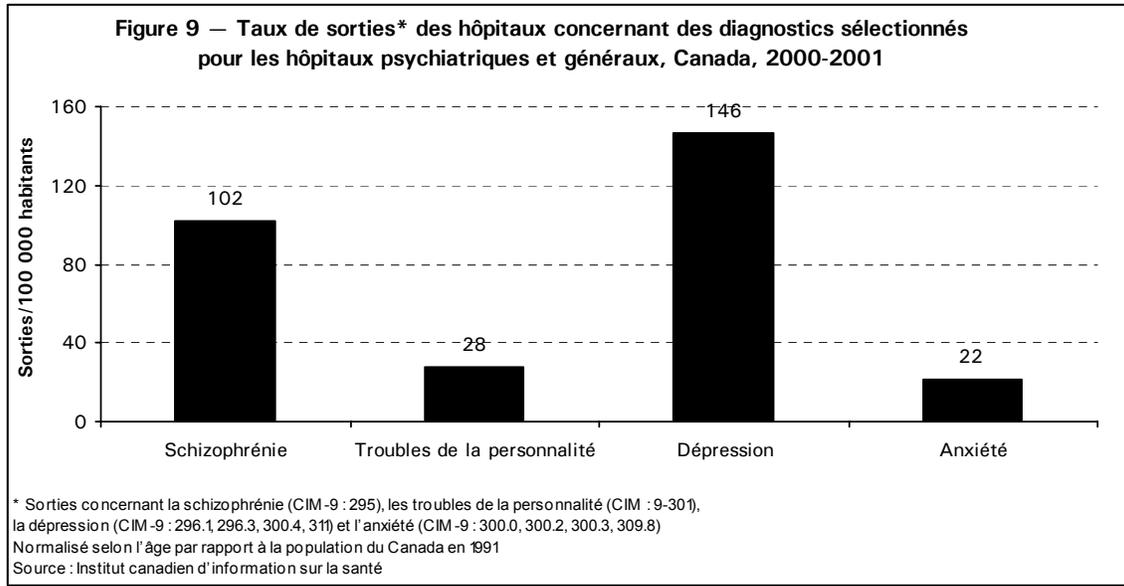
¹⁴ Du site Web <http://www.schizophrenia.ca/>, avril 2003.

La majorité des sorties pour les personnes ayant un diagnostic principal de schizophrénie a lieu dans les hôpitaux généraux. Les personnes âgées entre 20 et 49 ans représentent des taux de sorties plus élevés, ce qui correspond en gros à l'âge de la manifestation de la maladie. Il existe une similarité dans la distribution pour les taux de sorties et les groupes d'âge entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques.

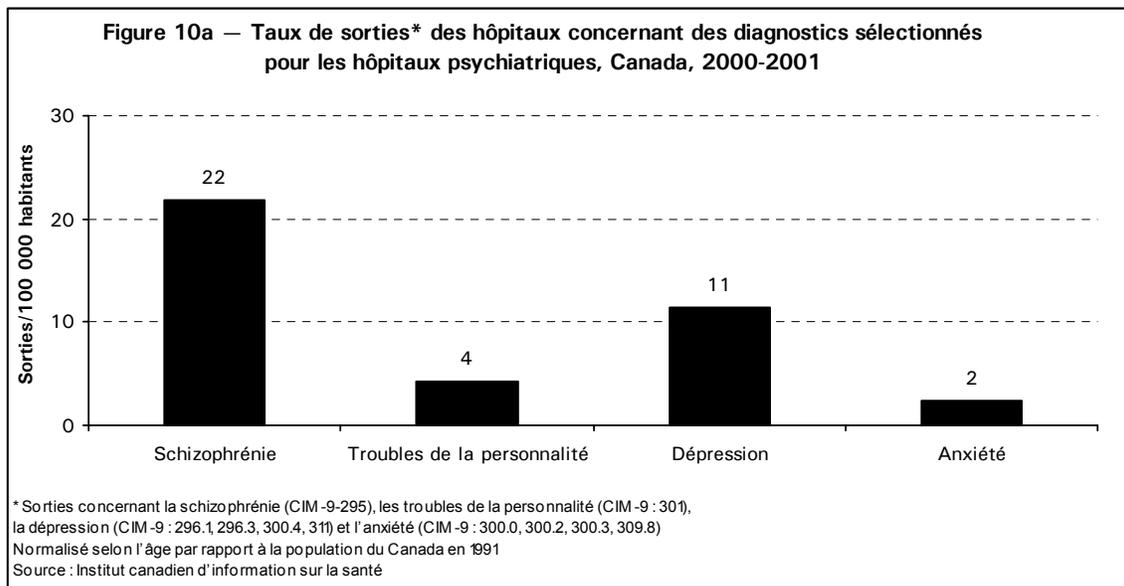


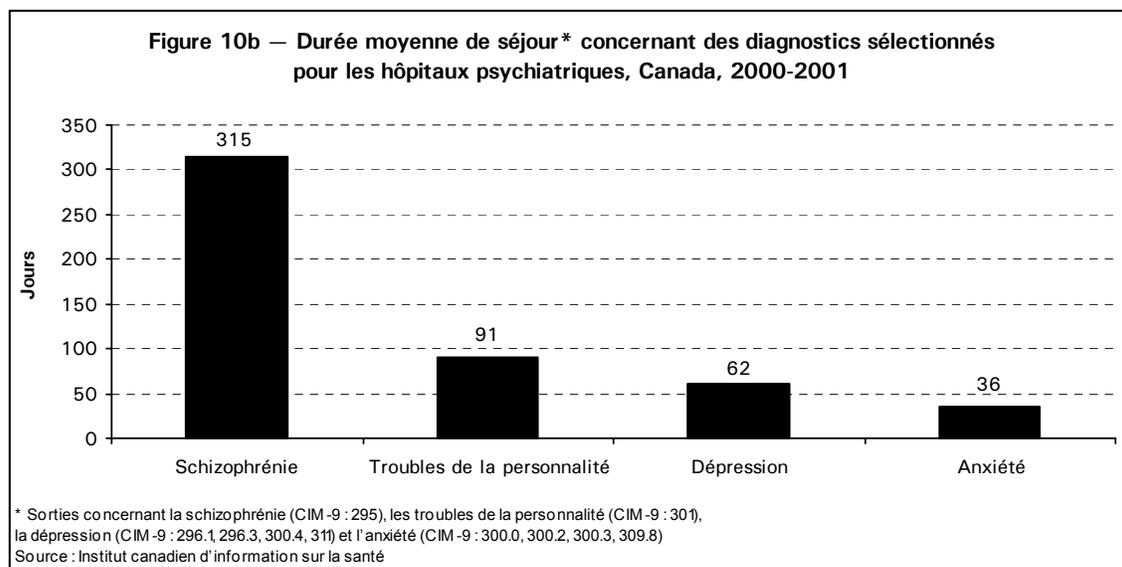
Les hommes et les femmes sont tous deux touchés par la schizophrénie, mais les symptômes de la maladie ou son diagnostic se situent généralement plus tard chez les femmes que chez les hommes¹⁵. L'analyse des données sur les sorties des hôpitaux généraux par sexe reflète ce modèle connu de la maladie avec des sorties chez les hommes atteignant un sommet entre 20 et 29 ans et chez les femmes, entre 40 et 49 ans.

¹⁵ Santé Canada. *Rapports sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada 2002.



En 2000-2001 dans l'ensemble des hôpitaux généraux et psychiatriques, la schizophrénie était associée à 102 sorties/100 000 habitants. Les résultats pour les hôpitaux psychiatriques, qui sont caractérisés par la prestation de traitements spécialisés pour les maladies mentales et par des séjours prolongés, sont étudiés ci-dessous.

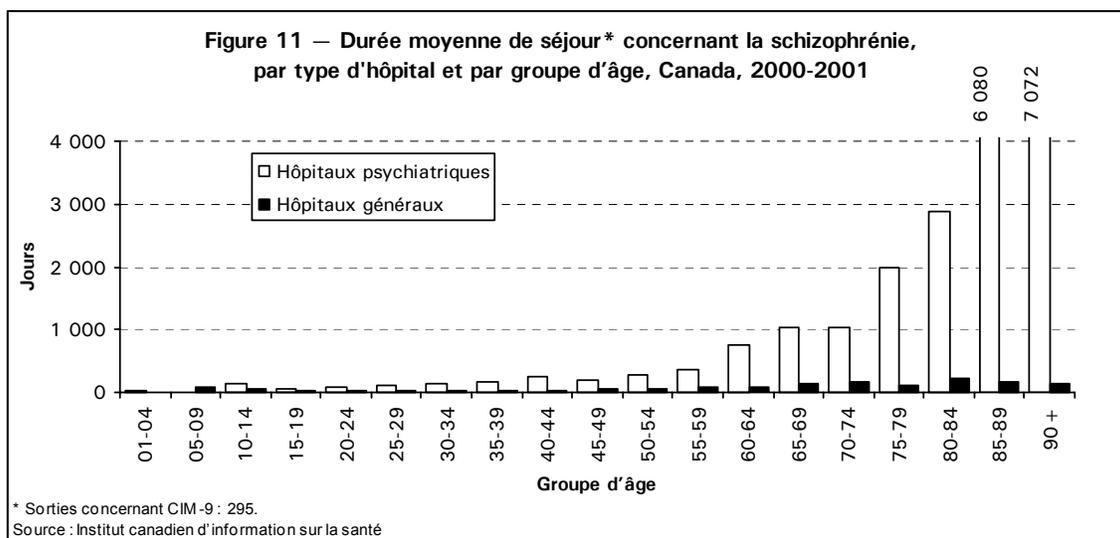




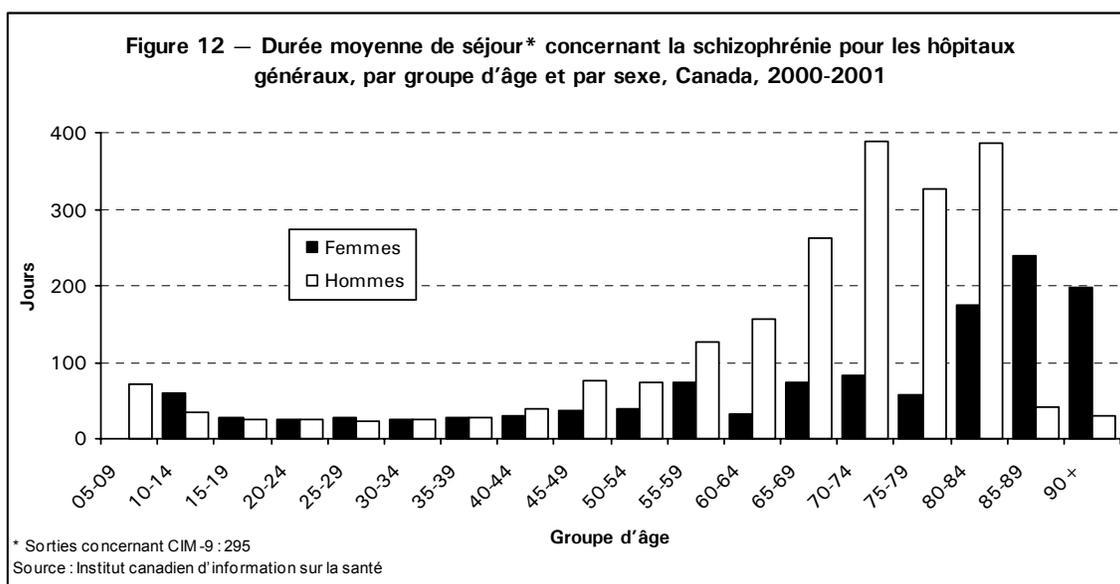
Bien que l'anxiété et les troubles de l'humeur tels que la dépression touchent jusqu'à 12 % et 8 % de la population respectivement¹⁶, la schizophrénie, qui touche environ 1 % de la population, est associée à des taux élevés de sorties et à des séjours à l'hôpital sensiblement plus longs. Au cours de l'exercice 2000-2001, le taux de sorties pour la schizophrénie dans les hôpitaux psychiatriques était de 22/100 000 habitants, soit le double de celui se rapportant à la dépression. La durée moyenne de séjour pour les patients hospitalisés avec un diagnostic principal de schizophrénie était six fois plus longue que la durée moyenne pour la dépression et 33 fois plus longue que pour l'anxiété. Le soutien de santé et social que requièrent les personnes souffrant de schizophrénie peut être extrêmement complexe et entraîner une hospitalisation ainsi qu'une durée moyenne de séjour plus longue, alors que d'autres formes de maladies mentales sérieuses peuvent être traitées sans nécessiter des services d'hospitalisation prolongée.

¹⁶ Santé Canada. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada 2002.

Durée moyenne de séjour pour la schizophrénie par type d'hôpital et par sexe

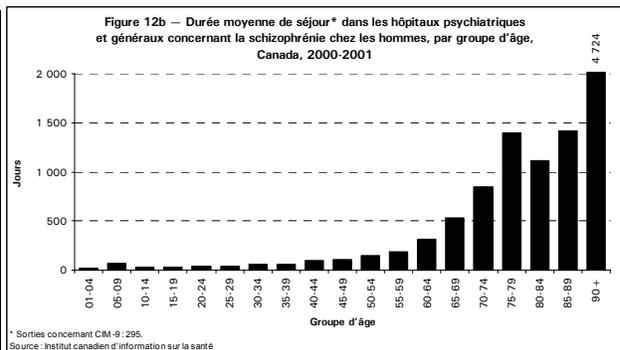
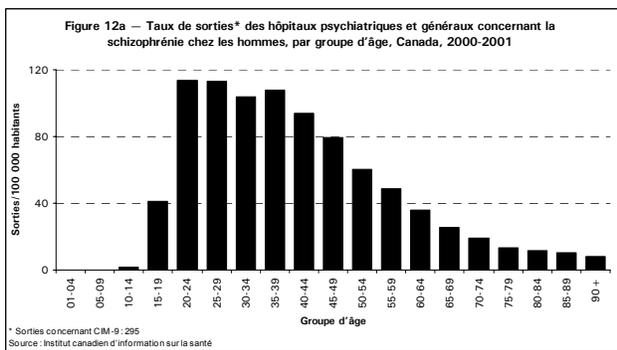


L'importante durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques pour les groupes d'âge les plus vieux (de 80 à 95 ans et plus) est associée aux patients qui ont connu de longues périodes d'hospitalisation et dont la sortie est généralement associée à un décès.



La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux généraux pour les patients dont le diagnostic principal est la schizophrénie et âgés entre 15 et 44 ans, groupe d'âge qui correspond au sommet des taux de sorties pour la schizophrénie, était courte à 27 jours. Les patients plus vieux représentaient une partie plus restreinte des sorties mais associées à des séjours plus longs. De plus amples données et analyses d'une variété de services sociaux et de santé pourraient contribuer à une interprétation plus approfondie de ces modèles. Bien qu'elle soit impossible avec les données existantes, l'analyse des taux de réadmission améliorerait notre compréhension de l'utilisation des services de santé pour le traitement de la schizophrénie.

Relation entre taux de sorties, durée moyenne de séjour et âge chez les hommes



Un examen plus attentif des données sur les hommes traités dans les hôpitaux psychiatriques et généraux pour un diagnostic principal de schizophrénie démontre un lien inverse entre les taux de sorties et la durée moyenne de séjour. Dans les groupes d'âge plus jeunes, où la maladie a tendance à se manifester, de nombreuses sorties surviennent à la suite de courtes durées moyennes de séjour. Dans les groupes d'âge plus vieux, le nombre de sorties est plus limité mais les durées moyennes de séjour allongent. Les séjours plus longs associés aux groupes d'âge plus vieux peuvent, en partie, refléter les besoins plus importants de soins de santé des personnes plus âgées, une diminution de la disponibilité du soutien familial et communautaire à mesure que les gens vieillissent ou la gravité de la maladie. Pour interpréter correctement la signification de l'information, des données plus complètes et de l'analyse supplémentaire sont nécessaires.

Conclusions du point de mire sur la schizophrénie

L'analyse des données sur les taux de sorties et la durée moyenne de séjour pour la schizophrénie inclut les points saillants qui suivent :

- La plupart des sorties ayant trait à un diagnostic principal de schizophrénie ont lieu dans les hôpitaux généraux;
- Les taux de sorties sont harmonisés avec l'âge clinique de la manifestation de la maladie chez les hommes et les femmes;

- Le traitement de la schizophrénie peut nécessiter des séjours plus longs à l'hôpital par rapport à d'autres maladies mentales sérieuses plus courantes;
- Les sorties pour les jeunes personnes souffrant de schizophrénie sont courantes, à la suite de séjours plus courts que pour les personnes plus âgées;
- Les gens souffrant de schizophrénie peuvent connaître des séjours qui durent des années et même des décennies en tant que patients hospitalisés.

Les données canadiennes existantes de la BDSMMH peuvent être utilisées pour produire des analyses similaires pour d'autres diagnostics de la CIM-9, chapitre V, à l'échelle régionale, provinciale et nationale, à l'aide des variables d'âge et de sexe. Pour réaliser une analyse plus approfondie et pour répondre aux questions que soulèvent ces indicateurs au sujet des résultats et de la coordination des services ainsi qu'à l'accès et la coordination des autres services sociaux, d'hébergement, d'éducation et d'emploi aux personnes souffrant de maladies mentales, beaucoup de travail de développement de l'information sur la santé reste à faire.

Notes méthodologiques

Comparabilité

On doit être prudent lorsque l'on compare des années multiples de données de la BDSMMH, ou des données entre les secteurs de compétence, en raison des changements réguliers et constants au cadre de la BDSMMH. Les changements de cadre proviennent d'événements tels que des fermetures d'hôpitaux, une restructuration de la façon dont les services de santé mentale sont offerts, des fusions d'hôpitaux, etc. Au Canada, des changements continus ont été enregistrés dans la prestation des services de santé mentale au cours des deux dernières décennies et, en conséquence, le cadre de la BDSMMH a connu, d'une année à l'autre, un changement significatif¹⁷.

Respect de la vie privée et confidentialité

Le Secrétariat au respect de la vie privée de l'ICIS a conçu un ensemble de lignes directrices pour assurer le respect de la vie privée et la confidentialité des données reçues par l'ICIS. Ces lignes directrices gouvernent la diffusion des données dans les publications, les communiqués, le site Web de l'ICIS et pour les demandes ponctuelles et les études spéciales. En vertu de ces lignes directrices, un minimum de cinq observations par cellule est nécessaire. Dans les cas où l'information pourrait potentiellement permettre d'identifier une personne ou un établissement, directement ou par la combinaison ou le couplage des données, les données doivent être portées à des degrés d'agrégation plus élevés pour éviter la divulgation. Pour plus d'information sur les politiques de respect de la vie privée et de confidentialité de l'ICIS, veuillez visiter www.icis.ca.

Autres termes

Les termes suivants sont utilisés fréquemment dans le rapport et se définissent comme suit :

Hôpital général

Un hôpital public qui offre surtout des services de diagnostic et de traitement pour les patients hospitalisés et les clients atteints d'un vaste éventail de maladies ou de blessures. Les services d'un hôpital général ne sont pas restreints à un groupe d'âge ou à un sexe en particulier. À l'intérieur du cadre de la BDSMMH, les types d'établissement tels que les hôpitaux généraux sans vocation pédagogique ayant ou non des unités de soins de longue durée, les hôpitaux pédiatriques, les hôpitaux généraux à vocation pédagogique et les établissements spécialisés (p. ex. cancer, cardiologie, maternité, soins prolongés et chroniques, hôpitaux de réadaptation, instituts neurologiques, hôpitaux orthopédiques, etc.) sont inclus. Veuillez communiquer avec l'ICIS pour obtenir plus d'information sur les établissements inclus dans le cadre de la BDSMMH.

¹⁷ Un cadre est une liste des entités qui fournissent les données. En général, le cadre de la BDSMMH inclut les hôpitaux généraux et psychiatriques publics du Canada. Pour plus d'information sur le cadre de la BDSMMH, veuillez consulter les notes méthodologiques.

Durée moyenne de séjour (DMS)

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est calculée en prenant le nombre total de jours-présence des patients hospitalisés et en le divisant par le nombre total de sorties associées (départs des hôpitaux de patients vivants ou décédés). Dans la BDSMMH, certaines sorties suivent des séjours ayant duré des années ou encore, dans certains cas, des décennies. En conséquence, la durée moyenne de séjour pour les maladies mentales/toxicomanies calculée à l'aide des données de la BDSMMH peut être extrêmement élevée en raison de la sortie d'un ou de plusieurs patients ayant eu des séjours particulièrement longs. Voir Jours d'hospitalisation.

Exercice

L'exercice de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier s'étend sur la période allant du 1^{er} avril au 31 mars. Par exemple, l'exercice 2000 comprend les 12 mois allant du 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001.

Jours d'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation de la date d'admission à la date de sortie. Voir Durée moyenne de séjour.

Sortie de l'hôpital

Une sortie de l'hôpital signifie le départ du patient de l'hôpital, décédé ou vivant. Les archives de sorties d'hôpital sont remplies par l'hôpital pour chaque patient qui reçoit son congé ou qui meurt à l'hôpital. Les archives de sorties d'hôpital fournissent des données sur la fréquence relative des causes principales d'hospitalisation pour les personnes qui quittent l'hôpital.

Taux de sorties des hôpitaux par 100 000 habitants

Le taux de sorties des hôpitaux est une mesure de l'utilisation des hôpitaux. Il est composé du nombre total de sorties d'hôpitaux pour un sous-groupe particulier (p. ex. les patients hospitalisés pour une maladie mentale) qui ont lieu dans une région au cours d'une période de temps spécifique divisées par la population de la région au cours du laps de temps, multiplié par un facteur de 100 000.

Services psychiatriques aux patients hospitalisés

Les services psychiatriques qui sont fournis en clinique interne dans tout hôpital général ou psychiatrique.

Classification internationale des maladies, 9^e révision (CIM-9)

Un ensemble de codes internationalement acceptés pour la classification des diagnostics et des états pathologiques; le personnel des archives médicales utilise ces codes lors de la transcription des dossiers médicaux écrits par les médecins dans la base de données qui est soumise à l'ICIS; les dossiers peuvent également être saisis à l'aide de la ICD-9-CM, soit la CIM-9 avec des modifications cliniques. La Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier mappe les diagnostics codifiés au moyen de l'ICD-9-CM à la CIM-9.

Jour-présence des patients hospitalisés

Tout jour passé par un patient hospitalisé dans un hôpital. Un jour-présence est équivalent à un séjour d'un jour dans un hôpital. Le jour d'admission est compté en tant que jour-présence mais le jour de sortie ne l'est pas. Lorsqu'un patient est admis et obtient sa sortie au cours de la même journée, un jour-présence est compté.

Diagnostic principal (type 1)

Un diagnostic de la CIM décrivant les problèmes de santé importants du patient qui ont généralement une influence significative sur l'hospitalisation du patient (p. ex. durée du séjour) ou qui influencent de façon significative la gestion ou le traitement du patient.

Hôpital psychiatrique

Au Canada, il n'existe aucune définition standard d'un hôpital psychiatrique. Pour les besoins du présent rapport et la collecte de données de l'ICIS, les hôpitaux psychiatriques sont des hôpitaux médicaux qui offrent des services psychiatriques en clinique interne ou externe et qui ont été identifiés par les provinces comme étant les hôpitaux qui devraient participer à l'Enquête sur la santé mentale dans les hôpitaux de l'ICIS.

Taux de sorties

Voir Taux de sorties des hôpitaux par 100 000 habitants.

Suicide

Action de s'enlever la vie volontairement et intentionnellement.

Durée totale du séjour

Les jours-présence accumulés pendant la période de déclaration. Inclut les bénéficiaires de services admis lors d'une période de déclaration précédente.

Méthodes

Les données pour l'exercice 2000-2001 ont été versées dans une base de données de logiciel d'analyse statistique. Seuls les patients avec un diagnostic principal de maladie mentale/toxicomanie ayant obtenu leur sortie d'un hôpital psychiatrique ou général à la suite d'un congé ou d'un décès ont été retenus dans la base de données. Des vérifications préliminaires de la qualité des données ont eu lieu pour vérifier la participation des hôpitaux et l'exhaustivité des données. Un nombre de variables dérivées ont été créées en préparation au calcul des indicateurs. Ces variables incluent les groupes d'âge, les groupes de diagnostics principaux, le sexe, la durée du séjour et l'identification/l'adresse des hôpitaux. Le champ du diagnostic principal CIM-9 a été utilisé pour classer les sorties dans l'un des quatre groupes de diagnostics principaux.

Les catégories CIM-9 incluent ce qui suit¹⁸ :

Titre du groupe de diagnostic	Codes CIM	Description
Maladie mentale sérieuse	295	Psychoses schizophréniques
	296	Psychoses affectives
	297	États délirants
	298	Autres psychoses non organiques
	299	Psychoses spécifiques de l'enfance
	310	Troubles mentaux spécifiques non psychotiques consécutifs à une atteinte cérébrale organique
	311	Troubles dépressifs non classés ailleurs
Maladie mentale légère	300	Troubles névrotiques
	301	Troubles de la personnalité
	302	Déviations et troubles sexuels
	306	Troubles du fonctionnement physiologique d'origine psychique
	307	Symptômes ou troubles spéciaux non classés ailleurs
	308	États réactionnels aigus à une situation très éprouvante
	309	Troubles de l'adaptation
	312	Troubles de la conduite non classés ailleurs
	313	Troubles de l'affectivité spécifiques de l'enfance et de l'adolescence
314	Instabilité de l'enfance	
Alcoolisme et toxicomanie	291	Psychoses alcooliques
	292	Psychoses dues aux drogues
	303	Syndrome de dépendance alcoolique
	304	Pharmacodépendance
	305	Abus de drogues chez une personne non dépendante
Troubles cognitifs	290	États psychotiques organiques séniles et préséniles
	293	États psychotiques organiques transitoires
	294	Autres états psychotiques organiques (chroniques)

¹⁸ Les groupes de diagnostics ont été déterminés en fonction de ceux utilisés dans le rapport suivant : ministère de la Santé de Colombie-Britannique, *Resource Utilization Management Report for Mental Health Reform in British Columbia*. 2001.

Analyse

Analyse provinciale

Les données ont été analysées à l'échelle provinciale. Toutes les provinces et tous les territoires ont été inclus dans l'analyse. Les taux de sorties des hôpitaux ont été normalisés selon l'âge par rapport à la population du Canada en 1991 afin d'ajuster les distributions variables d'âge par province.

Analyse régionale

Les données ont été analysées à l'échelle régionale. Toutes les régions ayant des populations supérieures à 75 000 habitants ont été incluses dans l'analyse. Comme les limites des régions sanitaires de l'Île-du-Prince-Édouard, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ont été redéfinies en 2001 et 2002, les estimations sur la population de 2000 pour les régions sanitaires sont basées sur les définitions des limites en date du 1^{er} avril 2003. Les taux de sorties des hôpitaux ont été normalisés selon l'âge par rapport à la population du Canada en 1991 pour ajuster les distributions variables d'âge par province.

Conclusion

Le premier rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada* s'efforce d'atteindre plusieurs objectifs. Le rapport a pour but d'offrir aux lecteurs un aperçu du type de données sur les maladies mentales/toxicomanies en milieu hospitalier disponibles à l'échelle nationale, un échantillon des résultats de l'analyse à l'échelle provinciale/territoriale des indicateurs de services de santé mentale et de toxicomanie de l'ICIS ainsi qu'une introduction aux ressources de données électroniques disponibles grâce à *Trouver une statistique*. En atteignant ces objectifs, l'ICIS espère faire mieux connaître les données nationales courantes sur la santé mentale et générer de l'intérêt pour les données de la part des utilisateurs de données. L'ICIS espère qu'une augmentation de la sensibilisation et de l'intérêt quant aux données créera un élan pour le développement et la collecte de données plus complètes sur les services de santé mentale/toxicomanie dans le futur.

L'ICIS poursuivra la publication de rapports annuels sur les services de santé mentale en milieu hospitalier. Les améliorations futures incluront l'analyse des tendances à l'aide de plusieurs années de données et l'expansion des données mises à la disposition du public grâce à *Trouver une statistique*.

Plus de travail doit être réalisé pour élargir l'information sur la santé concernant les services de santé mentale/toxicomanie. Les initiatives futures se concentreront sur l'information pouvant être compilée à partir des *nouvelles sources de données*. Ces nouvelles sources pourraient inclure les nouvelles bases de données de l'ICIS, les résultats des enquêtes nationales telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada et les données des instruments d'évaluation normalisés pour les services de santé mentale et de toxicomanie institutionnels et, éventuellement, communautaires.

Pour plus d'information

Pour de l'information additionnelle au sujet des données sur la santé mentale en milieu hospitalier au Canada, veuillez communiquer avec :

Conseillère, Services de santé mentale et de toxicomanie
Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8
Tél. : (613) 241-7860
Télééc. : (613) 241-8120
Courriel : santementale@cihi.ca
Internet : <http://www.icis.ca>

Annexe A : Définitions des indicateurs

Définitions des indicateurs de services de santé mentale et de toxicomanie

1. Taux de sorties des hôpitaux concernant la maladie mentale/toxicomanie, 2000-2001

Numérateur : Nombre de sorties des hôpitaux psychiatriques/généraux dans la province, le territoire ou la région sanitaire avec des diagnostics principaux concernant des maladies mentales/toxicomanies (CIM-9 : 290-314) au cours de l'exercice.

Dénominateur : Population de la province, du territoire ou de la région sanitaire.

Remarque : Les taux de sorties des hôpitaux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population du Canada au 1^{er} octobre 1991. Estimations de la population fournies par Statistique Canada.

2. Durée moyenne de séjour pour les diagnostics concernant la maladie mentale/toxicomanie, 2000-2001

Numérateur : Nombre total de jours d'hospitalisation pour les patients d'hôpitaux psychiatriques/généraux avec des diagnostics principaux concernant des maladies mentales/toxicomanies (CIM-9 : 290-314) au cours de l'exercice.

Dénominateur : Nombre total de sorties des hôpitaux psychiatriques/généraux pour des diagnostics principaux concernant des maladies mentales/toxicomanies (CIM-9 : 290-314) au cours d'un exercice.

3. Taux de jours d'hospitalisation concernant la maladie mentale/toxicomanie, 2000-2001

Numérateur : Nombre total de jours-présence des patients hospitalisés dans un hôpital psychiatrique/général pour des diagnostics principaux concernant des maladies mentales/toxicomanies (CIM-9 : 290-314) au cours d'un exercice.

Dénominateur : Population de la province, du territoire ou de la région sanitaire.

Remarque : Estimations de la population fournies par Statistique Canada.

4. Pourcentage de sorties totales des hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie, 2000-2001

Numérateur : Nombre total de sorties d'hôpitaux généraux avec des diagnostics principaux concernant des maladies mentales/toxicomanies (CIM-9 : 290-314) au cours d'un exercice.

Dénominateur : Nombre total de toutes les sorties d'hôpitaux généraux au cours d'un exercice.

Remarque : Calculé pour les hôpitaux généraux seulement. On présume que 100 % des sorties des hôpitaux psychiatriques concernent des maladies mentales/toxicomanies.

5. Pourcentage de la durée totale du séjour dans les hôpitaux généraux concernant la maladie mentale/toxicomanie, 2000-2001

Numérateur : Durée totale du séjour dans les hôpitaux généraux pour les patients dont le diagnostic principal concerne des maladies mentales/toxicomanies (CIM-9 : 290-314) au cours d'un exercice.

Dénominateur : Durée totale du séjour pour tous les patients dans les hôpitaux généraux au cours d'un exercice.

Remarque : Calculé pour les hôpitaux généraux seulement. On présume que 100 % des sorties des hôpitaux psychiatriques concernent des maladies mentales/toxicomanies.

6. Taux de suicide, 1998

Numérateur : Nombre moyen de suicides (CIM-9 : E950-E959) dans la province ou le territoire pour trois années de données (1997, 1998, 1999).

Dénominateur : Estimations de la population de la province ou du territoire pour 1998.

Remarque : Normalisé selon l'âge par rapport à la population du Canada en date du 1^{er} juillet 1991.

Taux de suicide fournis par Statistique Canada.

Annexe B : Membres du Groupe consultatif

Groupe consultatif pour le rapport sur *les services de santé mentale en milieu hospitalier*

Kevin Barclay

Planificateur principal des services de santé/Gestionnaire d'information
District de santé Champlain

Janet Durbin

Chercheuse, Unité de recherche sur les systèmes de santé et de conseil
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Peter Humphries

Chef du service de l'information
Services d'information
Services de santé Royal Ottawa

Paula Stewart

Médecin de santé communautaire
Santé Canada
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Paul Waraich

Membre reconnu de la faculté, associé en recherche
MHECCU, Faculté de psychiatrie, UBC.

Personnel de l'ICIS

Lynn Brousseau

Gestionnaire
Utilisation des médicaments et santé mentale

Bob Côté

Coordonnateur
Systèmes internes

Kathy Lee

Analyste
Utilisation des médicaments et santé mentale

Milton Mangal

Conseiller
Utilisation des médicaments et santé mentale

Louise Ogilvie

Directrice
Information sur les ressources de santé

Carolyn Pullen

Conseillère
Services de santé mentale et de toxicomanie

Shawna Silver

Analyste principale
Services de santé mentale et de toxicomanie

Ron Wall

Économiste principal
Information sur les ressources de santé

Elena Mandoiu

Programmeure-analyste principale
Systèmes internes

Annexe C : Formulaire d'évaluation



Services de santé mentale en milieu hospitalier

Fiche d'évaluation

Nous serons heureux de connaître vos commentaires et suggestions sur le rapport. Veuillez remplir cette fiche d'évaluation et nous la faire parvenir dès que possible.

Par télécopieur : (613) 241-8120, à l'attention de Carolyn Pullen
Par courrier : Conseillère, Services de santé mentale et de toxicomanie
Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1N 9N8

1. Dans quelle mesure avez-vous étudié le rapport?

- J'ai parcouru tout le rapport.
- J'ai parcouru tout le rapport et j'ai étudié des sections spécifiques.
- J'ai étudié tout le rapport.

2. Comment trouvez-vous les aspects suivants du rapport?

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| (a) Niveau de détail | <input type="checkbox"/> Insuffisant | <input type="checkbox"/> Satisfaisant | <input type="checkbox"/> Trop élaboré | |
| (b) Clarté/lisibilité | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| (c) Organisation/format | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| (d) Utilisation des figures/tableaux | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| (e) Qualité des données et de l'analyse | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |
| (f) Annexes | <input type="checkbox"/> Excellent | <input type="checkbox"/> Bon | <input type="checkbox"/> Acceptable | <input type="checkbox"/> Médiocre |

3. Dans quelle mesure avez-vous trouvé ces sections utiles?

1. Points saillants de l'analyse des indicateurs à l'échelle provinciale/territoriale
 Très utile Assez utile Pas utile Ne l'ai pas étudiée
2. Point de mire sur la schizophrénie
 Très utile Assez utile Pas utile Ne l'ai pas étudiée
3. Notes méthodologiques
 Très utile Assez utile Pas utile Ne l'ai pas étudiée
4. Tableaux de données
 Très utile Assez utile Pas utile Ne l'ai pas étudiée
5. *Trouver une statistique* à www.icis.ca
 Très utile Assez utile Pas utile Ne l'ai pas étudiée

6. Comment avez-vous utilisé l'information contenue dans le rapport ou comment comptez-vous le faire?

7. Que feriez-vous pour améliorer le rapport? Avez-vous des suggestions pour les rapports à venir?

Merci pour vos commentaires!