



Services de santé mentale
en milieu hospitalier
au Canada 2002-2003

B a s e d e d o n n é e s d e s s e r v i c e s d e s a n t é m e n t a l e



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Tous droits réservés.

Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris des photocopies, les enregistrements ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

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

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

ISBN 1-55392-713-3 (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title:
Hospital Mental Health Services in Canada 2002–2003
ISBN 1-55392-683-8 (PDF)

Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003

Table des matières

Remerciements.....	i
Sommaire	iii
Avant-propos	vii
Introduction	1
Considérations méthodologiques.....	2
Références	3
Chapitre un — Perspective pancanadienne	5
Type d'hôpital	7
Âge	12
Sexe	14
Troubles coexistants	17
Résumé	18
Chapitre deux — Perspectives provinciales et territoriales	19
Résumé	25
Chapitre trois — Troubles de l'humeur.....	27
Dépression.....	27
Trouble bipolaire.....	33
Résumé	39
Références.....	40
Chapitre quatre — Schizophrénie	41
Résumé	45
Références.....	46
Chapitre cinq — Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	47
Comorbidité	52
Résumé	53
Références.....	54
Annexe A	A-1
Annexe B — Notes méthodologiques.....	B-1
Annexe C — Glossaire.....	C-1
Annexe D — Autres sources d'information.....	D-1

Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003

Liste des figures

Figure i	Taux de sorties des hôpitaux pour la maladie mentale, par type d'hôpital, de 1994-1995 à 2002-2003	vii
Figure ii	Durée moyenne du séjour pour la maladie mentale, par type d'hôpital, de 1994-1995 à 2002-2003	viii
Figure 1.1	Pourcentage de sorties des hôpitaux généraux, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	9
Figure 1.2	Pourcentage de sorties des hôpitaux psychiatriques, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	10
Figure 1.3	Pourcentage de la durée du séjour dans les hôpitaux généraux, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	11
Figure 1.4	Pourcentage de la durée du séjour dans les hôpitaux psychiatriques, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	11
Figure 1.5	Pourcentage de sorties des patients de sexe masculin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	14
Figure 1.6	Pourcentage de sorties des patients de sexe féminin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	15
Figure 1.7	Pourcentage de la durée du séjour des patients de sexe masculin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	16
Figure 1.8	Pourcentage de la durée du séjour des patients de sexe féminin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	16
Figure 1.9	Pourcentage de troubles psychiatriques coexistants dans les hôpitaux généraux, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	17
Figure 2.1	Pourcentage de sorties par type de diagnostic et par secteur de compétence, 2002-2003	21
Figure 2.2	Taux de sorties normalisés selon l'âge par 100 000 habitants pour les provinces et les territoires, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	22
Figure 2.3	Proportion de sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic de psychiatrie, par province, 2002-2003.....	25
Figure 3.1	Sorties des hôpitaux par 100 000 habitants pour la dépression, par âge et sexe, 2002-2003	29
Figure 3.2	Durées moyennes et médianes du séjour pour la dépression, par âge et sexe, 2002-2003	30
Figure 3.3	Sorties des hôpitaux par 100 000 habitants pour la dépression, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	31

Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003

Liste des figures (suite)

Figure 3.4	Durées moyennes et médianes du séjour pour la dépression, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	32
Figure 3.5	Taux de sorties par 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, pour le trouble bipolaire, 2002-2003	34
Figure 3.6	Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par âge et sexe, 2002-2003.....	35
Figure 3.7	Taux de sorties par 100 000 habitants pour le trouble bipolaire, par type d'hôpital et groupe d'âge, 2002-2003.....	36
Figure 3.8	Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	36
Figure 3.9	Pourcentage de sorties liées au trouble bipolaire, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	37
Figure 3.10	Pourcentage de jours d'hospitalisation pour le trouble bipolaire, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	38
Figure 4.1	Pourcentage de sorties liées à la schizophrénie, par groupe d'âge, 2002-2003	42
Figure 4.2	Taux de sorties par 100 000 habitants pour la schizophrénie, par âge et sexe, 2002-2003.....	43
Figure 4.3	Durées du séjour pour la schizophrénie, par âge et sexe, 2002-2003	43
Figure 4.4	Taux de sorties par 100 000 habitants pour la schizophrénie, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	44
Figure 4.5	Durées du séjour pour la schizophrénie, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	45
Figure 5.1	Taux de sorties par 100 000 habitants pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et sexe, 2002-2003	49
Figure 5.2	Durées moyennes et médianes du séjour pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et sexe, 2002-2003	50
Figure 5.3	Sorties par 100 000 habitants pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	51
Figure 5.4	Durées moyennes et médianes du séjour pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et type d'hôpital, 2002-2003	52

Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003

Liste des tableaux de texte

Tableau 1.1	Nombre et pourcentage de sorties, DDS médiane, DDS moyenne, DDS moyenne tronquée de 1 % et DDS totale, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	6
Tableau 1.2	Caractéristiques générales des populations, par type d'hôpital, 2002-2003	8
Tableau 1.3	Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques, par catégorie de diagnostic, 2002-2003.....	8
Tableau 1.4	Pourcentage des sorties pour chaque catégorie de diagnostic, par groupe d'âge, 2002-2003.....	12
Tableau 1.5	Pourcentage des durées totales et médianes du séjour, par catégorie de diagnostic et groupe d'âge, 2002-2003.....	13
Tableau 2.1	Taux et fréquence des sorties, par type d'hôpital, province et territoire, 2002-2003.....	20
Tableau 2.2	Total des jours-patients et durée moyenne du séjour pour la maladie mentale, 2002-2003	23
Tableau 3.1a	Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par type d'hôpital, sexe et groupe d'âge.....	38
Tableau 3.1b	Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par type d'hôpital, sexe et groupe d'âge.....	39
Tableau A1	Catégories de diagnostic et codes de la CIM-9.....	A-1
Tableau A2	Groupes d'âge, nombre et pourcentage de sorties	A-2

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration du rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003*.

Nawaf Madi, Helen Zhao et Genevieve Casey de la section de la Santé mentale et de la Toxicomanie ont rédigé le rapport. Ian Joiner et Brent Diverty l'ont passé en revue. Les divisions des Communications et de l'Édition de l'ICIS ont fourni les services nécessaires à la production du rapport, soit la communication, la publication et la traduction.

Le rapport est fondé sur les données de 2002-2003 de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier que le groupe des systèmes de production de l'ICIS, Statistique Canada ainsi que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ont généreusement produites.

Sommaire

Le rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003*, évalue, à partir des taux de sortie et des durées du séjour, les tendances de l'utilisation des services hospitaliers et la façon dont elles varient dans les différentes catégories de diagnostic. Les données qui y sont présentées sont tirées de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le rapport présente un intérêt pour les responsables de l'élaboration des politiques, les cliniciens, les gestionnaires des services de santé mentale et les Canadiens qui ont un intérêt dans les services de santé en général. Il porte sur les personnes qui sont sorties des hôpitaux au cours de l'exercice 2002-2003 à la suite d'une hospitalisation en raison d'une maladie mentale, ce qui englobe les catégories de diagnostic suivantes : schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles liés à la consommation de substances psychotropes, troubles anxieux, troubles organiques, troubles de personnalité et autres troubles. Étant donné qu'un séjour à l'hôpital est un critère d'inclusion, les sorties associées à ces troubles représentent généralement les cas les plus graves dans la population atteinte de maladies mentales. Toutefois, elles ne comprennent pas les services dispensés en consultation externe, ni par les programmes communautaires de santé mentale, car des données complètes sur ces services ne sont actuellement pas disponibles au Canada.

La nature des services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada évolue. Les taux de sortie ont chuté (passant de 715 sorties par 100 000 habitants en 1994-1995 à 607 en 2002-2003) et les durées moyennes du séjour ont raccourci (elles sont passées de 66 jours en 1994-1995 à 41 jours en 2002-2003). Ces changements peuvent être attribuables, en partie du moins, à la disponibilité accrue des services externes et communautaires ainsi qu'aux médications et aux traitements médicaux raffinés. Il semblerait également que les services hospitaliers généraux et de soins partagés jouent un rôle plus important qu'avant dans la prestation des services de santé mentale. Par exemple, la proportion des sorties associées à la santé mentale qui provient des hôpitaux généraux est passée de 82 % en 1982-1983 à 85 % en 1992-1993 et à 87 % en 2002-2003. Les établissements autonomes de psychiatrie englobent le reste des sorties et, par conséquent, leurs pourcentages globaux de sorties ont chuté.

En général, l'hospitalisation demeure une partie importante du traitement de la maladie mentale, particulièrement chez les personnes dont l'état est grave ou exige une stabilisation. Plus de 190 000 sorties des hôpitaux et plus de 7,7 millions de jours d'hospitalisation étaient attribuables à un diagnostic primaire de maladie psychiatrique en 2002-2003. Cela correspond à une durée médiane du séjour d'environ 9,0 jours. L'écart entre la durée médiane (9 jours) et moyenne (41 jours) du séjour s'explique par les variations importantes dans le nombre de jours d'hospitalisation dans la population en question. De fait, il est possible que ce soit, en grande partie, une conséquence des différences entre les sorties des hôpitaux psychiatriques (durée médiane du séjour de 140 jours) et celles des hôpitaux généraux (durée médiane du séjour de 25 jours). Ainsi, les séjours plus longs dans les hôpitaux psychiatriques reflètent la plus grande gravité des cas qui y sont soignés. Dans le cas des sorties des hôpitaux psychiatriques, les patients étaient plus susceptibles d'être des hommes et d'afficher un diagnostic primaire de schizophrénie, tandis que dans le cas des hôpitaux généraux, ils étaient plus susceptibles d'être des femmes et de présenter un

trouble de l'humeur tel que la dépression. La majorité des sorties des hôpitaux figurait parmi les troubles de l'humeur (34 %), les troubles schizophréniques et psychotiques (21 %) ou les troubles liés à la consommation de substances psychotropes (14 %).

L'importance des hospitalisations dans le traitement des maladies mentales ne se limite pas aux personnes dont le diagnostic primaire relève de la psychiatrie. Tandis que 6 % des 2,8 millions de sorties des hôpitaux généraux en 2002-2003 affichaient un diagnostic primaire de maladie mentale, un autre 9 % (diagnostic primaire autre que de psychiatrie) présentaient un diagnostic secondaire de maladie mentale. Les hospitalisations en raison d'une maladie mentale sont souvent le résultat d'une période intense d'instabilité mentale à la suite de laquelle une personne peut avoir besoin de beaucoup de temps pour récupérer, même après être sortie de l'hôpital. Étant donné que l'hospitalisation était plus susceptible de se produire entre 25 et 54 ans, elle avait plus de potentiel de perturber les vies des personnes au cours de leurs années de travail de productivité maximale.

Les personnes qui ont reçu des services hospitaliers pour une maladie mentale semblent être différentes de celles qui sont atteintes d'une maladie mentale de façon générale. Par exemple, bien que les taux de prévalence indiquent que la dépression est beaucoup plus fréquente que le trouble bipolaire, le présent rapport permet de penser que, parmi les diagnostics primaires des sorties des hôpitaux, le trouble bipolaire était en fait plus fréquent que la dépression. Il semblerait donc que les symptômes plus graves et la plus grande instabilité qui y sont généralement associés entraîneraient l'hospitalisation.

Bien que la schizophrénie ne soit pas aussi prévalente que les troubles anxieux ou de l'humeur (p. ex. dépendance à l'alcool et aux drogues), elle figure parmi les maladies mentales les plus graves et constitue ainsi une grande proportion (21 %) des sorties des hôpitaux associées à la santé mentale. Il n'est donc pas surprenant que les sorties liées à la schizophrénie aient affiché des durées moyennes de séjour parmi les plus longues et aient été plus susceptibles que tout autre groupe de sorties de provenir des hôpitaux psychiatriques. Ces données peuvent refléter la capacité des hôpitaux psychiatriques à dispenser des soins spécialisés et à accueillir des patients atteints de schizophrénie qui ont besoin de rester à l'hôpital plus longtemps pour être soignés et stabilisés. La schizophrénie semble toucher différemment les hommes et les femmes si on se fie à la différence dans l'âge au déclenchement, qui se produit plus tôt chez les hommes que chez les femmes. Cette tendance correspond aux résultats présentés dans le rapport. Malgré les différences entre les sexes en ce qui concerne l'âge au déclenchement de la maladie et à la sortie de l'hôpital, les durées du séjour des patients de sexe masculin et de sexe féminin atteints de schizophrénie se ressemblaient beaucoup d'un groupe d'âge à l'autre.

Même s'ils étaient nombreux, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes affichaient les durées du séjour les plus courtes de toutes les catégories de diagnostic. Plus du quart des sorties des hôpitaux pour des troubles liés à la consommation de substances psychotropes ont eu lieu après un séjour à l'hôpital d'un jour ou moins et pour plus des trois quarts des sorties, les séjours ont duré une semaine ou moins. Les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient plus fréquents en tant que diagnostic secondaire (avec un autre diagnostic primaire de psychiatrie et autre que de psychiatrie) qu'en tant que diagnostic primaire.

Les comparaisons entre les provinces et les territoires doivent être analysées en tenant compte des différences systémiques et structurelles dans la prestation des services de santé mentale en milieu hospitalier, différences qui peuvent compliquer même l'interprétation des comparaisons ordinales. Cette difficulté est accentuée par les changements dans les services de santé mentale en milieu hospitalier qui ont eu lieu au fil du temps. En sachant cela, il n'est pas surprenant de voir que, d'une province ou d'un territoire à l'autre, les taux de sortie des hôpitaux variaient de 1 384 par 100 000 habitants (Territoires du Nord-Ouest) à 479 par 100 000 habitants (Nouvelle-Écosse).

Avant-propos

Tout comme le premier rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada*, la présente version fournit un survol des données pancanadiennes de l'ICIS sur les services de santé mentale dans les hôpitaux. Ce faisant, nous espérons qu'elle donnera un aperçu descriptif d'une partie du secteur des services de santé mentale au Canada.

Les changements fondamentaux dans l'infrastructure du système de soins de santé mentale au Canada et dans les méthodes de traitement ont entraîné une diminution des services en milieu hospitalier. La tendance à la désinstitutionalisation des patients en psychiatrie qui s'est dessinée dans les années 1960, alimentée par les percées dans les traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques, se poursuit de nos jours (Wasylenki, 2001; Rae-Grant, 2001). L'amélioration continue des médicaments psychiatriques (p. ex. les antipsychotiques et les antidépresseurs), l'évolution des services en milieu communautaire et l'évitement des hospitalisations coûteuses signifient que le nombre de personnes qui reçoivent des soins psychiatriques en milieu hospitalier continue de chuter (figure i) et que la durée des séjours des patients hospitalisés raccourcit (figure ii). De plus, la nature des soins psychiatriques dispensés en milieu hospitalier a changé. Tandis que, après la Seconde Guerre mondiale, bon nombre des patients atteints de maladies psychiatriques étaient soignés dans de grands hôpitaux psychiatriques pour malades chroniques, de nos jours, 87 % des traitements dispensés aux patients hospitalisés ont lieu dans les établissements généraux ou de soins de courte durée. Ces statistiques ne tiennent pas compte toutefois des nombreux services dispensés par les médecins de famille selon des ententes de soins partagés.

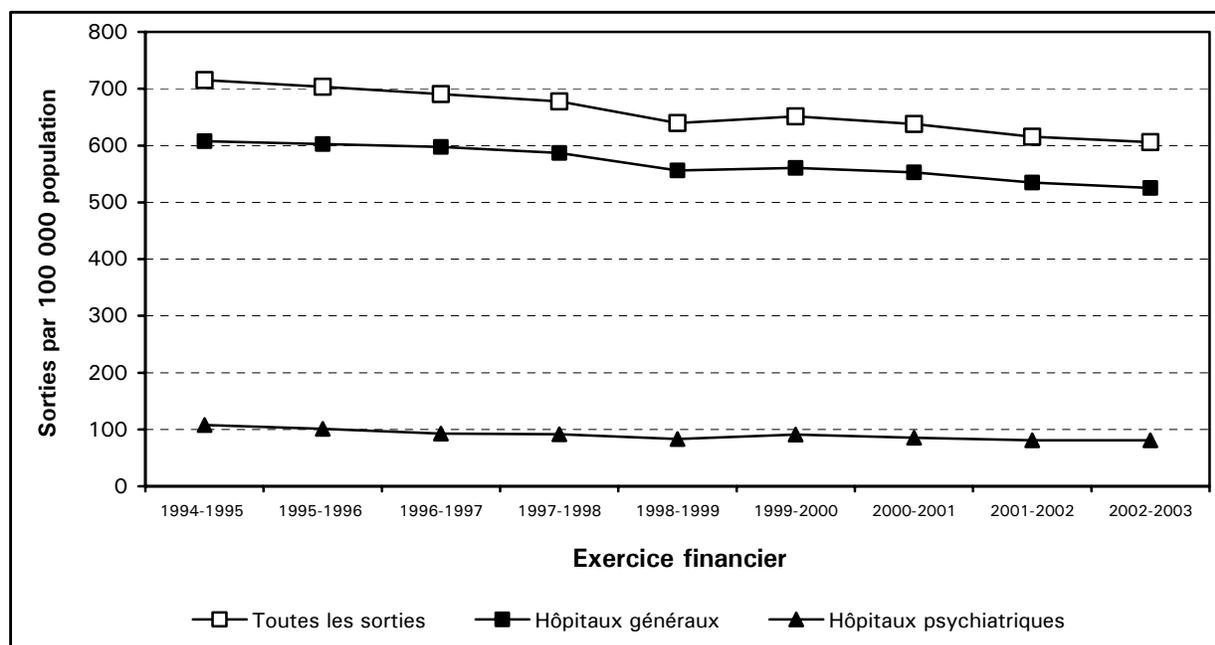


Figure i Taux de sorties* des hôpitaux pour la maladie mentale, par type d'hôpital, de 1994-1995 à 2002-2003

* Taux bruts fondés sur le nombre de sorties par 100 000 habitants. Nombre d'habitants fondé sur les estimations démographiques de 2002 de Statistique Canada.

Source : BDSMMH, ICIS, 2005.

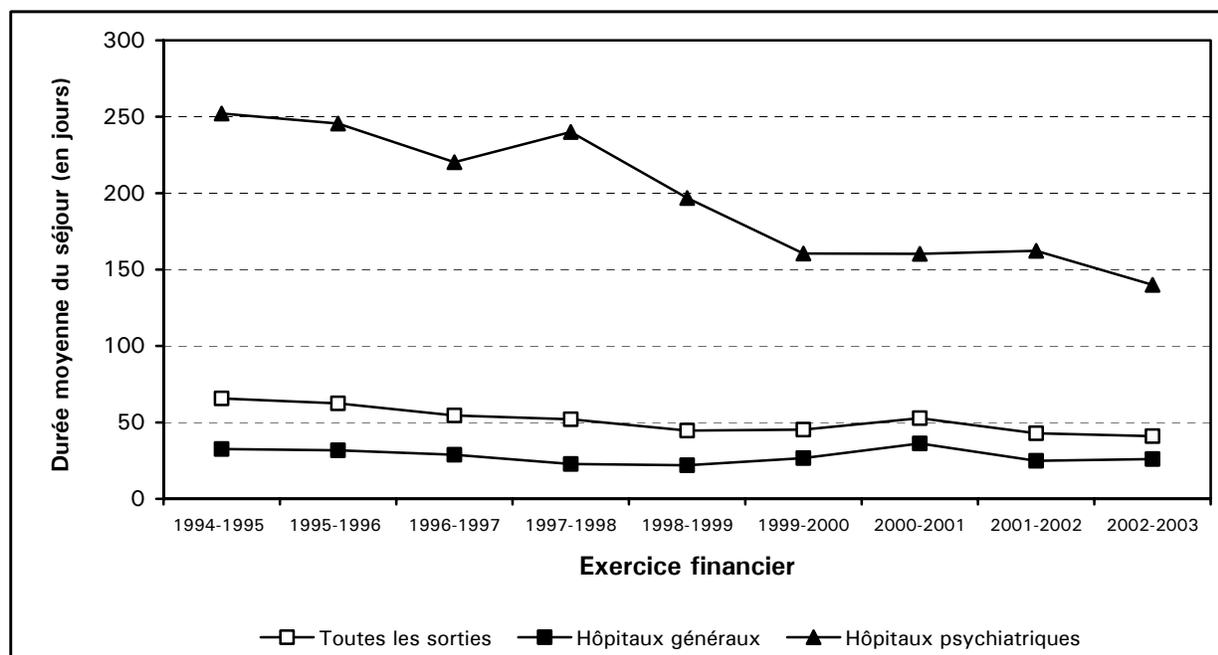


Figure ii Durée moyenne du séjour pour la maladie mentale, par type d'hôpital, de 1994-1995 à 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, de 1994 à 2003.

Malgré la diminution des traitements en milieu hospitalier observée depuis plusieurs décennies (Wasylenki, 2001; Randhawa, 1996), l'hospitalisation constitue toujours, et bien souvent, une partie essentielle du traitement des maladies mentales. Cette observation est particulièrement vraie pour les personnes dont les symptômes sont très graves et pour celles qui n'ont pas accès à un système de soins psychiatriques spécialisés dans leur collectivité.

Introduction

En mettant l'accent sur les taux de sorties et les durées du séjour, le rapport évalue les tendances de l'utilisation des services hospitaliers et leurs variations pour les différentes catégories de diagnostic, tant à l'échelle pancanadienne que provinciale et territoriale. De plus, le rapport porte sur des catégories particulières de diagnostic et sur la façon dont l'utilisation des services hospitaliers relativement à ces catégories varie en fonction de l'âge, du sexe et du type d'hôpital.

Critères d'inclusion

Les analyses dans le présent rapport s'appuient sur les données de 2002-2003 tirées de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) de l'ICIS. La BDSMMH rassemble les données sur les sorties des patients en psychiatrie des hôpitaux psychiatriques et généraux de toutes les provinces et de tous les territoires. Les sorties doivent avoir eu lieu pendant l'exercice financier 2002-2003 pour que l'information soit incluse dans la base de données. Puisque la base de données renferme des enregistrements sur les épisodes et non sur les patients, les renseignements sur les personnes qui sont sorties de l'hôpital plusieurs fois au cours du même exercice y apparaissent à maintes reprises.

Critères d'exclusion

Il est important de savoir que la BDSMMH, et par le fait même le présent rapport, ne visent pas à fournir une analyse exhaustive des services de santé mentale, ni même des services de santé mentale en milieu hospitalier. Le rapport porte uniquement sur les sorties des hôpitaux à la suite d'une période de services dispensés à des patients hospitalisés. Puisqu'il ne contient pas de renseignements sur les personnes qui ont été admises mais qui ne sont pas sorties de l'hôpital au cours de l'exercice, le rapport ne couvre pas toutes les personnes bénéficiaires de services hospitaliers en raison d'une maladie psychiatrique. Le rapport exclut aussi les personnes qui ont reçu des soins pour une maladie mentale en consultation externe, dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes, dans les foyers de groupe, dans les centres de jour et de nuit, et celles soignées par un praticien privé. Il fait également abstraction des patients soignés dans les établissements pour personnes ayant une déficience mentale ou dans les agences de toxicomanie. Les données des hôpitaux généraux dans la BDSMMH excluent les nouveau-nés et les patients hospitalisés dont le lieu de résidence se situe à l'extérieur de la province d'hospitalisation. Les données des hôpitaux psychiatriques comprennent les patients hospitalisés dont le lieu de résidence se situe à l'extérieur de la province d'hospitalisation. Les durées du séjour ne sont pas limitées.

Le rapport est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre présente une description des sorties, des durées du séjour, des catégories de diagnostic et des états comorbides à l'échelle pancanadienne. Le deuxième chapitre contient des types d'analyses semblables, mais cette fois-ci à partir de données provinciales et territoriales. Les trois derniers chapitres explorent en détail les trois types de diagnostics les plus fréquents en psychiatrie pour les sorties des hôpitaux : troubles de l'humeur, schizophréniques et psychotiques ainsi que troubles liés à la consommation de substances psychotropes.

Considérations méthodologiques

Le rapport s'appuie sur les 190 563 enregistrements de sorties liées à des troubles psychiatriques dans la BDSMMH pour l'exercice 2002-2003. Les enregistrements sont fondés sur les diagnostics de la plage allant de 290.0 à 319.0 (chapitre V de la CIM-9) ainsi que sur la maladie d'Alzheimer et les maladies dégénératives (331.0 à 331.2).

Les fréquences, les mesures de la tendance principale et de dispersion, lorsqu'elles sont déclarées, font référence aux sorties et non aux groupes de personnes. Il est important de se souvenir que certains patients peuvent figurer plus d'une fois dans la base de données et ainsi biaiser certains indices en raison de leurs multiples sorties.

Aux fins de comparaison par type d'hôpital, les sorties ont été regroupées par origine, c'est-à-dire les hôpitaux généraux et psychiatriques. Ce regroupement n'est pas complètement parallèle à la dichotomie conventionnelle des soins pour malades chroniques et des soins de courte durée. Il faut donc tenir compte du fait que les mesures de durée du séjour sont influencées par un écart relatif à la dichotomie conventionnelle. Toutefois, le regroupement fait état d'une grande différence entre les types de soins dispensés aux patients atteints de maladies psychiatriques.

Les catégories de diagnostic dont on s'est servi dans le présent rapport sont décrites dans le tableau A1 de l'annexe A. Dans ce tableau, chacune des catégories présente différentes sous-catégories ainsi que leurs codes respectifs de la CIM-9 et leurs pourcentages du nombre total d'enregistrements. Ces catégories ont été créées pour regrouper les classes de maladies et elles apparaissent dans les deux premiers chapitres. Dans les trois derniers chapitres, dans lesquels on présente des analyses propres aux maladies, les regroupements sont axés sur des diagnostics précis.

Le tableau A2 de l'annexe A présente les répartitions des âges dont on s'est servi dans tout le rapport ainsi que leurs pourcentages du nombre total d'enregistrements. La normalisation selon l'âge et les taux d'habitants dans le présent rapport sont fondés sur les estimations démographiques de 2002 de Statistique Canada.

Pour terminer, bien que les chiffres renvoient aux traitements en milieu hospitalier, il est important de savoir que la majorité des traitements pour les maladies psychiatriques n'a pas lieu dans les milieux hospitaliers et que la plupart des patients atteints de maladies psychiatriques ne résident pas dans les hôpitaux. La plupart des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique vivent et reçoivent plutôt des traitements dans leur collectivité. Ainsi, les statistiques du présent rapport sont probablement représentatives des épisodes les plus graves de maladies psychiatriques.

Références

Rae-Grant, Q. *Psychiatry in Canada : 50 Years (1951 to 2001)*, Ottawa, Association des psychiatres du Canada.

Randhawa, J., et R. Riley. *Mental Health Statistics, 1982-1983 to 1993-1994*, Health Reports, vol. 7 (1996), pages 55-56.

Wasylenki, D. « The paradigm shift from institution to community », *Psychiatry in Canada: 50 Years*, Q. Rae-Grant (Ed.), Ottawa, Association des psychiatres du Canada, 2001.

Chapitre un — Perspective pancanadienne

Le présent chapitre donne un aperçu à l'échelle pancanadienne des sorties des hôpitaux et des durées du séjour pour les sept catégories de diagnostic qui constituent la BDSMMH de 2002-2003. Il donne une idée générale de l'ampleur de l'utilisation des services pour tous les diagnostics et pour un certain nombre d'autres variables démographiques. Afin de fournir une telle perspective, les analyses doivent tenir compte des variations provinciales et régionales dans les politiques en matière de santé, les modèles de prestation de services et toute une gamme d'autres variables. Le rapport n'a pas pour but de formuler des commentaires sur ces variations. Plutôt, il invite les lecteurs à en tenir compte en examinant les données et avant de tirer des conclusions importantes.

Plus de 190 000 sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques affichaient un diagnostic primaire de maladie psychiatrique en 2002-2003. L'importance des maladies psychiatriques dans les services médicaux hospitaliers en général est démontrée par le fait que presque 6 % des 2,8 millions de sorties des hôpitaux généraux étaient associées à un diagnostic primaire de maladie psychiatrique. Lorsque ces sorties sont combinées aux sorties non psychiatriques qui présentent un diagnostic comorbide connexe de psychiatrie, le nombre passe à plus de 15 %¹.

Les personnes dont le diagnostic primaire à la sortie était une maladie psychiatrique ont été hospitalisées pendant plus de 7,7 millions de jours. La durée moyenne du séjour (DMDS) était de 40,8 jours et la durée médiane, d'environ 9,0 jours. L'écart entre la durée moyenne et la durée médiane du séjour indique que la durée moyenne a été gonflée par quelques valeurs élevées. De fait, le nombre de jours d'hospitalisation allait de 1 jour (la durée du séjour de 12,6 % de toutes les sorties et la durée du séjour la plus fréquente) à près de 25 000 jours. Plus de 45 % des séjours ont duré une semaine et moins, plus de 82 %, un mois et moins et plus de 99 %, un an et moins.

L'étendue et la variation dans la durée du séjour peuvent être attribuables à plusieurs facteurs, y compris les degrés de gravité, les répercussions et, bien sûr, les différentes maladies. Elles peuvent également refléter les différences entre les types de traitements reçus ainsi que la disponibilité des ressources ou des installations relatives au traitement. Par exemple, une personne chez qui on a diagnostiqué un trouble dépressif majeur peut, en quelques jours, être admise à l'hôpital, stabilisée, puis orientée vers un service de consultation externe. Par comparaison, une personne atteinte de schizophrénie peut avoir besoin d'une période de stabilisation plus longue ou il est possible qu'on ait de la difficulté à trouver un programme adéquat de consultation externe, ce qui allonge le séjour à l'hôpital.

1. Les chiffres sont basés sur les données de 2002-2003 de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Le tableau 1.1 contient le nombre et le pourcentage de sorties ainsi que les durées moyennes, médianes et totales du séjour pour les sept catégories de diagnostic qui composent la BDSMMH². Les sorties associées aux troubles de l'humeur étaient les plus nombreuses. On a également ajouté une colonne qui présente la durée moyenne du séjour tronquée de 1 % afin de donner une idée de la durée moyenne du séjour sans les valeurs extrêmes.

Les données de la BDSMMH indiquent que la plus grande proportion de sorties (plus d'un tiers) était liée aux troubles de l'humeur. Cette catégorie comprend le trouble bipolaire et la dépression. Vingt pour cent de toutes les sorties affichaient un diagnostic de trouble bipolaire et 13,6 %, de dépression. La deuxième catégorie en importance pour le nombre de sorties regroupait les troubles schizophréniques et psychotiques, avec 21,4 %. Les sorties dont le diagnostic primaire était la schizophrénie représentaient à elles seules 16,5 % de toutes les sorties.

Tableau 1.1 Nombre et pourcentage de sorties, DDS médiane, DDS moyenne, DDS moyenne tronquée de 1 % et DDS totale, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Catégorie de diagnostic	N ^{bre} de sorties	% de sorties	DDS médiane (en jours)	DDS moyenne (en jours)	DDS moyenne tronquée de 1 % (en jours)	DDS totale (en jours)
Troubles organiques	17 013	8,9	20,0	53,0	37,0	902 431,0
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	26 476	13,9	4,0	11,2	8,1	297 240,0
Troubles schizophréniques et psychotiques	40 731	21,4	15,0	63,0	31,5	2 567 979,0
Troubles de l'humeur	64 157	33,7	11,0	20,9	17,1	1 339 782,0
Troubles anxieux	7 481	3,9	4,0	11,2	9,8	83 716,0
Troubles de la personnalité	7 966	4,2	4,0	13,4	9,2	106 801,0
Autres troubles	26 739	14,0	5,0	92,5	14,9	2 472 981,0
Total	190 563	100,0	9,0	40,8	18,7	7 770 930,0

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

2. Le tableau 1 de l'annexe A présente la répartition des sept catégories de diagnostic.

Du nombre total de jours d'hospitalisation, la proportion la plus importante (33,0 %) revenait aux troubles schizophréniques et psychotiques. La catégorie « Autres troubles » représentait 31,8 % du nombre total de jours d'hospitalisation et affichait la durée moyenne du séjour la plus longue (92,5 jours). La majorité des jours d'hospitalisation dans la catégorie « Autres troubles » et environ 23,0 % du nombre total de jours d'hospitalisation étaient attribuables aux sorties associées à un retard mental ou à l'autisme. La durée moyenne du séjour était de 14,9 années pour les types les plus graves de retard mental et de 3,1 années pour les autistiques.

La durée médiane du séjour et la durée moyenne du séjour tronquée de 1 % dans le tableau 1.1 fournissent des indices sur la tendance principale de la durée du séjour et amortissent les contrecoups des valeurs relativement élevées. Si on a recours à ces indices, la durée du séjour la plus longue semble appartenir aux troubles organiques ainsi qu'aux troubles schizophréniques et psychotiques. Les durées du séjour les plus courtes appartiennent aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes et aux troubles de la personnalité.

Afin de donner un aperçu des caractéristiques des établissements qui dispensent des services de santé mentale aux patients hospitalisés, les données ont été regroupées par type d'établissement, soit général ou psychiatrique. Ce regroupement aurait pu être fait à partir de groupes différents (c'est-à-dire les soins de courte durée et ceux pour malades chroniques), mais il a été convenu que la dichotomie hôpitaux généraux/hôpitaux psychiatriques permettrait de comparer la prestation des services de santé mentale aux patients hospitalisés qui sont axés uniquement sur les patients en psychiatrie à ceux qui ne le sont pas autant.

Type d'hôpital

Dans l'ensemble, 165 191 sorties provenaient des hôpitaux généraux et 25 372 sorties, des hôpitaux psychiatriques. Ces données représentent respectivement 86,7 % et 13,3 % du total. Le tableau 1.2 présente certaines des comparaisons entre les sorties des deux types d'hôpitaux³. Les hôpitaux psychiatriques semblent avoir enregistré de façon proportionnelle plus de sorties d'hommes que de femmes, tandis que les hôpitaux généraux comptaient davantage de sorties de femmes. Cette constatation s'explique, du moins en partie, par la grande proportion de sorties liées aux troubles schizophréniques et psychotiques qui étaient plus nombreuses chez les hommes. Les proportions présentées dans le tableau 1.3 suggèrent que ces troubles étaient plus susceptibles que d'autres d'être soignés dans des hôpitaux psychiatriques.

En ce qui a trait aux pourcentages des sorties par groupe d'âge, les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques affichaient des taux semblables (tableau 1.2). Pour les deux types d'hôpitaux, la plus grande proportion de sorties revenait au groupe des 25 à 44 ans et la plus petite, à celui des 0 à 14 ans. Cependant, par comparaison avec les hôpitaux psychiatriques, une proportion plus élevée de sorties des hôpitaux généraux a été enregistrée dans les tranches inférieures et supérieures des groupes d'âge. Malgré la

3. La discussion des différences observées ne vise pas à suggérer une signification statistique.

proportion plus élevée de sorties des hôpitaux généraux parmi les 65 ans et plus et par comparaison avec les sorties des hôpitaux psychiatriques, une proportion plus petite des sorties des hôpitaux généraux comptait des décès. De plus, une proportion plus élevée de sorties des hôpitaux psychiatriques affichait au moins une condition psychiatrique comorbide par rapport aux sorties des hôpitaux généraux.

Tableau 1.2 Caractéristiques générales des populations, par type d'hôpital, 2002-2003

	Hôpitaux généraux	Hôpitaux psychiatriques	Total
Âge moyen (en années)	44,3	42,9	44,1
Hommes (%)	46,4	56,1	47,7
Groupes d'âge (%)			
De 0 à 14 ans	3,5	1,6	3,2
De 15 à 24 ans	15,5	14,5	15,3
De 25 à 44 ans	37,3	42,7	38,0
De 45 à 64 ans	25,3	27,8	25,6
65 ans et plus	18,5	13,4	17,9
Décès dans les hôpitaux (%)	0,8	1,3	0,9
Au moins une condition psychiatrique comorbide (%)	43,5	48,2	44,1

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Tableau 1.3 Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

	Hôpitaux généraux	Hôpitaux psychiatriques
Troubles organiques	93,2	6,8
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	84,8	15,3
Troubles schizophréniques et psychotiques	80,8	19,2
Troubles de l'humeur	89,4	10,6
Troubles anxieux	87,7	12,3
Troubles de la personnalité	87,3	12,7
Autres troubles	86,4	13,6

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les figures 1.1 et 1.2 donnent un aperçu de la fréquence des diagnostics par type d'hôpital. Les différences entre les proportions des sorties en fonction des diagnostics sont considérables. Pour les hôpitaux généraux, les sorties étaient le plus souvent associées à un diagnostic de troubles de l'humeur (34,7 %) et de troubles schizophréniques et psychotiques (19,9 %). Dans le cas des hôpitaux psychiatriques, l'ordre des deux catégories était inversé, c'est-à-dire que les sorties liées aux troubles schizophréniques et psychotiques étaient plus fréquentes (30,9 %) que celles associées aux troubles de l'humeur (26,7 %).

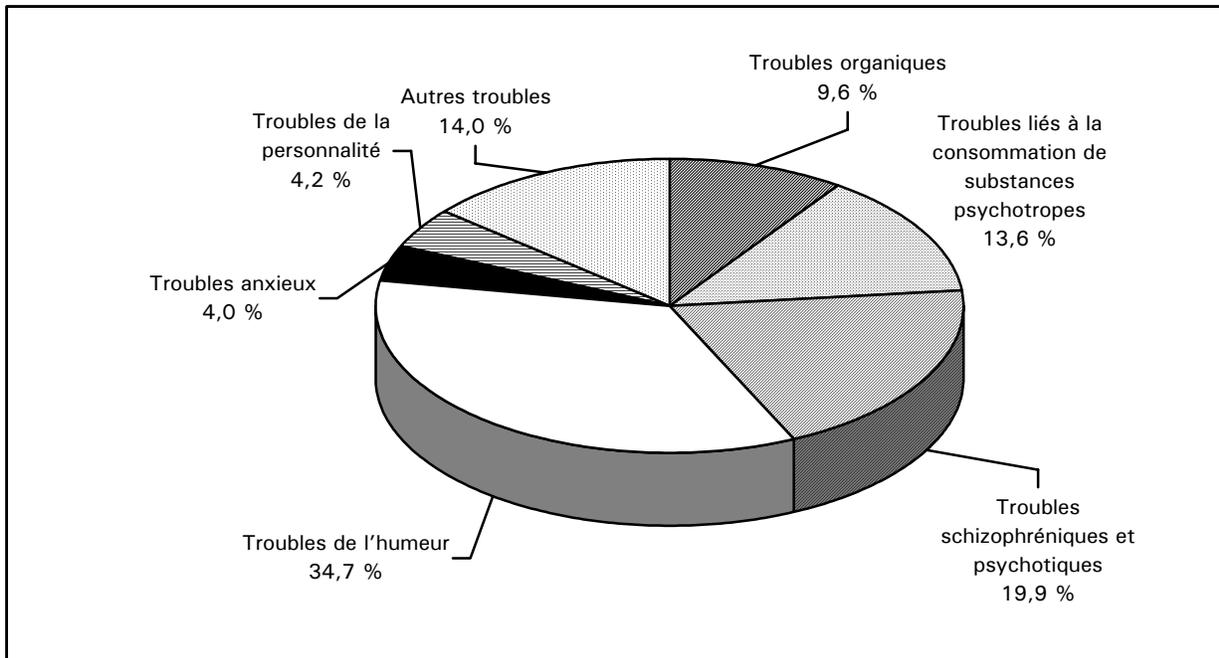


Figure 1.1 Pourcentage de sorties des hôpitaux généraux, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

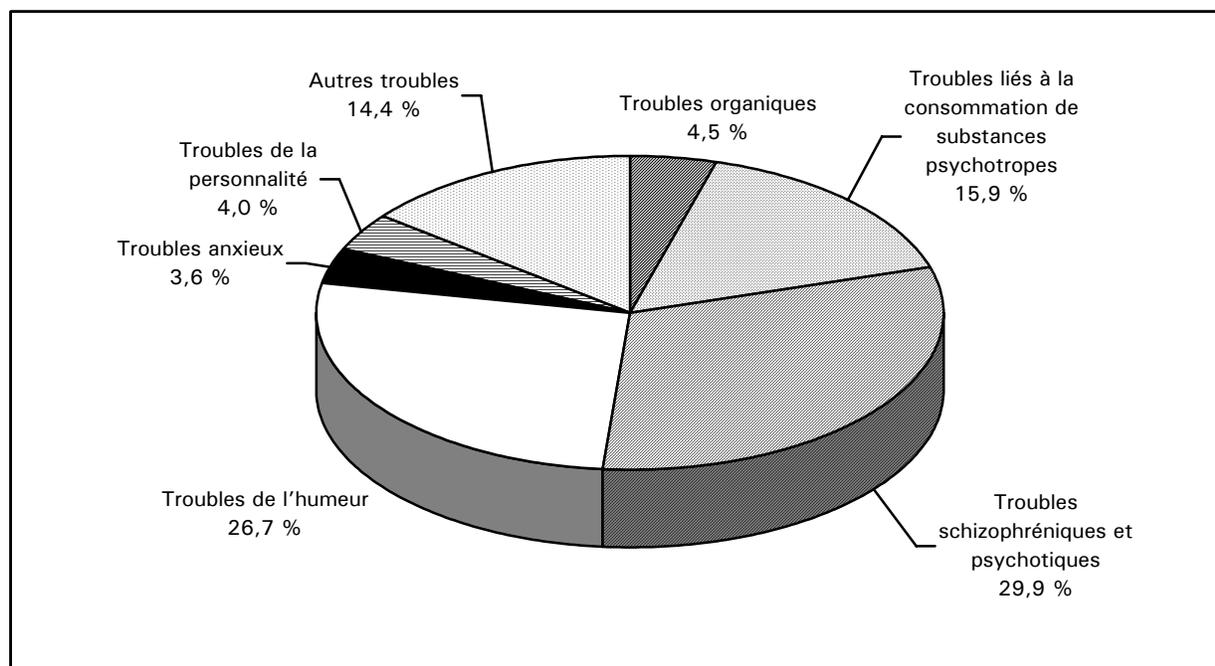


Figure 1.2 Pourcentage de sorties des hôpitaux psychiatriques, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les différences entre les hôpitaux généraux et psychiatriques étaient également évidentes entre les catégories de diagnostic responsables de la durée du séjour. Les figures 1.3 et 1.4 montrent que les proportions les plus élevées des jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux étaient associées aux sorties dont le diagnostic était autres troubles (38,5 %), troubles de l'humeur (28,7 %) et troubles schizophréniques et psychotiques (19,3 %) respectivement. Dans le cas des hôpitaux psychiatriques, les troubles schizophréniques et psychotiques représentaient la proportion la plus grande des jours d'hospitalisation (49,5 %), suivis des autres troubles (23,9 %) et des troubles de l'humeur (12,0 %).

La grande proportion de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux dont le diagnostic était « autres troubles » exigeait qu'on se penche sur la question. Elle a fourni un exemple des répercussions des changements systémiques sur les indicateurs de l'utilisation des services. L'examen de la proportion du nombre total de jours d'hospitalisation des femmes a révélé qu'une proportion exceptionnellement élevée de diagnostics « autres troubles » était largement attribuable à la fermeture d'un établissement où se trouvaient des femmes atteintes de déficience intellectuelle grave ainsi qu'à leur intégration dans la collectivité et dans d'autres établissements.

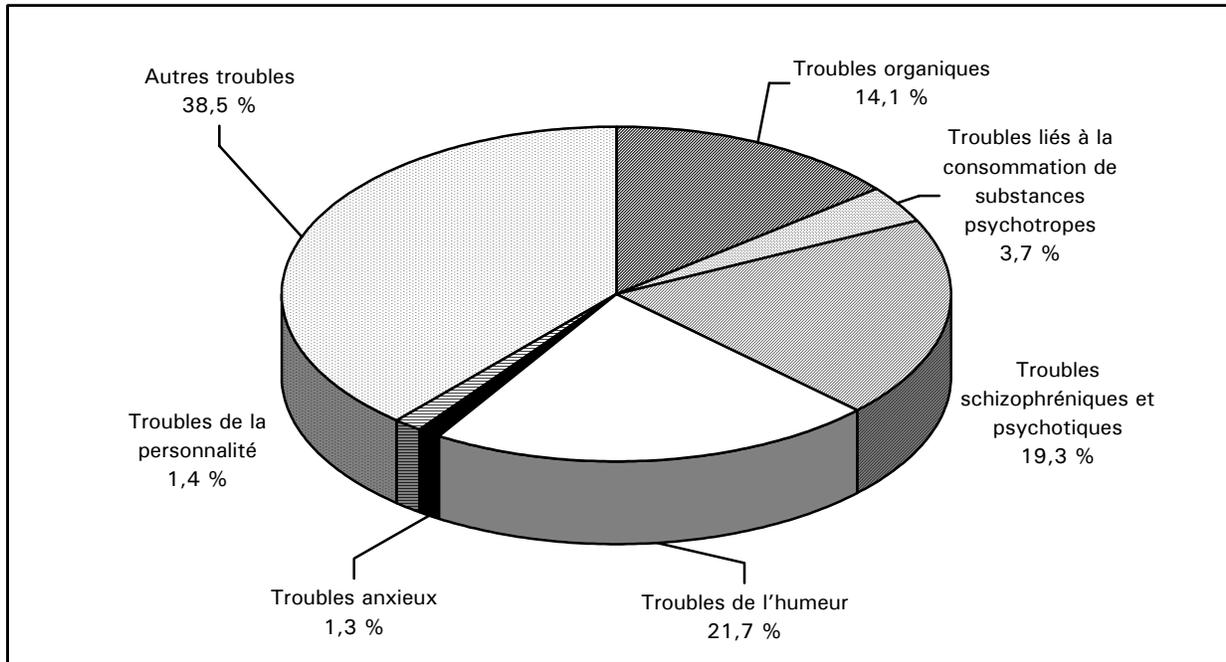


Figure 1.3 Pourcentage de la durée du séjour dans les hôpitaux généraux, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

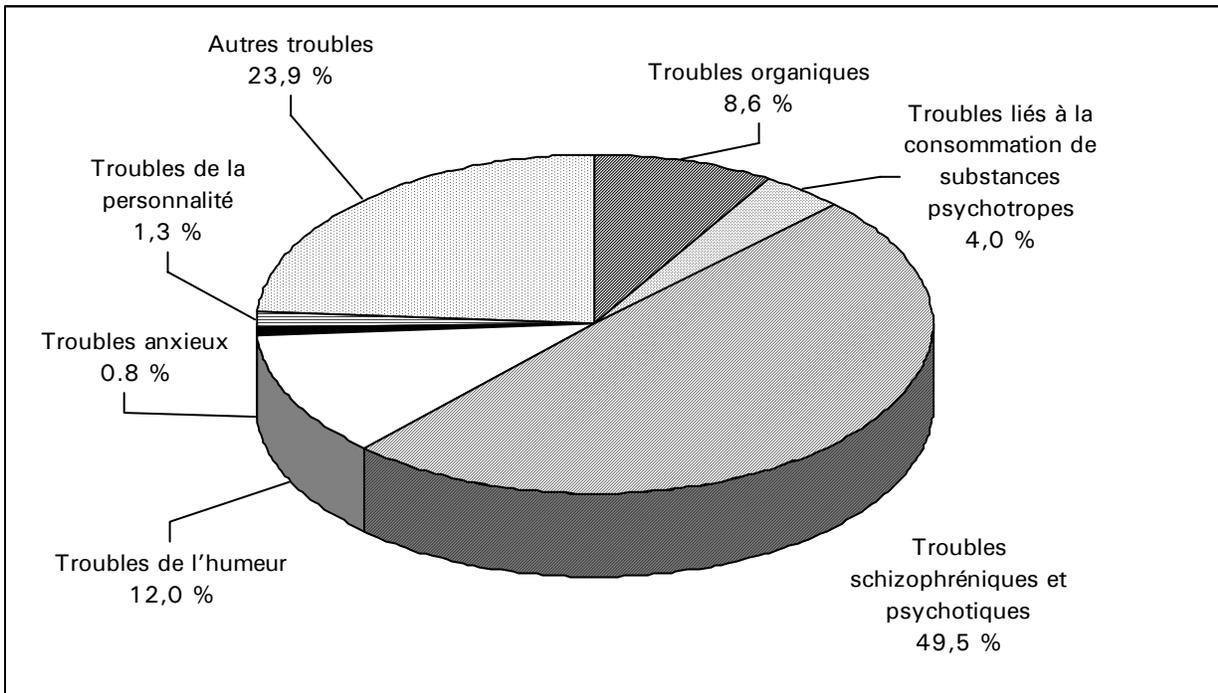


Figure 1.4 Pourcentage de la durée du séjour dans les hôpitaux psychiatriques, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Âge

Le tableau 1.4 présente une répartition des catégories principales de diagnostic réparties par groupe d'âge et permet ainsi d'évaluer les sorties en fonction des diagnostics les plus fréquents. Chez les 0 à 14 ans, la catégorie de diagnostic la plus fréquente était « autres troubles ». Cette catégorie comprend, parmi d'autres troubles plus fréquents au cours de l'enfance, les troubles de conduite, de déficit de l'attention et d'anorexie. Dans les groupes d'âge de 15 à 24 ans, de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, les troubles de l'humeur étaient le diagnostic le plus fréquent. Dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, les troubles organiques (dont l'Alzheimer) étaient la catégorie de diagnostic la plus fréquente.

Tableau 1.4 Pourcentage des sorties pour chaque catégorie de diagnostic, par groupe d'âge, 2002-2003

Âge	De 0 à 14 ans	De 15 à 24 ans	De 25 à 44 ans	De 45 à 64 ans	65 ans et plus
	% N = 6 117	% N = 29 206	% N = 72 431	% N = 48 803	% N = 34 006
Troubles organiques	0,4	0,4	0,7	2,4	44,8
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	4,8	12,6	16,2	16,5	8,0
Troubles schizophréniques et psychotiques	2,9	22,9	26,5	22,9	10,3
Troubles de l'humeur	21,0	31,8	34,5	40,7	25,7
Troubles anxieux	6,6	4,6	3,8	3,5	3,7
Troubles de la personnalité	1,3	6,1	5,8	3,5	0,8
Autres troubles	63,0	21,7	12,6	10,6	6,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Le tableau 1.5 présente la proportion du nombre total de jours d'hospitalisation pour chacun des cinq groupes d'âge répartis selon les sept catégories de diagnostic et la durée médiane du séjour. À l'exception des 0 à 14 ans et des 65 ans et plus, la tendance des durées du séjour était quelque peu différente de celle des sorties. En effet, la catégorie de diagnostic qui représentait la plus grande proportion de sorties n'était pas celle qui était responsable de la plus grande proportion de jours d'hospitalisation. Pour les 15 à 24 ans, les 25 à 44 ans et les 45 à 64 ans, bien que la plus grande proportion de sorties était associée aux troubles de l'humeur, les troubles schizophréniques et psychotiques représentaient la plus grande proportion de jours d'hospitalisation. Dans tous les groupes d'âge, les sorties liées aux troubles schizophréniques et psychotiques affichaient la durée médiane la plus longue.

Tableau 1.5 Pourcentage des durées totales et médianes du séjour, par catégorie de diagnostic et groupe d'âge, 2002-2003

Âge	De 0 à 14 ans		De 15 à 24 ans		De 25 à 44 ans		De 45 à 64 ans		65 ans et plus	
	% N = 1 409 214	Médiane	% N = 966 005	Médiane	% N = 2 314 987	Médiane	% N = 1 607 037	Médiane	% N = 1 473 687	Médiane
Troubles organiques	0,0	3,5	0,7	9,0	1,6	9,0	7,5	14,0	50,0	21,0
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	0,1	1,0	3,2	3,0	4,3	4,0	7,0	4,0	3,6	7,0
Troubles schizophréniques et psychotiques	5,0	11,5	45,4	15,0	50,7	14,0	40,8	16,0	15,5	21,0
Troubles de l'humeur	1,2	7,0	13,4	7,0	18,7	9,0	28,3	12,0	20,8	19,0
Troubles anxieux	0,4	6,0	1,4	4,0	1,4	4,0	1,2	5,0	0,9	4,0
Troubles de la personnalité	0,1	3,0	1,8	4,0	2,0	4,0	2,1	5,0	0,5	10,0
Autres troubles	93,2	7,0	34,2	4,0	21,5	4,0	13,0	6,0	8,7	13,0
Total	100,0	7,0	100,0	6,0	100,0	7,0	100,0	9,0	100,0	18,0

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Sexe

Les figures 1.5 et 1.6 présentent les proportions des sorties en fonction des diagnostics pour les hommes et les femmes respectivement. Elles indiquent que les sorties associées aux troubles de l'humeur étaient les plus fréquentes tant chez les hommes que chez les femmes. Cependant, une proportion plus importante de femmes était atteinte de troubles de l'humeur par comparaison avec les hommes. Par opposition, les sorties associées aux troubles schizophréniques et psychotiques et aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

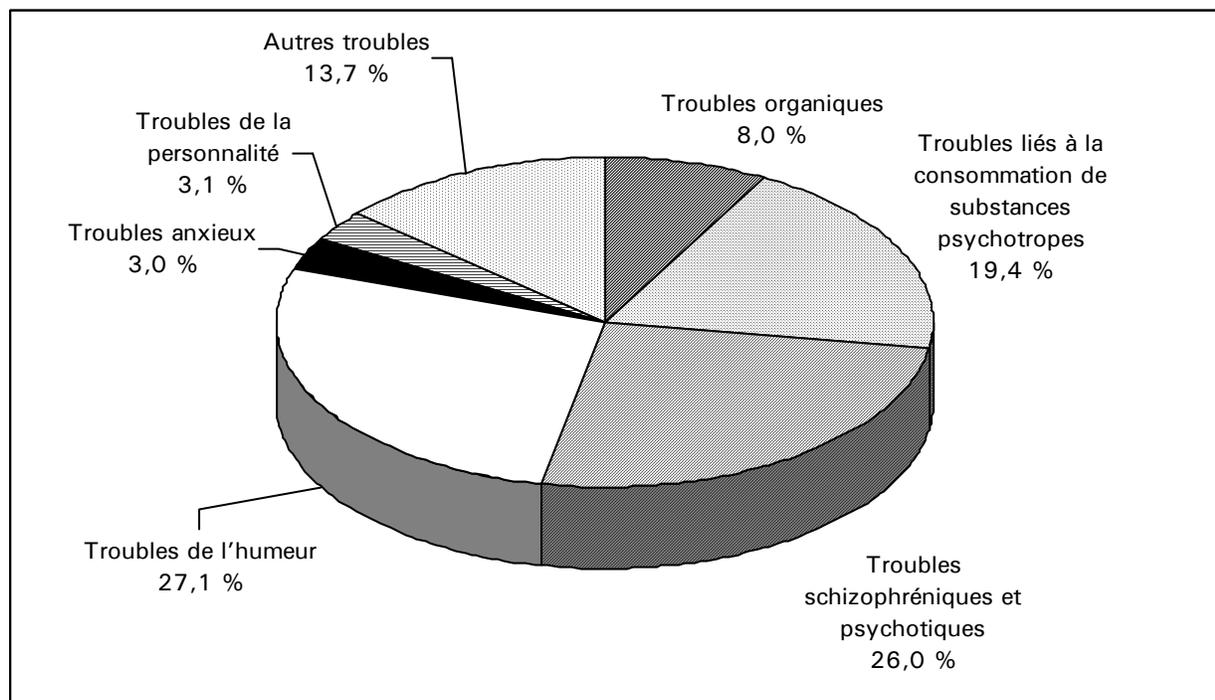


Figure 1.5 Pourcentage de sorties des patients de sexe masculin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS 2002-2003.

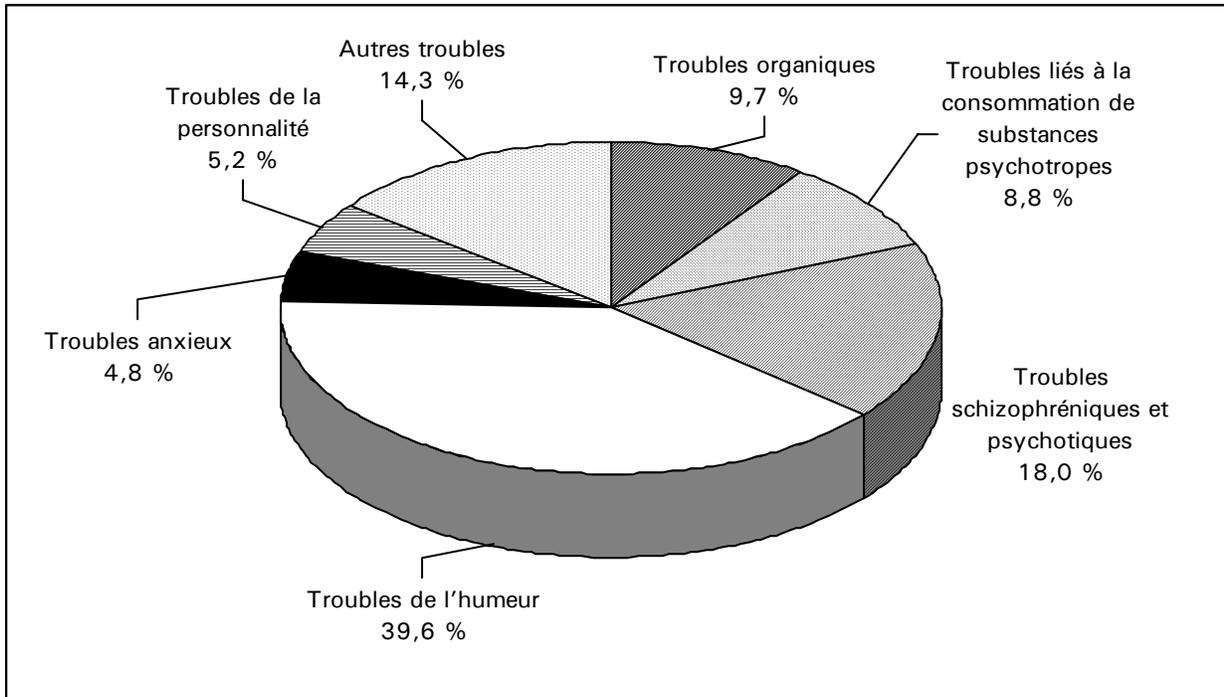


Figure 1.6 Pourcentage de sorties des patients de sexe féminin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les figures 1.7 et 1.8 présentent des comparaisons semblables sur la durée du séjour. La plus grande proportion des jours d'hospitalisation chez les hommes a été enregistrée dans les sorties associées aux troubles schizophréniques et psychotiques (44,8 %), puis aux autres troubles (19,3 %) et aux troubles de l'humeur (14,9 %). Chez les femmes, la proportion la plus grande de jours d'hospitalisation était attribuable aux autres troubles (41,6 %), puis aux troubles schizophréniques et psychotiques (23,8 %) et aux troubles de l'humeur (19,1 %).

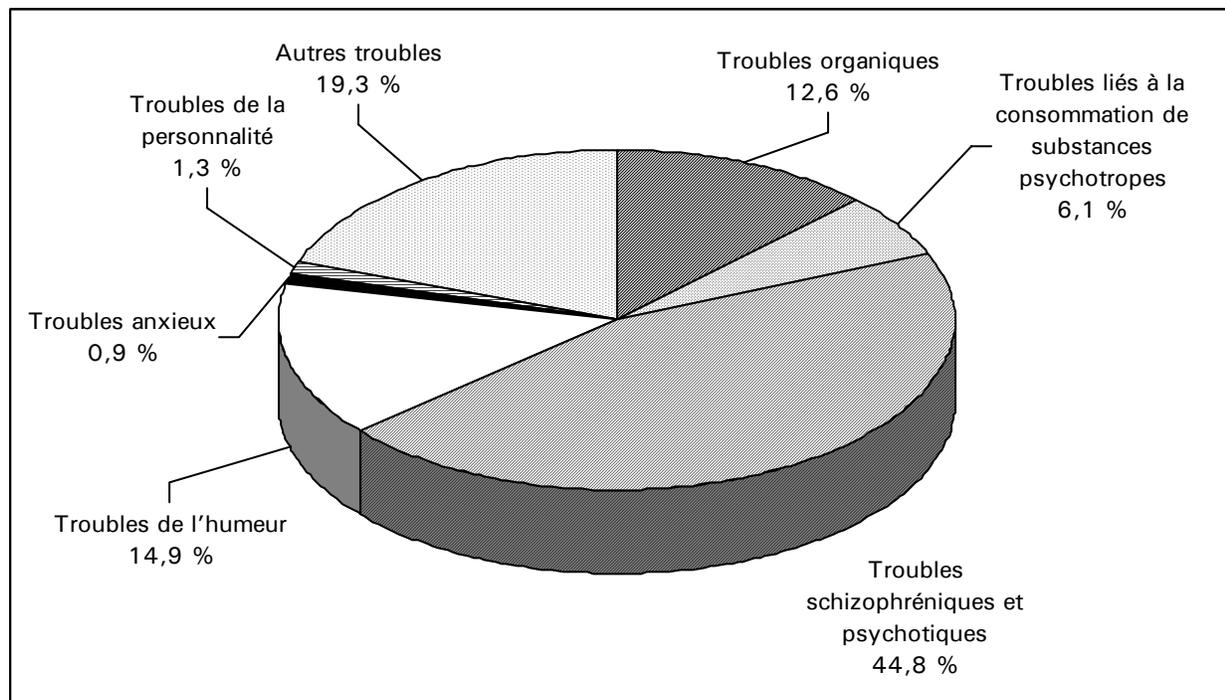


Figure 1.7 Pourcentage de la durée du séjour des patients de sexe masculin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

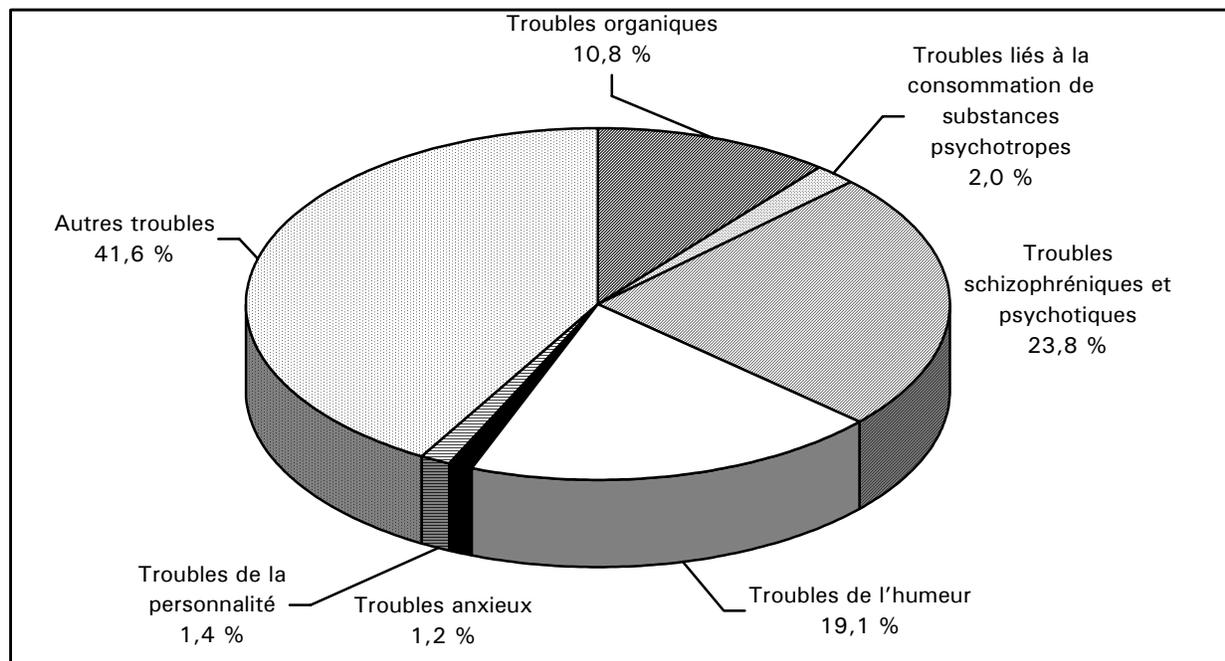


Figure 1.8 Pourcentage de la durée du séjour des patients de sexe féminin, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Troubles coexistants

La discussion sur les services hospitaliers axés sur les états psychiatriques ne saurait être complète si elle ne traitait aussi des sorties associées à un diagnostic de psychiatrie sans qu'il ne soit un diagnostic primaire. Des 2,8 millions de sorties des hôpitaux généraux, 5,9 % d'entre elles affichaient un diagnostic primaire de psychiatrie et 10,5 % présentaient un diagnostic primaire autre que de psychiatrie, mais un diagnostic secondaire de psychiatrie⁴. La figure 1.9 montre la répartition par catégorie de diagnostic des proportions de toutes les sorties des hôpitaux généraux qui présentaient un diagnostic primaire de maladie psychiatrique, un diagnostic primaire autre que la psychiatrie et un diagnostic secondaire de psychiatrie ainsi que les proportions totales des sorties associées à un diagnostic de psychiatrie. Toutes les catégories de diagnostic, sauf deux, présentaient des proportions supérieures des sorties qui affichaient un diagnostic secondaire de psychiatrie à celles dont le diagnostic primaire relevait de la psychiatrie. La tendance met en évidence la présence d'états psychiatriques chez les patients hospitalisés pour des maladies qui ne sont principalement pas du domaine psychiatrique. Par exemple, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient présents chez un certain nombre de patients atteints d'une maladie non psychiatrique nécessitant des services hospitaliers.

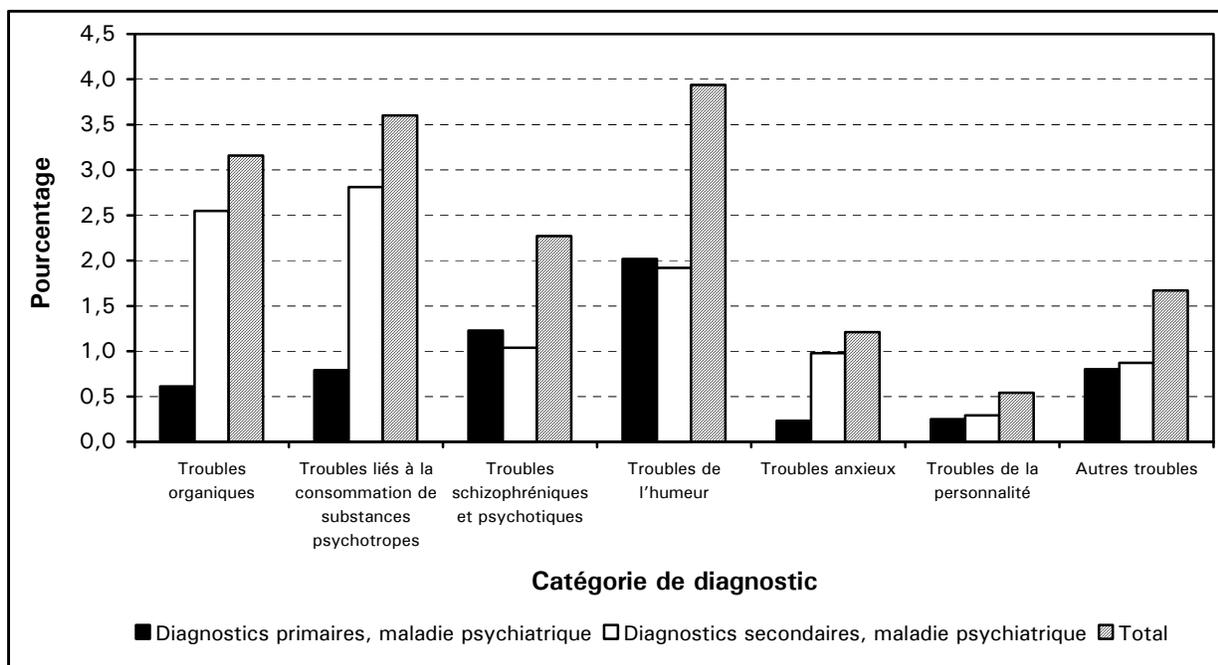


Figure 1.9 Pourcentage de troubles psychiatriques coexistants dans les hôpitaux généraux, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

4. Par diagnostic secondaire de psychiatrie, nous entendons tous les diagnostics de psychiatrie, qu'il s'agisse du deuxième ou du vingt-cinquième.

Résumé

Les analyses du présent chapitre donnent une idée de l'ampleur générale des services hospitaliers pour les sept catégories de diagnostic ainsi que des variations observées lors de la catégorisation des données par type d'hôpital, âge et sexe. Dans l'ensemble, la grande majorité des sorties provenaient des hôpitaux généraux. Toutefois, bien que les sorties des hôpitaux psychiatriques ne constituaient que 13,3 % du total, elles représentaient 45,6 % des jours d'hospitalisation. De plus, les hôpitaux généraux et psychiatriques n'affichaient pas les mêmes catégories de diagnostic pour ce qui est des proportions de sorties les plus importantes. Les proportions les plus élevées de sorties dont le diagnostic primaire était un trouble de l'humeur appartenaient aux hôpitaux généraux, tandis que pour les hôpitaux psychiatriques, il s'agissait des troubles schizophréniques et psychotiques. Pour terminer, les sorties qui présentaient un diagnostic primaire ou secondaire de psychiatrie constituaient 16,4 % de toutes les sorties des hôpitaux généraux. Le premier chapitre constitue une analyse générale des données sur les sorties des hôpitaux et des durées du séjour. Les prochains chapitres présenteront des analyses détaillées et examineront la nature de certaines différences présentées ici. Par exemple, non seulement les différences entre les sexes dans le nombre de sorties et la durée du séjour sont évidentes pour les troubles schizophréniques et de l'humeur, comme les prochaines analyses en feront foi, mais elles le sont également dans la manifestation des troubles.

Chapitre deux — Perspectives provinciales et territoriales

Les analyses des données provinciales et territoriales dans le présent chapitre exposent les différences dans la prévalence et la durée des hospitalisations entre les secteurs de compétence. Dans la plupart des cas, les taux bruts et les taux normalisés selon l'âge sont fournis. Il faut se souvenir que les variations d'un secteur de compétence à l'autre peuvent relever des différences structurelles, comme la disponibilité de certains services, et de raisons purement épidémiologiques. Par exemple, les nombres provinciaux et territoriaux de sorties peuvent dépendre de la disponibilité des services psychiatriques. Dans les territoires, où il n'y a aucun hôpital psychiatrique, les patients qui ont besoin de se faire soigner en raison de maladies mentales graves ou chroniques doivent obtenir les soins dans les hôpitaux généraux, aller dans les provinces ou s'en passer. On doit faire preuve de discernement en comparant les données des provinces à celles des territoires et interpréter les résultats en tenant compte de ces différences.

Les taux et les fréquences des sorties des provinces et des territoires sont présentés dans le tableau 2.1. Le nombre total de sorties des hôpitaux associées à une maladie mentale variait entre près de 70 000 sorties en Ontario et moins de 200 au Yukon. Plus de la moitié du nombre total de sorties des hôpitaux psychiatriques et plus du tiers des sorties des hôpitaux généraux ont été enregistrées en Ontario.

Les taux de sorties normalisés selon l'âge dans les secteurs de compétence reflètent le degré de variation entre le nombre de sorties par 100 000 habitants. Le taux de sorties normalisé selon l'âge de l'Île-du-Prince-Édouard était le plus élevé parmi les 12 secteurs de compétence; celui de la Nouvelle-Écosse était le plus faible. En ce qui a trait aux sorties des hôpitaux psychiatriques parmi les secteurs de compétence qui comptaient au moins un de ces établissements, les taux de sorties normalisés selon l'âge allaient de 246 sorties par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador à 17 sorties par 100 000 habitants en Colombie-Britannique. Et pour terminer, dans le cas des sorties des hôpitaux généraux, les taux normalisés selon l'âge variaient de 1 384 sorties par 100 000 habitants dans les Territoires du Nord-Ouest à 397 sorties par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador. Parmi les secteurs de compétence qui possèdent au moins un hôpital psychiatrique, Terre-Neuve-et-Labrador affichait la proportion la plus élevée de toutes ses sorties qui provenaient d'hôpitaux psychiatriques (38 %) et la Colombie-Britannique, la plus faible (3 %)

Tableau 2.1 Taux et fréquence des sorties, par type d'hôpital, province et territoire, 2002-2003

	Hôpitaux psychiatriques		Hôpitaux généraux		Total des hôpitaux	
	Nombre de sorties	Taux normalisés selon l'âge* par 100 000 habitants	Nombre de sorties	Taux normalisés selon l'âge* par 100 000 habitants	Nombre de sorties	Taux normalisés selon l'âge* par 100 000 habitants
T.-N.-L.	1 296	246	2 090	397	3 386	643
Î.-P.-É.	258	195	1 491	1 085	1 749	1 276
N.-É.	565	60	3 990	419	4 555	479
N.-B.	197	26	5 489	715	5 686	742
Qc	5 241	69	39 958	531	45 199	600
Ont.	13 558	112	55 859	463	69 417	575
Man.	496	44	7 362	637	7 858	681
Sask.	204	22	6 002	609	6 206	631
Alb.	2 861	93	17 277	567	20 138	660
C.-B.	696	17	24 975	598	25 671	615
Yn	-	-	188	607	188	607
T.N.-O.	-	-	510	1 384	510	1 384
Nun. ¹	-	-	-	-	-	-
Canada	25 372		165 191		190 563	

* Fondés sur les estimations démographiques de 2002-2003 de Statistique Canada.

¹ Le Nunavut n'a pas soumis de données à la DAD ni à la BDMH en 2002-2003.

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

La prévalence relative des diagnostics d'un secteur de compétence à l'autre affichait une tendance compatible avec les chiffres pancanadiens du premier chapitre. Dans 11 des 12 secteurs de compétence qui ont déclaré des données, les sorties des hôpitaux associées aux troubles de l'humeur étaient les plus fréquentes (figure 2.1). Seule exception à la règle, les Territoires du Nord-Ouest, où les sorties associées aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient les plus nombreuses. La proportion des sorties associées aux troubles de l'humeur allait de 43,6 % au Yukon à 24,9 % dans les Territoires du Nord-Ouest.

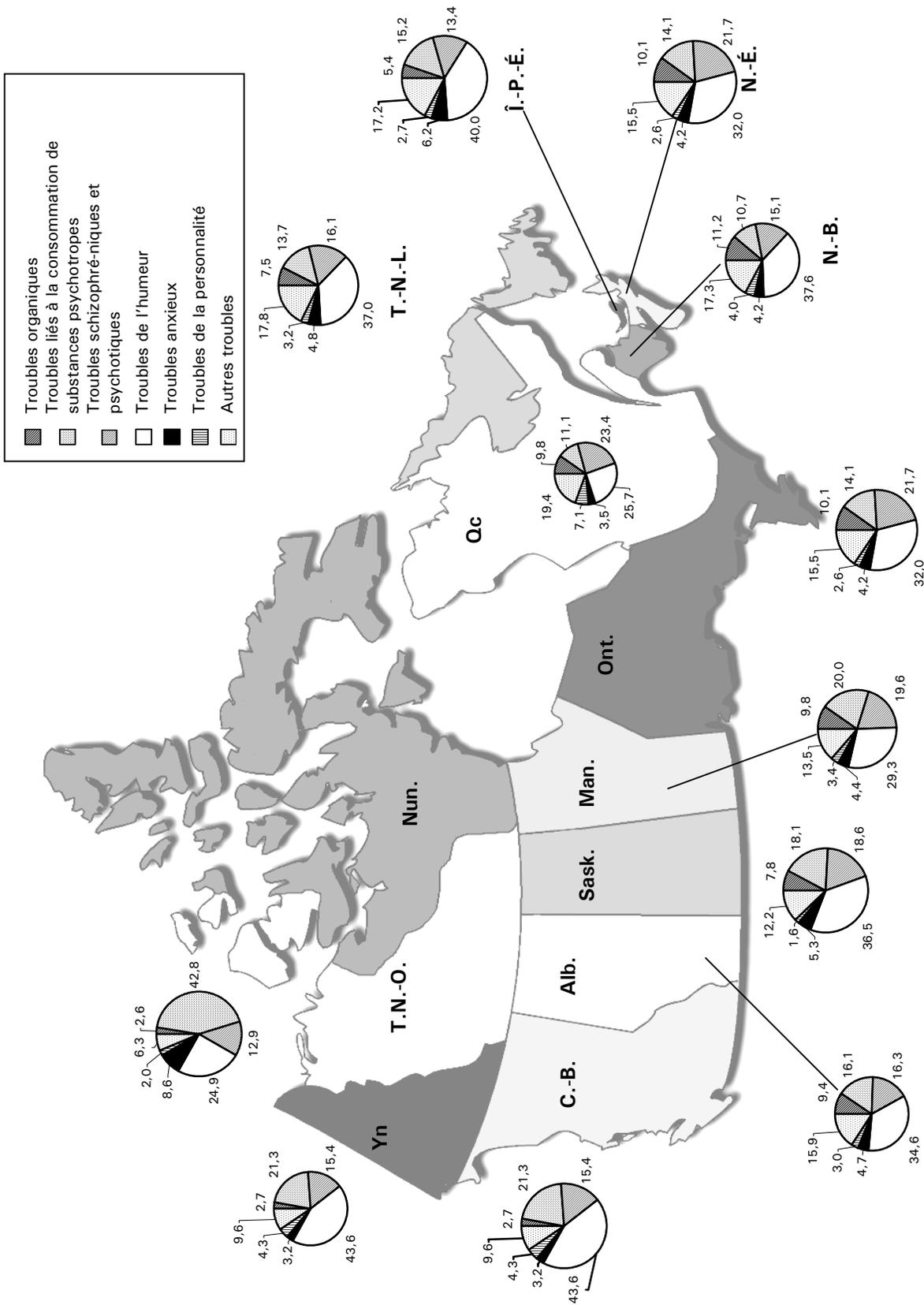


Figure 2.1 Pourcentage de sorties par type de diagnostic et par secteur de compétence, 2002-2003

Lorsqu'on fait abstraction des troubles de l'humeur, on remarque certaines différences dans les secteurs de compétence entre les taux de sorties pour les autres catégories de diagnostic. Dans l'ensemble, les troubles schizophréniques et psychotiques constituaient la deuxième catégorie en importance et, outre les troubles de l'humeur, représentaient la proportion la plus élevée de sorties dans 6 des 12 provinces et territoires. Les proportions des sorties associées aux troubles schizophréniques et psychotiques allaient de 23,4 % au Québec à 12,9 % dans les Territoires du Nord-Ouest.

Ces proportions correspondent aux taux de sorties normalisés selon l'âge présentés dans la figure 2.2. pour les trois catégories de diagnostic les plus fréquentes. Les taux normalisés selon l'âge relatifs aux troubles de l'humeur étaient les plus élevés; venaient ensuite les taux liés aux troubles schizophréniques et psychotiques. Néanmoins, dans certains secteurs de compétence, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient également importants.

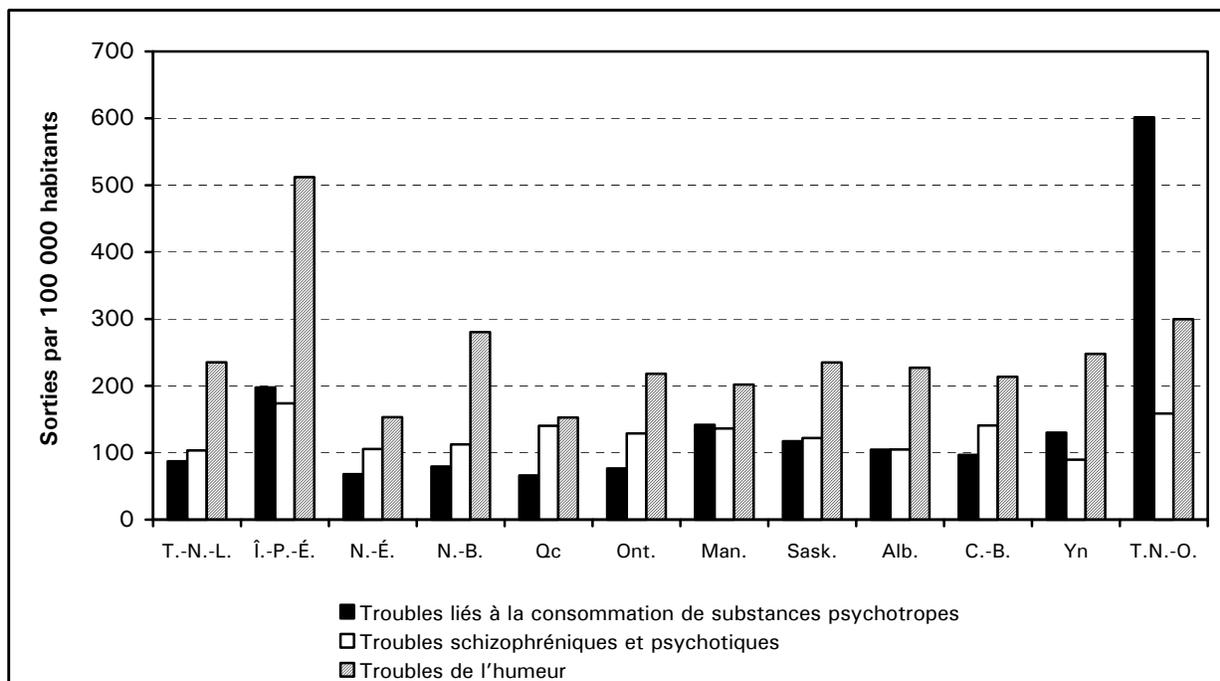


Figure 2.2 Taux de sorties normalisés selon l'âge par 100 000 habitants pour les provinces et les territoires, par catégorie de diagnostic, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Certaines variations fondées sur les établissements dans lesquels des services de santé mentale étaient dispensés étaient également évidentes entre les secteurs de compétence. Par exemple, 36,8 % des sorties associées aux troubles schizophréniques et psychotiques à Terre-Neuve-et-Labrador provenaient des hôpitaux généraux, tandis qu'en Colombie-Britannique, cette proportion était de 93,7 %. Au sein des secteurs de compétence, on remarque également des différences régionales entre la façon de soigner les maladies psychiatriques et le lieu où les soins sont dispensés. Ces différences peuvent être particulièrement marquées lorsqu'on compare les régions urbaines aux régions rurales. Toutefois, de telles comparaisons ne seront pas effectuées ici, car elles dépassent le cadre du présent rapport.

Tableau 2.2 Total des jours-patients et durée moyenne du séjour pour la maladie mentale, 2002-2003

	Hôpitaux psychiatriques			Hôpitaux généraux			Total des hôpitaux		
	Total de jours	DMDS*	DDS médiane	Total de jours	DMDS	DDS médiane	Total de jours	DMDS	DDS médiane
T.-N.-L.	98 236	76	18	44 207	21	9	142 443	42	12
Î.-P.-É.	4 841	19	11	17 436	12	6	22 277	13	6
N.-É.	35 157	62	17	65 847	17	7	101 004	22	7
N.-B.	62 400	317	28	91 744	17	8	154 144	27	8
Qc	1 281 245	244	25	2 374 324	59	11	3 655 569	81	12
Ont.	1 138 652	84	26	717 431	13	7	1 856 083	27	8
Man.	149 452	301	22	164 652	22	9	314 104	40	9
Sask.	45 844	225	23	78 848	13	7	124 692	20	7
Alb.	363 942	127	28	282 033	16	7	645 975	32	9
C.-B.	362 880	521	82	378 954	15	6	741 834	29	7
Yn	-	-	-	909	5	3	909	5	3
T.N.-O.	-	-	-	11 896	23	3	11 896	23	3
Nun. ¹	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canada	3 542 649	140	26	4 228 281	26	8	7 770 930	41	9

¹ Le Nunavut n'a pas soumis de données à la DAD ni à la BDMH en 2002-2003.

* Durée moyenne du séjour.

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les données provinciales et territoriales sur les durées du séjour sont présentées dans le tableau 2.2. Les durées moyennes du séjour et le nombre total de jours d'hospitalisation donnent quelques indices de l'utilisation des services dans les secteurs de compétence. Les variations entre les secteurs de compétence peuvent refléter les différences entre les types et la gravité des maladies soignées ainsi que certains changements structurels, comme les fermetures d'hôpitaux ou les fusions, dans les systèmes provinciaux et territoriaux de santé. Dans l'ensemble, le plus grand nombre de jours d'hospitalisation en raison d'une maladie mentale a été enregistré au Québec (plus de 3,6 millions de jours) et en Ontario (plus de 1,8 millions de jours). Les jours d'hospitalisation au Québec et en Ontario représentaient environ 71 % du nombre total des jours d'hospitalisation pour une maladie mentale ainsi que le nombre le plus élevé de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et généraux.

Les durées moyennes du séjour d'une province et d'un territoire à l'autre variaient beaucoup et étaient généralement gonflées par des valeurs extrêmement élevées. Les durées moyennes du séjour les plus longues et les plus courtes pour l'ensemble des hôpitaux ont été enregistrées respectivement au Québec (81 jours) et à l'Île-du-Prince-Édouard (13 jours). La durée moyenne du séjour présentait des résultats particulièrement variés pour les sorties des hôpitaux psychiatriques. La durée moyenne du séjour la plus longue pour les hôpitaux psychiatriques revenait à la Colombie-Britannique (521 jours) et la plus courte, à l'Île-du-Prince-Édouard (19 jours). En raison des répercussions des valeurs relativement élevées sur les durées moyennes du séjour fondées sur la moyenne (plus particulièrement pour les catégories qui comptaient un nombre de sorties relativement faible, comme c'est le cas pour les hôpitaux psychiatriques en Colombie-Britannique), on a calculé les durées médianes du séjour afin de fournir un indice de la tendance principale sans l'asymétrie de la répartition. Après les calculs relatifs à la durée médiane du séjour, il est toujours évident que les durées du séjour les plus longues se retrouvaient en Colombie-Britannique (82 jours) et les plus courtes, à l'Île-du-Prince-Édouard (11 jours). Toutefois, l'ampleur de l'écart entre les deux est considérablement inférieur à celui de la moyenne. Dans le cas des autres provinces, la durée médiane du séjour allait de 17 à 28 jours.

Pour les durées du séjour dans les hôpitaux généraux, les résultats des durées moyennes et médianes indiquent que les séjours les plus longs ont été relevés au Québec et les plus courts, au Yukon. Toutefois, si on ne tient compte que de la médiane, Terre-Neuve-et-Labrador a affiché les durées du séjour les plus longues et les Territoires du Nord-Ouest, les plus courtes. En ce qui a trait aux autres secteurs de compétence, la durée médiane du séjour allait de 6 à 9 jours.

La figure 2.3 présente, pour les secteurs de compétence, les proportions des sorties des hôpitaux généraux associées à une maladie mentale. Ainsi, ces données donnent un aperçu général de la prévalence des maladies psychiatriques dans le cadre des services hospitaliers. Les proportions déclarées sont fondées sur plus de 2,8 millions de sorties des hôpitaux généraux au Canada et les données sont tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS. Les catégories du graphique représentent la proportion de sorties dont le diagnostic primaire est une maladie psychiatrique, ceux dont le diagnostic primaire est autre que psychiatrique et dont le diagnostic secondaire⁵ relève de la psychiatrie et, finalement, le total des deux premières catégories.

5. Par diagnostic secondaire de psychiatrie, nous entendons tous les diagnostics, qu'il s'agisse du deuxième ou du vingt-cinquième, qui sont classés comme étant psychiatriques conformément aux critères précisés dans les notes méthodologiques (annexe C).

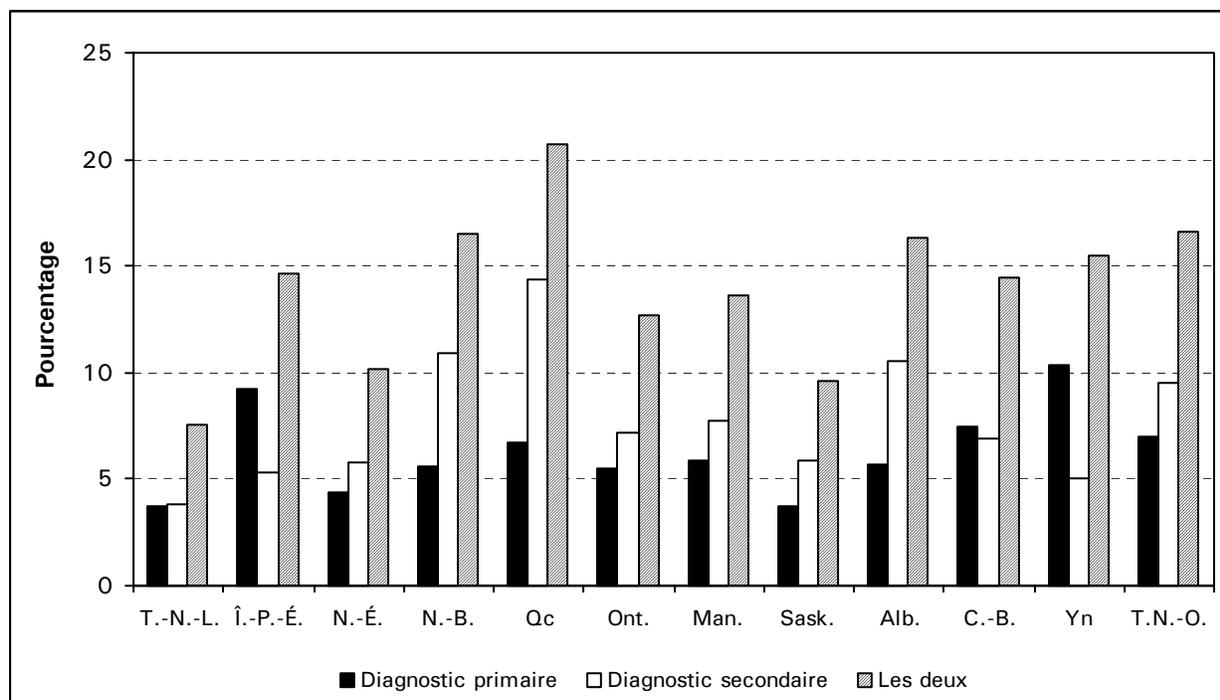


Figure 2.3 Proportion de sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic de psychiatrie, par province, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les proportions de sorties qui présentaient soit un diagnostic primaire, soit un diagnostic secondaire de maladie mentale allaient de 7,6 % à Terre-Neuve-et-Labrador à 21,1 % au Québec. Dans la plupart des secteurs de compétence, la majorité des sorties liées aux maladies mentales faisaient partie de la catégorie des diagnostics primaires autres que de psychiatrie, mais avec un état comorbide de psychiatrie.

Résumé

Les différences entre les secteurs de compétence en ce qui a trait aux sorties et aux durées du séjour ont été mises en évidence dans le présent chapitre. Toutefois, sans les variables qui serviraient à tracer le profil détaillé de la structure et des caractéristiques démographiques des services de santé mentale des provinces et des territoires, il est difficile de faire des énoncés qualitatifs significatifs sur la nature de ces différences. Certaines sont évidentes et peuvent influencer les types de sorties et la durée des séjours à l'hôpital. Par exemple, dans les territoires, les patients qui ont obtenu leur congé ont en moyenne 37 ans, ils sont soignés dans les hôpitaux généraux, ils habitent probablement dans un milieu rural et leur diagnostic primaire est vraisemblablement associé à un trouble lié à la consommation de substances psychotropes. Par comparaison, les personnes qui obtiennent leur congé dans les provinces ont en moyenne 43 ans, ont plus de 10 % de chances de provenir d'un établissement psychiatrique que général, elles vivent probablement dans un milieu urbain et leur diagnostic primaire est vraisemblablement lié aux troubles de l'humeur. Il est difficile de faire le suivi ou d'évaluer d'autres différences, qu'elles soient systématiques ou non, aux fins de normalisation des comparaisons entre les provinces et les territoires.

Chapitre trois — Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur constituent la plus grande proportion du nombre de sorties associées aux troubles psychiatriques au Canada (plus d'un tiers de toutes les sorties) et du nombre de personnes de 15 à 64 ans. Cette tendance est uniforme dans presque toutes les provinces et les territoires et pour chacun des sexes.

Dans la catégorie des troubles de l'humeur, la dépression majeure et le trouble bipolaire sont les diagnostics les plus fréquents. Ces deux diagnostics présentent une prévalence relativement élevée parmi les troubles psychiatriques et une série distincte de caractéristiques. Ainsi, chacun d'entre eux sera étudié séparément dans le présent chapitre. Au Canada, l'incidence du trouble bipolaire au cours d'une vie est évaluée à environ 1 % et celle de la dépression majeure, à environ 8 % (Santé Canada, 2002; Bland, 1997). Malgré l'incidence supérieure de la dépression par comparaison avec celle des troubles bipolaires, les taux de sorties indiquent que les sorties associées à un trouble bipolaire étaient plus fréquentes que celles associées à la dépression (128 sorties par 100 000 habitants par comparaison avec 87 sorties par 100 000 habitants, respectivement). Compte tenu que ce sont les épisodes les plus graves des maladies qui se terminent par une hospitalisation (Kiesler & Sibulkin, 1987; Santé Canada, 2002), les patients atteints du trouble bipolaire courent probablement davantage de risques d'éprouver des symptômes plus graves et plus nuisibles que ceux des patients atteints de dépression et sont donc les plus susceptibles d'être hospitalisés.

Dépression

Les sentiments de dépression sont souvent ressentis à la suite d'un événement malencontreux et d'une adversité de la vie quotidienne. La plupart du temps, ces sentiments finissent par s'estomper et les personnes reprennent leurs activités sans être perturbées. Toutefois, pour ceux qui souffrent de dépression clinique, les symptômes de la dépression perdurent (pour plus de deux semaines) et pourraient être accompagnés d'une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, d'un sentiment de fatigue, d'une perte de l'appétit et, dans les cas les plus graves, de tendances et d'idées suicidaires (American Psychiatric Association, 2000).

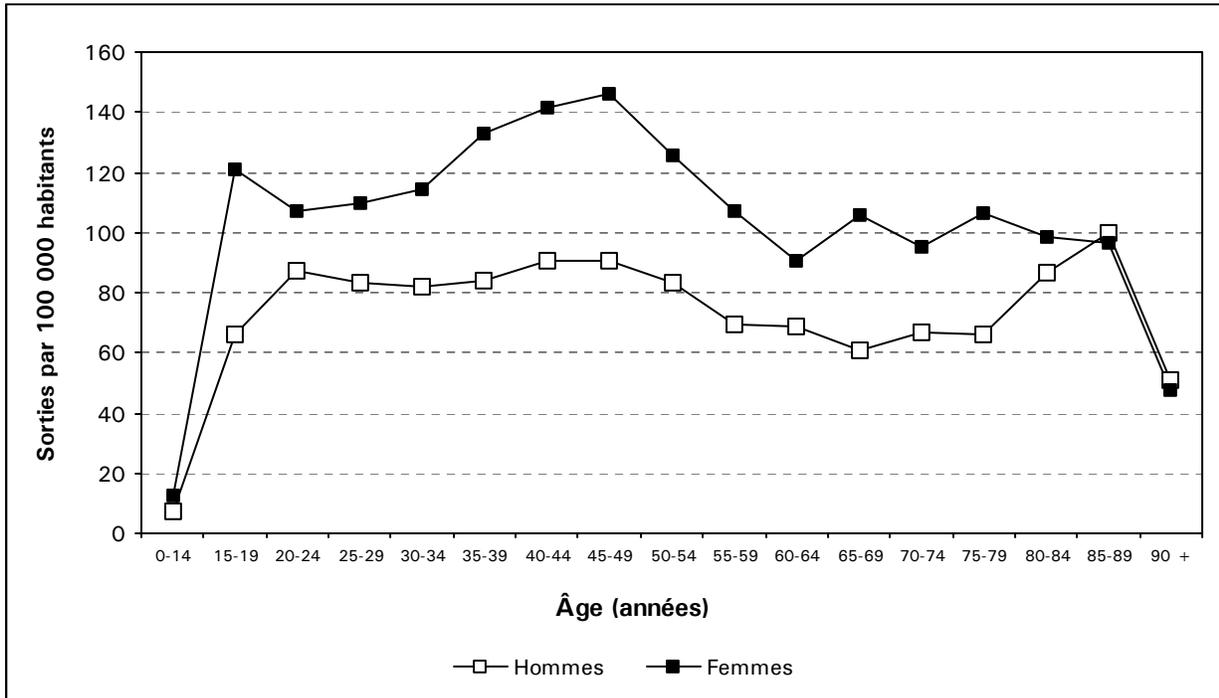
Les répercussions générales de la dépression sont énormes. Chez les personnes de 15 à 44 ans, il s'agit de la cause principale des années vécues avec une incapacité et la deuxième cause en importance des années de vie corrigées pour l'incapacité (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2001). Au Canada, le taux de prévalence de 12 mois pour la dépression était évalué à 4,3 % en 1998 (Statistique Canada, 1999). Les différences entre les âges et le sexe indiquent que les femmes sont environ deux fois plus à risque que les hommes de souffrir de dépression. De plus, la dépression touchera vraisemblablement des personnes de 12 à 24 ans (Statistique Canada, 1999; Patten, 2000).

Toute une gamme de traitements médicaux et psychothérapeutiques sont offerts aux personnes atteintes de dépression et, dans la plupart des cas, ils peuvent être dispensés sans que le patient ne soit hospitalisé. Cependant, pour les cas les plus graves, plus particulièrement les patients qui ont des idées suicidaires, l'hospitalisation peut s'avérer nécessaire pour stabiliser l'état des patients et atténuer les risques qu'ils ne deviennent une menace pour eux-mêmes et les autres.

Le commencement de la dépression peut varier, mais il se produit le plus fréquemment à l'adolescence et au début de l'âge adulte. La dépression majeure est parfois précédée d'un trouble dysthymique, une forme moins grave de la dépression, et il peut demeurer non diagnostiqué pendant des mois avant que les symptômes ne s'aggravent et que la poursuite du traitement ne devienne inévitable. Parmi les sorties dont le diagnostic primaire était une dépression, 60,6 % d'entre eux étaient des femmes et l'âge moyen était de 42,8 ans. L'âge des femmes (43,3 ans) atteintes de dépression était légèrement plus élevé que celui des hommes (41,9 ans). La figure 3.1 indique que, mis à part les groupes d'âge des plus jeunes et des plus âgés, les taux de sorties associées à la dépression sont demeurés constamment au-dessus de 80 par 100 000 habitants chez les femmes et de 60 par 100 000 habitants chez les hommes. La régularité de ce taux correspond à la nature chronique de la dépression.

Les taux de sorties des femmes étaient constamment supérieurs à ceux des hommes. Cependant, les tendances des sorties des deux groupes se ressemblaient beaucoup d'un groupe d'âge à l'autre. Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de sorties ont connu les croissances les plus marquées chez les 15 à 19 ans et des sommets inégalés dans le groupe d'âge des 45 à 49 ans. Au-delà de 50 ans, les taux des deux groupes ont chuté et se sont stabilisés.

La tendance des taux de sorties entre les groupes d'âge qu'on peut voir dans la figure 3.1 ressemble un tant soit peu aux taux de prévalence pour la dépression des années 1994 à 1999 (Statistique Canada, 1999), malgré les différentes unités de mesures utilisées⁶. Et les taux de sorties, et les taux de prévalence ont connu des hausses remarquables chez les adolescents et étaient constamment supérieurs chez les femmes. Toutefois, les taux de prévalence, par comparaison avec les taux de sorties, avaient tendance à atteindre



un sommet et à chuter plus rapidement, en particulier chez les femmes.

Figure 3.1 Sorties des hôpitaux par 100 000 habitants pour la dépression, par âge et sexe, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

6. Le taux de prévalence déclaré est fondé sur la présence d'au moins un épisode de dépression au cours des 12 mois précédant l'Enquête nationale sur la santé de la population (Statistique Canada, 1999).

Les durées moyenne et médiane du séjour étaient respectivement chez les hommes de 17,3 jours et de 9,0 jours et chez les femmes, de 17,2 jours et de 9,0 jours. Tel qu'il est indiqué dans la figure 3.2, les durées du séjour avaient tendance à s'allonger avec l'âge. Les séjours à l'hôpital et des hommes, et des femmes, étaient les plus longs pour le groupe d'âge des 65 à 69 ans. Les durées moyennes du séjour des hommes et des femmes du groupe d'âge de 85 à 89 ans étaient environ trois fois plus longues que celles des 10 à 14 ans.

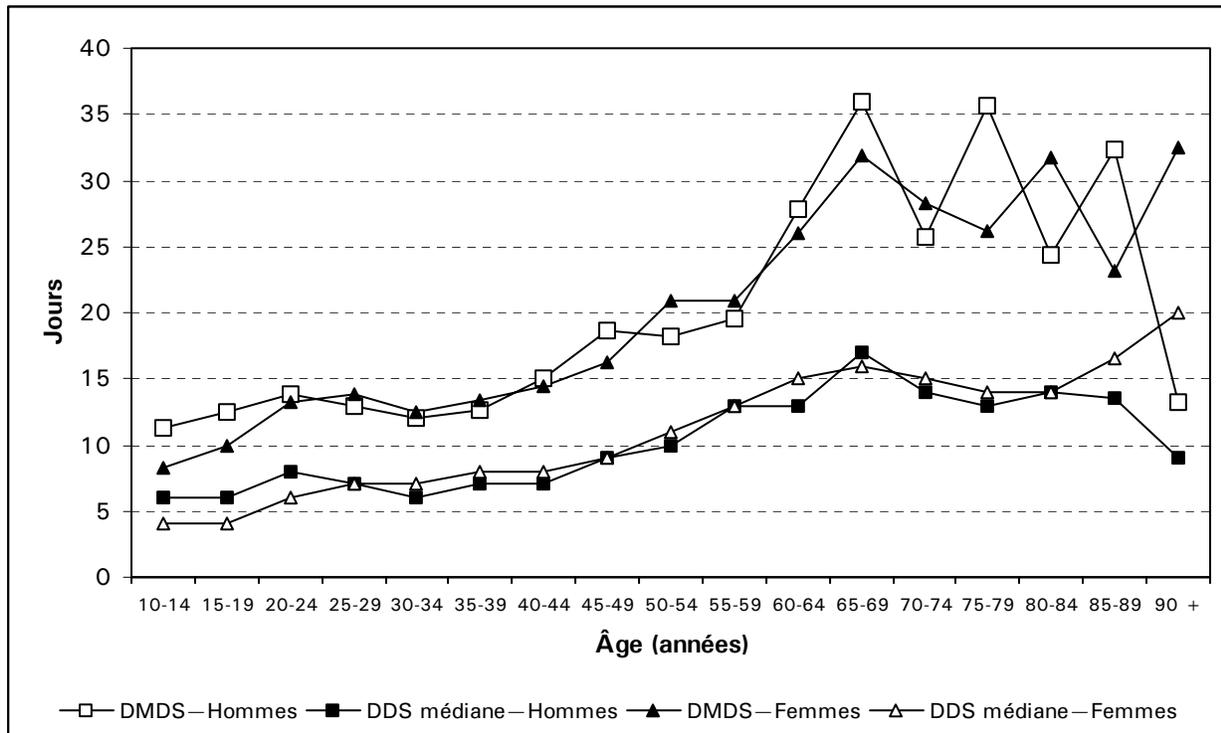


Figure 3.2 Durées moyennes et médianes du séjour pour la dépression, par âge et sexe, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

L'écart dans les taux de sorties associées à la dépression entre les hôpitaux psychiatriques et généraux montre clairement le volume plus élevé dans les hôpitaux généraux (figure 3.3), tel qu'il a été souligné auparavant. Environ 90 % des sorties dont le diagnostic primaire était la dépression provenaient des hôpitaux généraux. On remarque toutefois que les tendances des sorties d'un groupe d'âge à l'autre et entre les hôpitaux généraux et psychiatriques se ressemblaient beaucoup, sans oublier que les durées du séjour dans les hôpitaux psychiatriques étaient plus longues que celles dans les hôpitaux généraux. Il faut mener une analyse plus détaillée afin de bien voir s'il y a une relation possible entre ces variables.

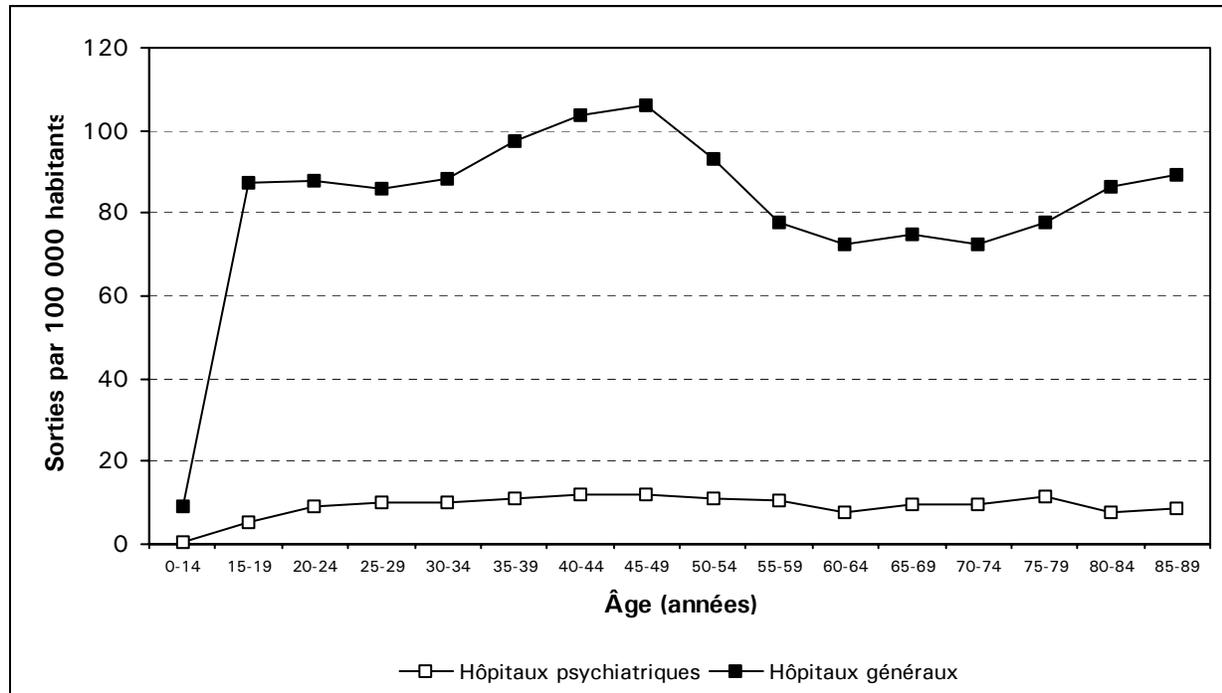


Figure 3.3 Sorties des hôpitaux par 100 000 habitants pour la dépression, par âge et type d'hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les deux catégories d’hôpitaux affichent des durées du séjour différentes d’un groupe d’âge à l’autre (figure 3.4). Les sorties des hôpitaux de psychiatrie associées à la dépression se faisaient à la suite de séjours constamment plus longs que ceux des sorties des hôpitaux généraux. De plus, les deux types d’hôpitaux avaient tendance à afficher des durées du séjour plus longues avec l’âge, bien que dans les hôpitaux généraux, cette tendance semble se stabiliser après l’âge de 60 ans. Dans les hôpitaux généraux, la durée moyenne du séjour chez les 85 à 89 ans (22,4 jours) était presque trois fois plus longue que celle des 10 à 14 ans (8,7 jours). Cette tendance semblait toutefois être plus stable pour les sorties des hôpitaux généraux.

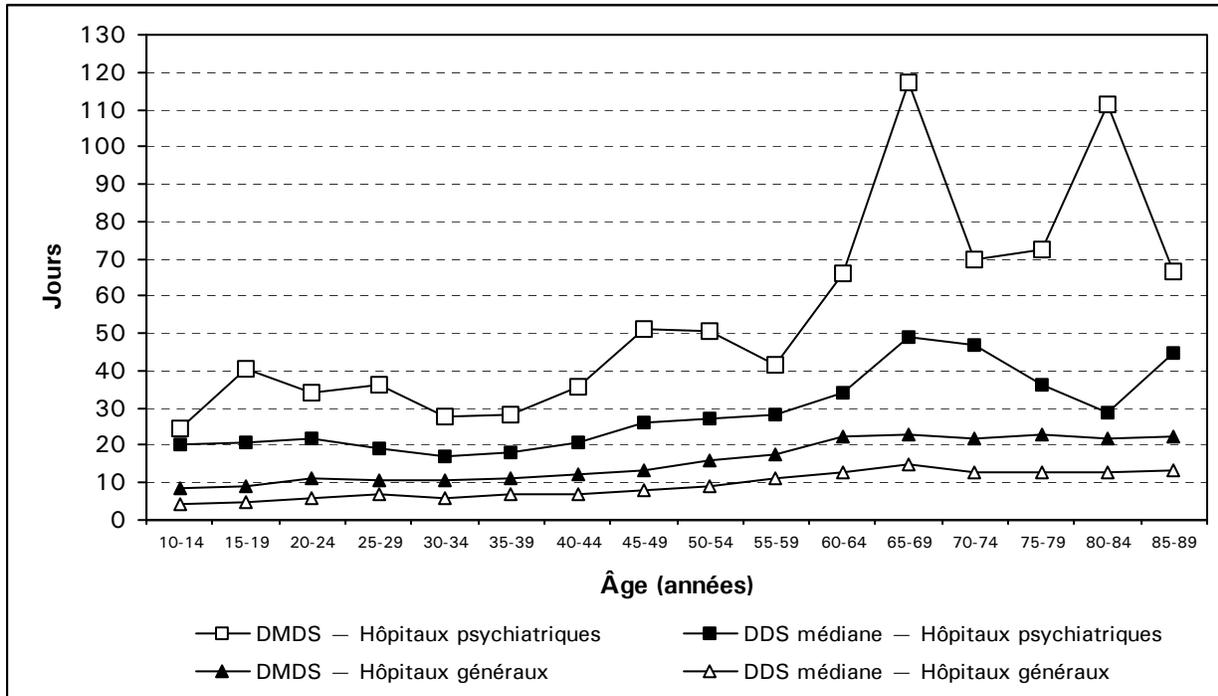


Figure 3.4 Durées moyennes et médianes du séjour pour la dépression, par âge et type d’hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire se caractérise par des épisodes de comportements extrêmes et d'humeur exaltée, connus sous le nom de manie, qui peuvent être suivis par une dépression majeure. Durant ces épisodes maniaques, les personnes peuvent être extrêmement joyeuses ou hyperactives et s'imaginer des aptitudes irréalistes. Cet épisode peut être suivi par des périodes de colère ou de tristesse extrême pendant lesquelles le patient ne se souvient pas de l'épisode maniaque précédent (American Psychiatric Association, 2000). Le déclenchement du trouble bipolaire se produit habituellement à l'adolescence et au début de l'âge adulte, bien qu'il puisse s'écouler plusieurs années avant qu'on n'identifie et qu'on ne diagnostique la maladie. Entre les épisodes de manie et de dépression, les personnes peuvent fonctionner normalement. Toutefois, de tels intervalles ont tendance à raccourcir à mesure que le patient gagne en âge et à suivre un cycle répétitif rapide. Dans les cas les plus graves, le trouble bipolaire peut avoir des effets dévastateurs sur les vies professionnelles et personnelles des personnes atteintes. Ainsi, entre 25 % et 50 % des cas peuvent aboutir aux tentatives de suicide (Jamison, 2000). À l'échelle mondiale, le trouble bipolaire est la cinquième cause en importance des années vécues avec une incapacité chez les personnes de 15 à 44 ans (OMS, 2001).

La figure 3.5 montre que, tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de sorties associées au trouble bipolaire étaient les plus élevés chez les 40 à 49 ans. De plus, pour tous les groupes d'âge, la répartition des taux de sorties des hommes était semblable à celle des femmes. Par contre, celles-ci affichaient des taux de sorties constamment supérieurs à ceux des hommes. Chez les femmes, les taux de sorties se chiffraient à 158,2 par 100 000 habitants et chez les hommes, à 98,3 par 100 000 habitants. La différence d'environ 61 % contredit les preuves selon lesquelles le trouble bipolaire est aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes (Fogarty et al., 1994; Santé Canada, 2003; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2001) et laisse à penser qu'en général, les femmes sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour ce trouble. Cette différence entre les sexes dans les taux de sorties des hôpitaux peut signifier que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de subir certaines caractéristiques graves du trouble, comme le cycle rapide (Calabrese et al. 1995; Mackin, 2005). Les indicateurs de durée du séjour n'indiquent aucune différence entre les sexes (figure 3.6). Bien que les femmes soient plus susceptibles d'éprouver des symptômes qui mènent à une hospitalisation en raison du trouble bipolaire, les besoins en traitement des personnes hospitalisées paraissent semblables, tel qu'il a été mesuré par la durée du séjour à l'hôpital.

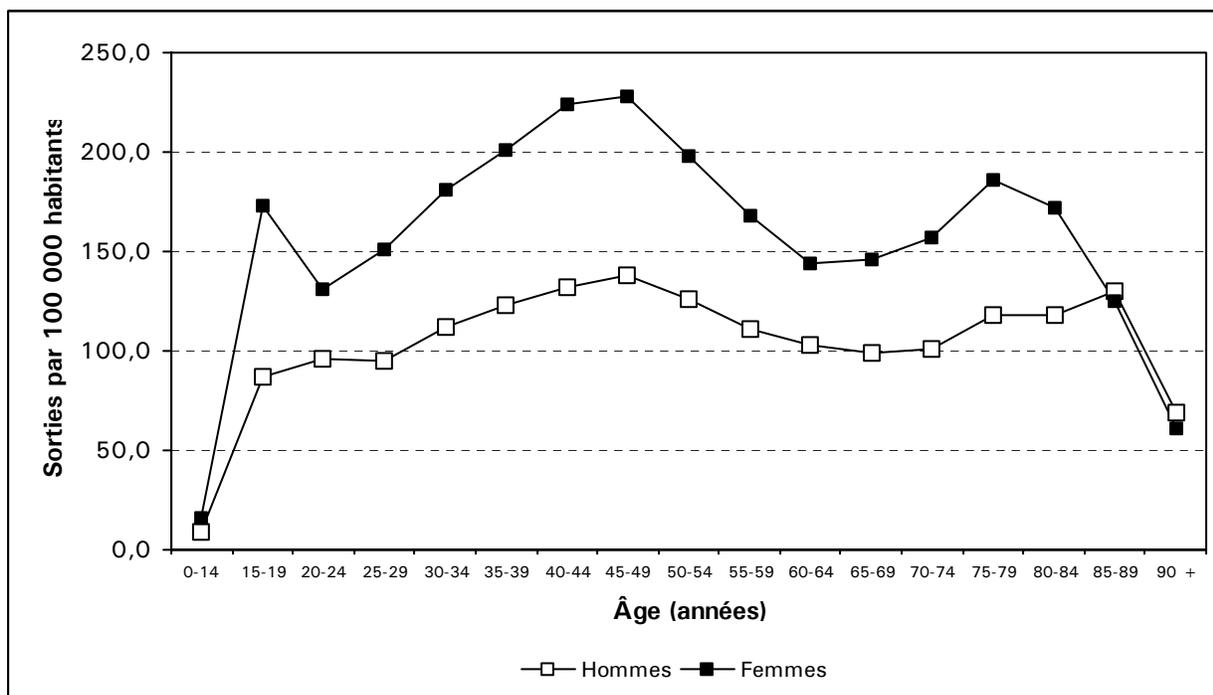


Figure 3.5 Taux de sorties par 100 000 habitants, par sexe et groupe d'âge, pour le trouble bipolaire, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Comme dans le cas des sorties associées à la dépression, les durées du séjour pour les sorties associées au trouble bipolaire avaient tendance à s'allonger avec l'âge. Cette tendance était particulièrement évidente chez les personnes de plus de 40 ans. Les hommes et les femmes affichaient des tendances semblables, et les durées du séjour d'un groupe d'âge à l'autre ne faisaient pas exception. Les durées médianes du séjour se situaient entre 8 et 10 jours jusqu'au groupe d'âge des 40 à 49 ans, après quoi elles suivaient une hausse régulière. Pour le groupe d'âge des 70 à 74 ans, les durées médianes du séjour étaient de 20 jours et plus.

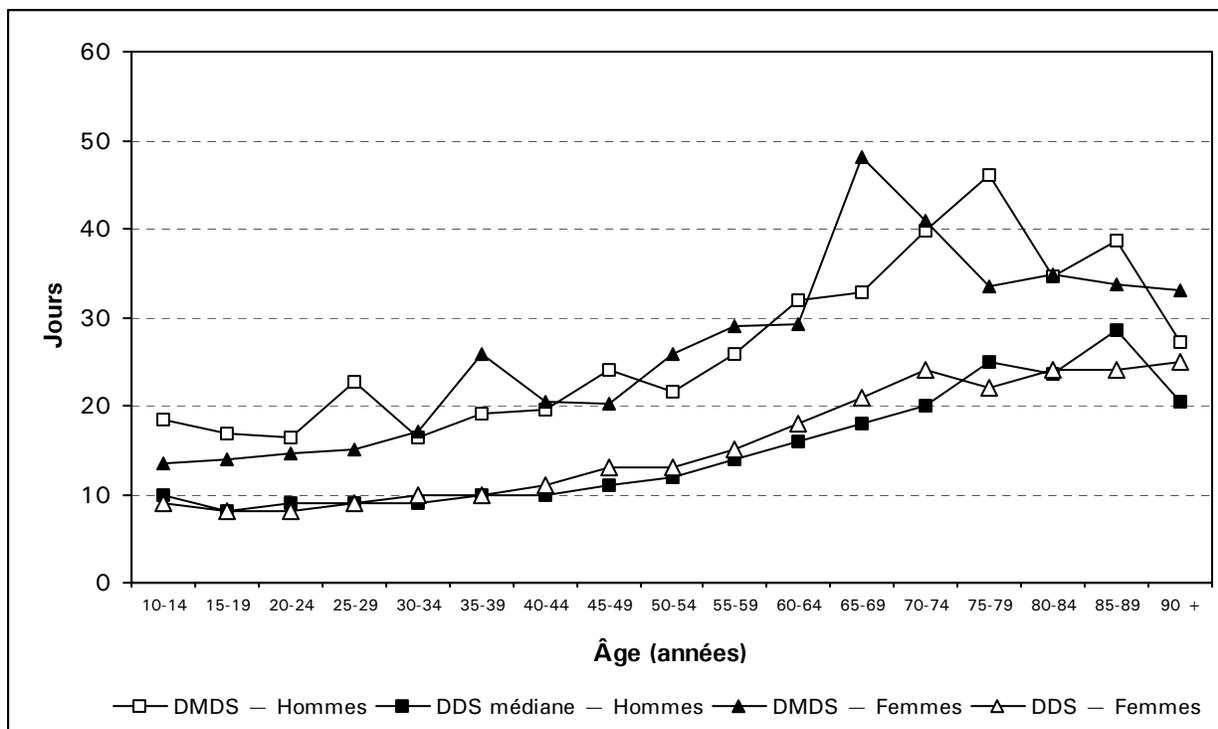


Figure 3.6 Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par âge et sexe, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Environ 89 % des sorties dont le diagnostic primaire était le trouble bipolaire provenaient des hôpitaux généraux (figure 3.7). Les comparaisons entre les types d'hôpitaux révèlent des différences dans l'âge moyen des patients et dans les durées moyennes du séjour. Les patients qui ont obtenu leur congé des hôpitaux psychiatriques étaient en moyenne plus âgés que ceux des hôpitaux généraux (47,9 ans, par rapport à 43,1 ans, respectivement). Les taux de sorties des hôpitaux psychiatriques semblaient aussi atteindre leur sommet dans un groupe d'âge plus avancé (75 à 79 ans) que celui des hôpitaux généraux. Les hôpitaux psychiatriques affichaient également des durées moyennes (72,2 jours contre 17,3 jours) et médianes (29 jours contre 11 jours) du séjour plus longues que les hôpitaux généraux (figure 3.8).

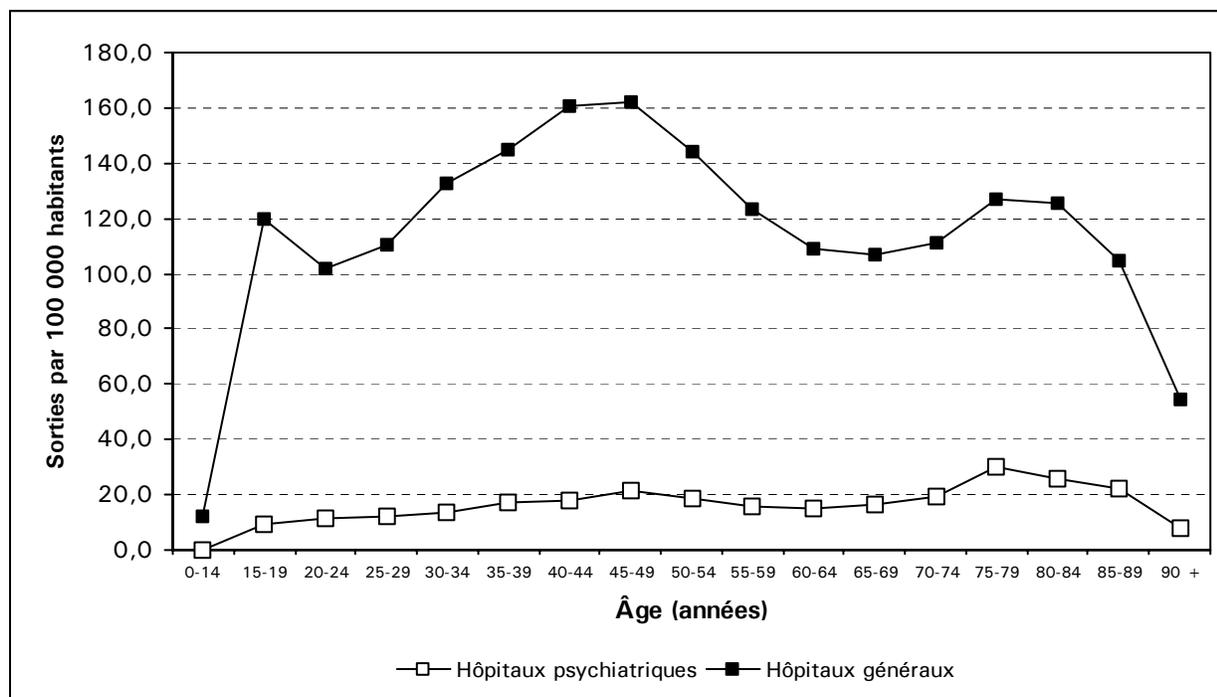


Figure 3.7 Taux de sorties par 100 000 habitants pour le trouble bipolaire, par type d'hôpital et groupe d'âge, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

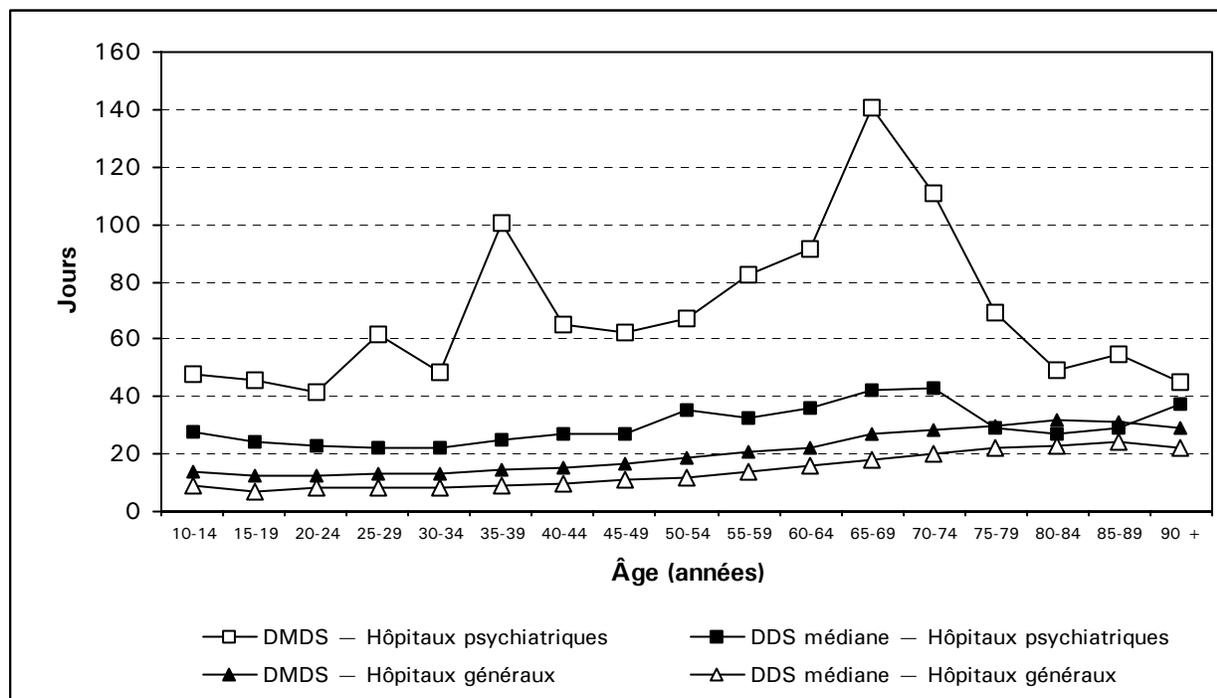


Figure 3.8 Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par âge et type d'hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Bien que certaines des durées moyennes du séjour les plus longues en raison du trouble bipolaire appartenaient aux groupes d’âge de 65 ans et plus, les plus grandes proportions du nombre total de jours d’hospitalisation et de sorties des hôpitaux psychiatriques et généraux revenaient aux groupes d’âge entre 35 et 54 ans (figures 3.9 et 3.10). Finalement, les durées moyennes et médianes du séjour des hommes et des femmes et pour les deux types d’hôpitaux étaient semblables (tableau 3.1).

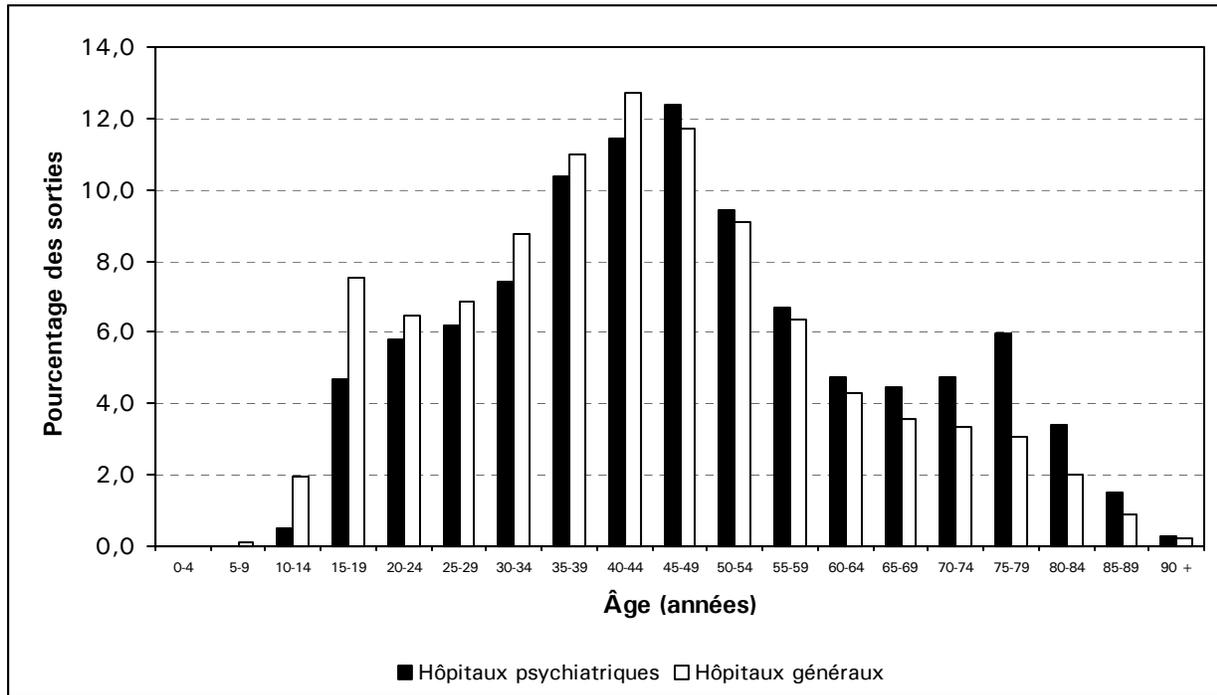


Figure 3.9 Pourcentage de sorties liées au trouble bipolaire, par âge et type d’hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

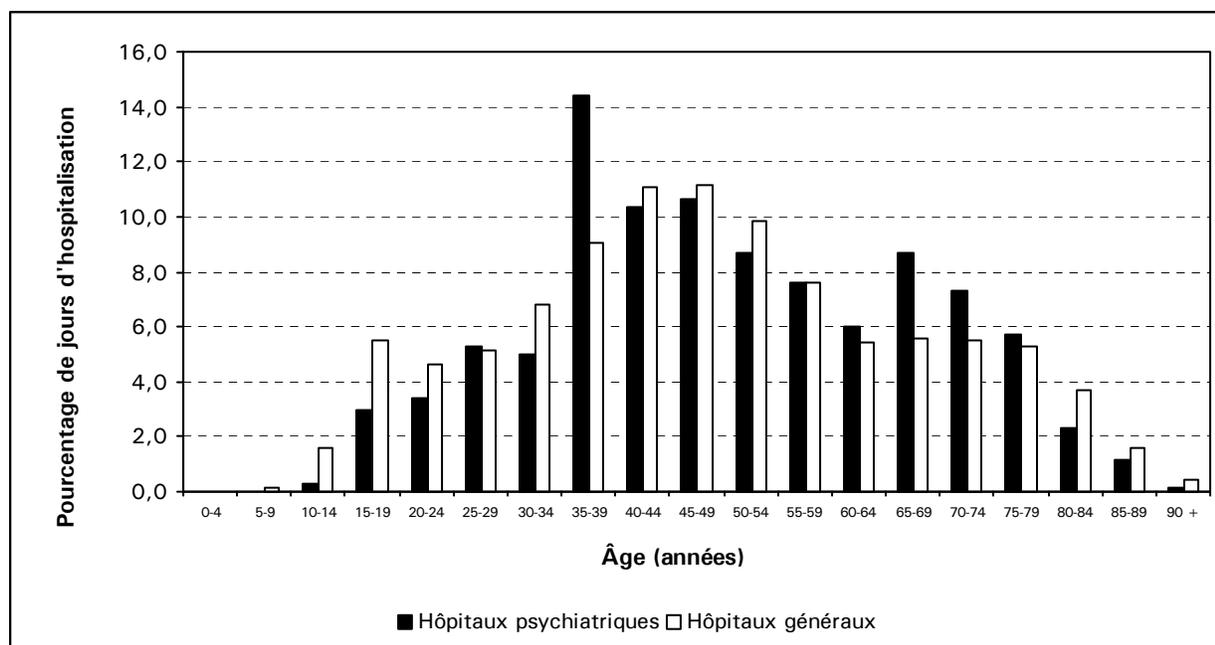


Figure 3.10 Pourcentage de jours d'hospitalisation pour le trouble bipolaire, par âge et type d'hôpital, 2002-2003

Source : ICIS, 2002-2003.

Tableau 3.1a Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par type d'hôpital, sexe et groupe d'âge

Hôpitaux psychiatriques

Âge	Hommes		Femmes	
	DMSD	DDS médiane	DMSD	DDS médiane
De 0 à 14 ans	--	--	--	--
De 15 à 19 ans	53,6	25,5	38,9	21,0
De 20 à 24 ans	46,3	26,0	36,6	18,0
De 25 à 29 ans	101,1	28,0	29,0	19,0
De 30 à 34 ans	56,8	20,0	42,2	24,0
De 35 à 39 ans	61,5	25,0	134,3	26,0
De 40 à 44 ans	65,7	28,0	65,0	27,0
De 45 à 49 ans	84,6	27,0	46,9	27,5
De 50 à 54 ans	53,3	25,0	76,2	38,0
De 55 à 59 ans	62,6	29,5	98,7	35,5
De 60 à 64 ans	107,0	38,0	80,4	35,0
De 65 à 69 ans	71,2	36,0	185,9	48,5
De 70 à 74 ans	130,1	47,0	101,3	39,5
De 75 à 79 ans	103,8	33,0	50,8	24,5
De 80 à 84 ans	54,3	44,0	47,2	19,0
De 85 à 89 ans	95,5	64,0	44,2	12,0
90 ans et plus	--	--	--	--
Total	72,2	28,0	72,2	29,0

Si la cellule contient le signe « -- », les chiffres ont été supprimés en raison du faible nombre de sorties.

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Tableau 3.1b Durées moyennes et médianes du séjour pour le trouble bipolaire, par type d'hôpital, sexe et groupe d'âge

Hôpitaux généraux

Âge	Hommes		Femmes	
	DMDS	DDS médiane	DMDS	DDS médiane
De 0 à 9 ans	23,9	14,0	25,8	18,5
De 10 à 14 ans	16,7	10,0	12,8	8,0
De 15 à 19 ans	13,1	7,0	12,4	7,0
De 20 à 24 ans	12,1	8,0	12,8	7,0
De 25 à 29 ans	12,3	8,0	13,6	8,0
De 30 à 34 ans	11,9	8,0	14,5	9,0
De 35 à 39 ans	12,9	9,0	15,1	10,0
De 40 à 44 ans	13,9	9,0	15,8	10,0
De 45 à 49 ans	15,3	10,0	17,1	11,0
De 50 à 54 ans	17,2	11,0	19,7	12,0
De 55 à 59 ans	20,0	12,5	21,1	14,0
De 60 à 64 ans	21,3	14,0	22,3	17,0
De 65 à 69 ans	26,8	16,0	27,0	19,0
De 70 à 74 ans	24,8	18,0	30,1	21,0
De 75 à 79 ans	30,2	23,0	29,6	22,0
De 80 à 84 ans	30,3	21,0	32,2	24,0
De 85 à 89 ans	31,8	27,0	31,0	24,0
90 ans et plus	23,2	18,5	32,0	24,5
Total	16,3	10,0	17,9	11,0

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Résumé

Bien que les taux de prévalence de la dépression et du trouble bipolaire indiquent que le premier est beaucoup plus fréquent que le deuxième au sein de la population canadienne, l'examen des taux de sorties semble indiquer que les patients atteints du trouble bipolaire sont davantage susceptibles d'avoir eu besoin de services hospitaliers. Les taux de sorties des femmes pour ces deux troubles étaient supérieurs à ceux des hommes, bien que le trouble bipolaire aient eu une prévalence égale tant chez les hommes que chez les femmes. De plus, les deux troubles présentaient des tendances selon lesquelles les durées du séjour augmentaient avec l'âge. En conclusion, les taux de sorties associées au trouble bipolaire et à la dépression étaient les plus élevés dans le groupe d'âges de 44 à 49 ans et ne correspondent donc pas à l'âge du déclenchement, ni à l'âge auquel la prévalence est supposée être la plus élevée.

Références

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition, Text Revision*, Washington, du même auteur, 2000.
- Bland, R. C. « Epidemiology of Affective Disorders: A review », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42 (1997), pages 367-377.
- Calabrese J. R., et M. J. Woyshville. « A medication algorithm for treatment of bipolar rapid cycling? », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 56 (encart n° 3), 1995, pages 11-18.
- Santé Canada. *A report on mental health in Canada*, Ottawa, du même auteur, 2002.
- Santé Canada. *Exploring concepts of gender and health*, Ottawa, du même auteur, Bureau pour la santé des femmes, 2003.
- Jamison, K. R. « Suicide and Bipolar Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, encart n° 9 (2000), pages 47-51.
- Kiesler, C., et A. Sibulkin. *Mental hospitalization: Myths and facts about a national crisis*, California, Newbury Park, Sage Publications (1987).
- Mackin, P. « Rapid cycling is equivalently prevalent in bipolar I and bipolar II disorder, and is associated with female gender and greater severity of illness », *Evidence Based Mental Health*, vol. 8 (2005), p. 52.
- Patten, S. B. « Incidence of major depression in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 163, pages 714-715.
- Statistique Canada. « Psychological health – depression », *Health Reports*, vol. 11 (1999), pages 63-75.
- Organisation Mondiale De La Santé (OMS). *The World Health Reports 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, Genève, du même auteur, 2001.

Chapitre quatre — Schizophrénie

Le présent chapitre examine la schizophrénie en tant que diagnostic plutôt que la catégorie de diagnostic des troubles schizophréniques et psychotiques étudiée dans les chapitres précédents. Parmi les différents types de schizophrénie, les symptômes psychotiques constituent une caractéristique importante de la phase aiguë du trouble et entraînent des délires et des hallucinations. Les délires ont tendance à être bizarres et invraisemblables et n'ont aucun sens dans le contexte des activités quotidiennes. De plus, un certain nombre de symptômes positifs, comme la pensée décousue, un langage incompréhensible et un comportement désorganisé, sont fréquents chez les schizophrènes. Certains symptômes négatifs caractérisent également la schizophrénie. Ils comprennent l'affect aplati, une réactivité émotionnelle réduite et un manque de volonté ou de comportement orienté vers un but.

Les répercussions de la maladie sur tous les aspects de la vie des personnes atteintes peuvent être profondément débilantes. La majorité des schizophrènes ne se marient pas et ne peuvent conserver un emploi après le déclenchement de la maladie (Lane et al. 1995; Thornicroft et al., 2004). L'apparition de la schizophrénie mène souvent à un certain détachement de la réalité et l'hospitalisation devient alors nécessaire, tout comme la période de traitement avec médication antipsychotique. Au cours de la rémission, les traitements psychosociaux en milieux communautaires peuvent faciliter la réintégration sociale et professionnelle de la personne atteinte. Les rechutes sont fréquentes. Cependant, le respect de la médication prescrite, le soutien familial et les traitements en milieu communautaire se sont avérés efficaces pour réduire les taux de rechutes et d'hospitalisations récurrentes connexes (Bustillo, 2001; Addington et al. 2000).

Les différences entre les sexes en ce qui a trait à l'âge du déclenchement de la schizophrénie signifient habituellement que celui-ci se produit vers la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte chez les hommes, tandis que chez les femmes, il se produit entre la mi-vingtaine et la mi-trentaine (American Psychiatric Association, 2000). Chez les femmes, la maladie est plus susceptible de se manifester à un âge plus avancé que chez les hommes (après l'âge de 40 ans). Ainsi, la répartition de l'âge au moment du déclenchement chez les femmes est bimodale (American Psychiatric Association, 2000). L'âge au moment du déclenchement semble être une variable importante dans la détermination du déroulement des rechutes et des hospitalisations chez les schizophrènes, car il semblerait que le déclenchement précoce soit lié aux risques élevés de réadmission (Eaton, 1992a).

La figure 4.1 présente la répartition selon l'âge des sorties associées à la schizophrénie et indique que la proportion la plus élevée de sorties a été enregistrée chez les 35 à 44 ans. Cependant, ce n'est qu'à la désagrégation des données par sexe qu'il est possible d'obtenir un portrait clair de la répartition selon l'âge.

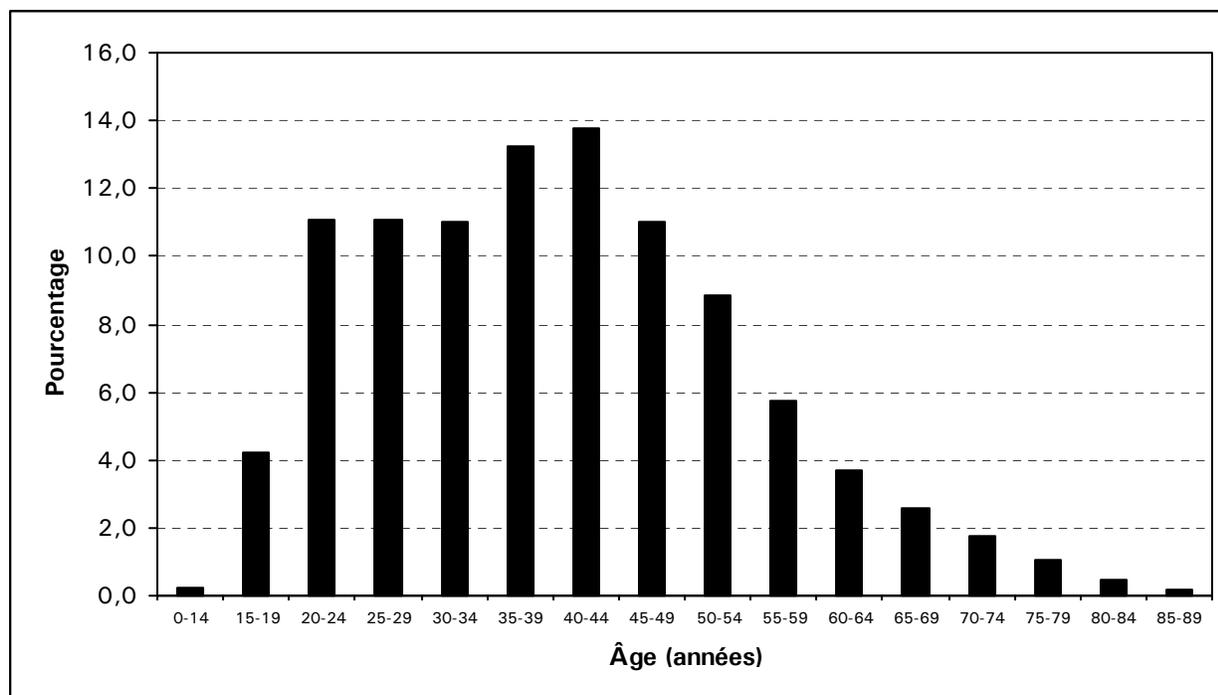


Figure 4.1 Pourcentage de sorties liées à la schizophrénie, par groupe d'âge, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les différences en fonction du sexe en ce qui a trait à l'âge de l'apparition de la schizophrénie correspondaient aux différences dans l'âge des sorties des hôpitaux. L'âge moyen des patients dont le diagnostic primaire était la schizophrénie était de 44,7 ans chez les femmes et de 33,4 ans chez les hommes. La figure 4.2 fait état des différences modales entre les sexes des patients dont le diagnostic primaire était la schizophrénie. Le nombre de sorties des patients de sexe masculin a atteint un sommet dans les groupes d'âge des 20 à 29 ans, tandis que chez les femmes, ce phénomène s'est produit entre 40 et 55 ans. Cette tendance est vraisemblablement un reflet de la probabilité plus élevée d'un déclenchement tardif de la schizophrénie chez les femmes. Il est également intéressant de remarquer que bien que les taux de sorties des hommes étaient de loin supérieurs à ceux des femmes dans les premiers groupes d'âge, les taux se sont rapprochés après l'âge de 45 ans et ceux des femmes ont même fini par surpasser légèrement ceux des hommes. Cette tendance semble proposer une stabilisation de l'état à la suite d'une série intensive de traitements dispensés au cours de la période suivant le déclenchement et un déclenchement tardif chez les femmes (Eaton et al., 1992b, Oleson & Mortensen, 2002; Mason et al. 1996).

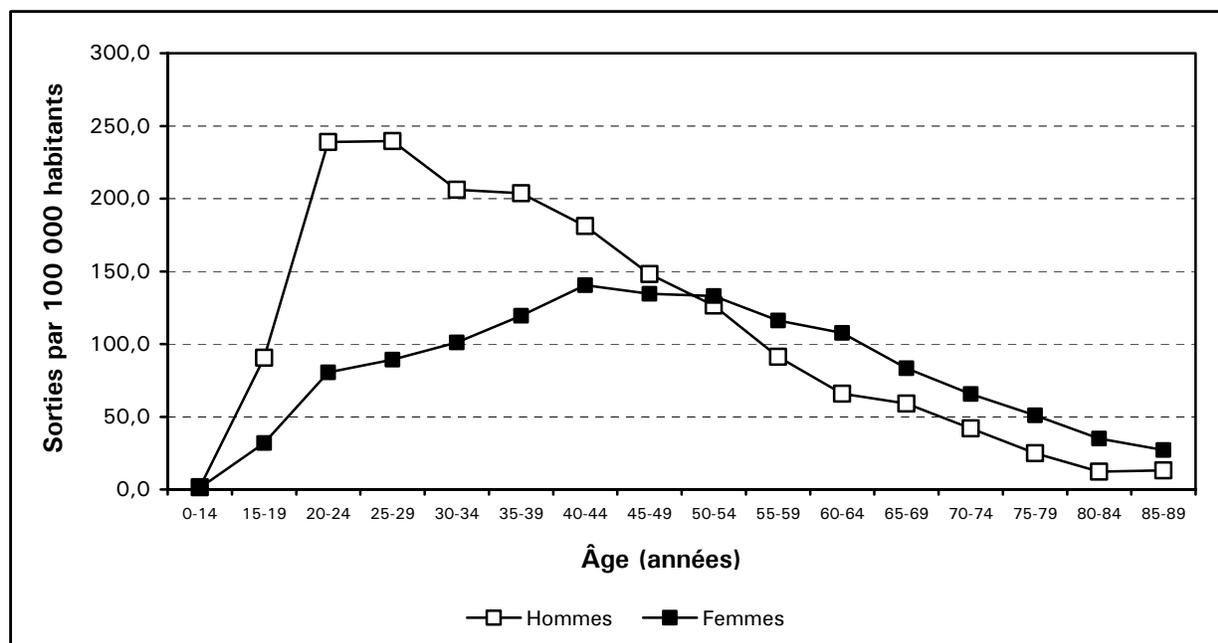


Figure 4.2 Taux de sorties par 100 000 habitants pour la schizophrénie, par âge et sexe, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

La baisse des taux de sorties dans les groupes d'âge des 45 à 49 ans ne semble pas liée à la durée moyenne du séjour (figure 4.3). Les durées médianes du séjour des hommes et des femmes étaient respectivement de 16 et de 18 jours. De plus, les deux groupes affichaient une tendance graduelle vers des durées prolongées en fonction de l'âge.

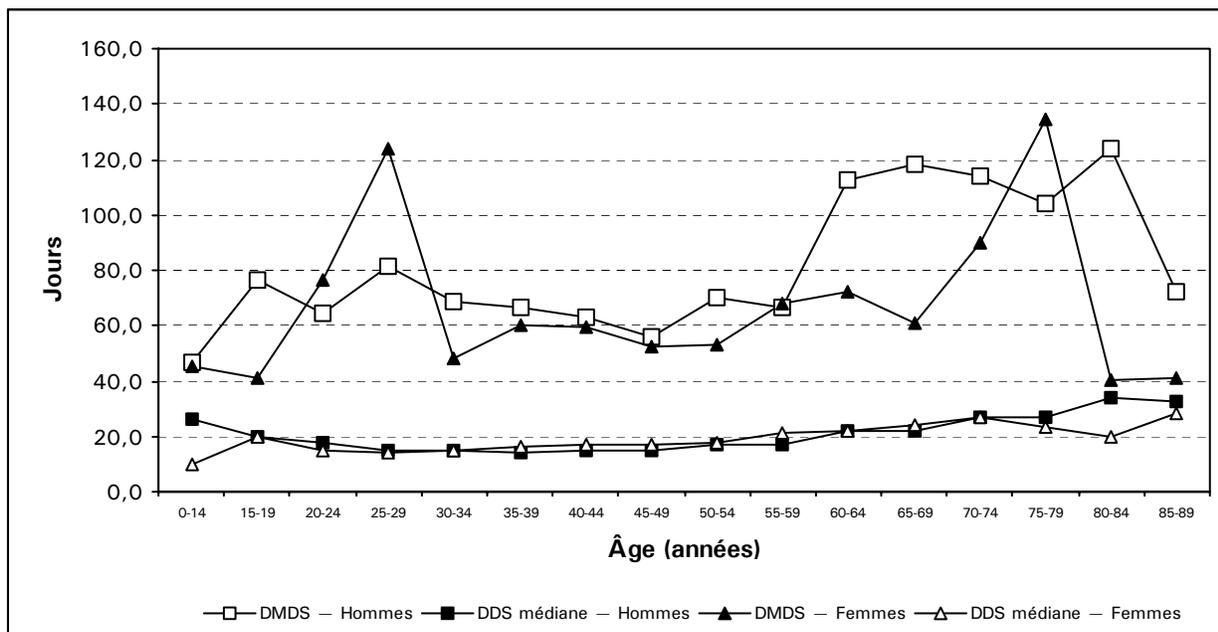


Figure 4.3 Durées du séjour pour la schizophrénie, par âge et sexe, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

En tant que catégorie, les sorties associées aux troubles schizophréniques et psychotiques représentaient 30,9 % de toutes les sorties des hôpitaux psychiatriques, soit la proportion la plus élevée parmi les catégories de diagnostic du présent rapport (figure 1.2). Qui plus est, 21,6 % des sorties dont le diagnostic primaire était la schizophrénie provenaient des hôpitaux psychiatriques. Ce pourcentage représentait la proportion la plus élevée de sorties des hôpitaux psychiatriques parmi toutes les catégories de diagnostic et pourrait refléter la complexité des symptômes liés au trouble qui nécessitent les types de soins hospitaliers les plus spécialisés des établissements psychiatriques. Il pourrait également refléter la capacité des hôpitaux psychiatriques à fournir les périodes prolongées de soins nécessaires pour traiter la schizophrénie. Après les taux de sorties associées aux troubles organiques, ceux liés à la schizophrénie affichaient les durées médianes du séjour les plus longues et dans les hôpitaux psychiatriques (39 jours), et dans les hôpitaux généraux (14 jours).

Les figures 4.4 et 4.5 montrent respectivement les tendances des sorties et des durées du séjour pour la schizophrénie. Les différences entre les taux de sorties sont évidentes dans la figure 4.4. Toutefois, il est important de souligner que les tendances des sorties pour les deux types d'établissements sont semblables, c'est-à-dire que les hôpitaux psychiatriques et généraux affichent les premières sorties à l'âge de l'adolescence, suite à quoi le taux augmente considérablement pour atteindre un plateau jusqu'aux âges de 40 à 44 ans, puis il baisse graduellement.

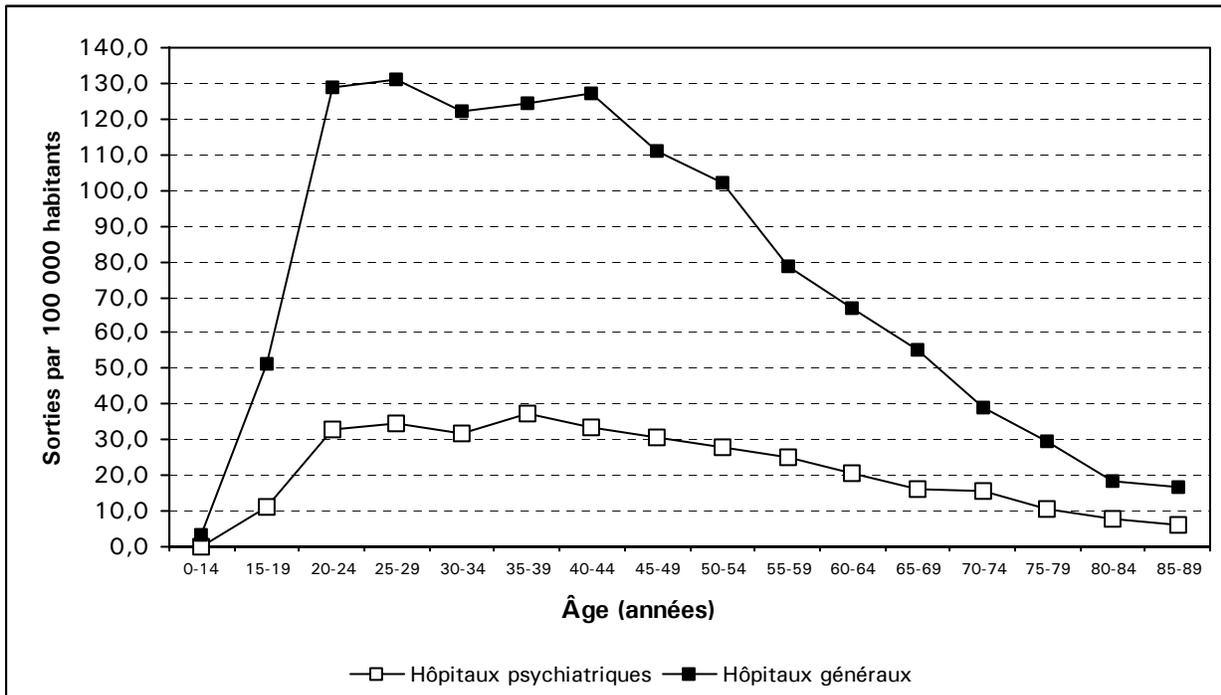


Figure 4.4 Taux de sorties par 100 000 habitants pour la schizophrénie, par âge et type d'hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS. 2002-2003.

Dans le cas de la durée des séjours à l'hôpital (figure 4.5), les séjours les plus longs ont été observés sans équivoque dans les hôpitaux psychiatriques. Cependant, la tendance d'augmentation graduelle dans les durées du séjour à l'hôpital qui était évidente lorsqu'on regroupait les variables par hôpitaux ne l'est plus lorsque les durées médianes du séjour sont regroupées par sexe et séparées par type d'hôpital. En d'autres mots, la tendance entre les groupes d'âge semble relativement stable, mais il faut effectuer d'autres analyses pour voir si c'est en effet le cas. Il faudrait examiner la relation entre le type d'hôpital où le patient séjourne, son âge et la durée de son séjour pour obtenir une réponse.

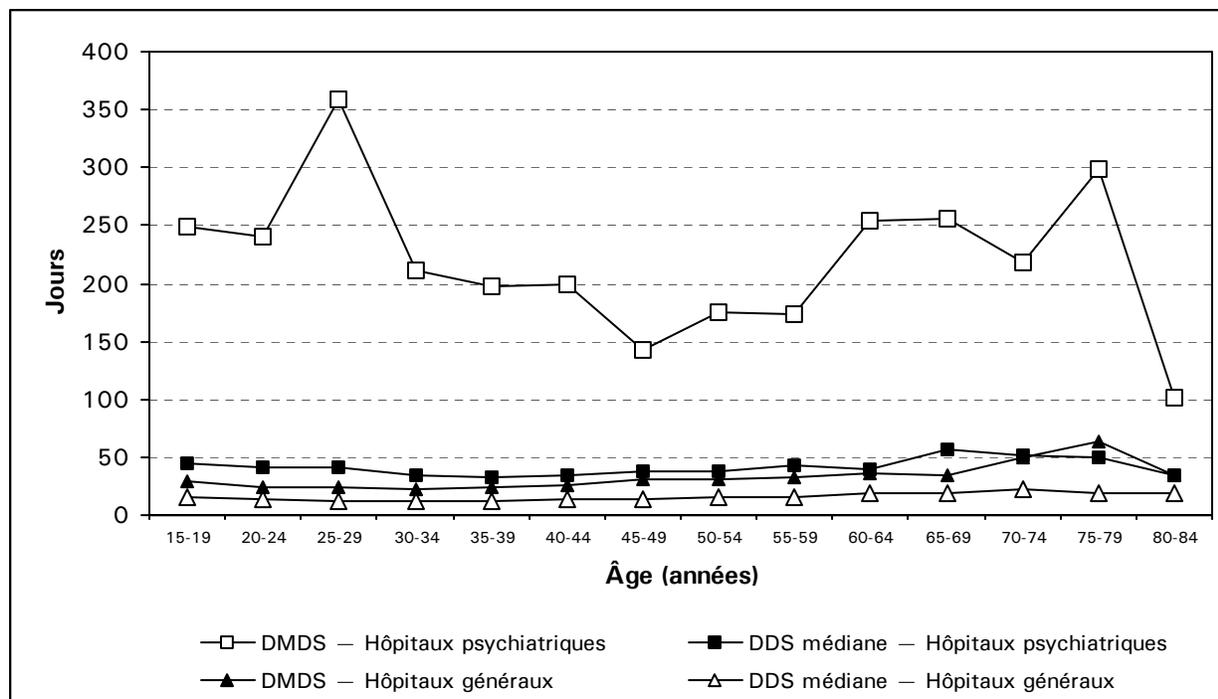


Figure 4.5 Durées du séjour pour la schizophrénie, par âge et type d'hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Résumé

Bien que la plupart des sorties dont le diagnostic primaire était la schizophrénie provenaient des hôpitaux généraux, plus de 20 % des sorties associées à la schizophrénie provenaient des hôpitaux psychiatriques. Il s'agit de la plus grande proportion de tous les diagnostics étudiés dans le présent rapport. De plus, parmi toutes les sorties des hôpitaux psychiatriques, celles dont le diagnostic primaire était la schizophrénie constituaient le pourcentage le plus imposant (plus de 25 %). Les hommes présentaient des taux de sorties supérieurs à ceux des femmes à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Par contre, les taux des femmes ont atteint un sommet à un âge plus avancé et ont dépassé ceux des hommes après l'âge de 50 ans. Les différences entre les taux de sorties n'étaient pas les mêmes que celles des durées du séjour à l'hôpital. Les durées médianes du séjour des deux sexes se ressemblaient pour tous les groupes d'âge.

Références

- Addington, D., N. El-Guebaly, P. Chandarana et M. Atkinson. « Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia-adherence and awareness: Practice Research Network-Part II », *Canadian Psychiatric Association Bulletin*, décembre (2000), pages 141-144.
- Bustillo, J., J. Lauriello, W. Horan et S. Keith. « The psychosocial treatment of schizophrenia: an update », *American Journal of Psychiatry*, vol. 158 (2001), pages 163-175.
- Eaton W. W., P. B. Mortensen, H. Herrman, H. Freeman, W. Bilker, P. Burgess et K. Wooff. « Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18 (1992), pages 217-228.
- Eaton W. W., W. Bilker, J. M. Haro, H. Herrman, P. B. Mortensen, H. Freeman et P. Burgess. « Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part II. Change with passage of time », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18, n° 2 (1992), pages 229-241.
- Lane, A., M. Byrne, F. Mulvany, A. Kinsella, J. L. Waddington, D. Walsh, C. Larkin et E. O'callaghan. « Reproductive behaviour in schizophrenia relative to other mental disorders: evidence for increased fertility in men despite decreased marital rate », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 91 (1995) pages 222-228.
- Mason, P., G. Harrison, C. Glazebrook, I. Medley et T. Croudace. « The course of schizophrenia over 13 years. A report from the International Study on Schizophrenia (ISoS) coordinated by the World Health Organization (WHO) », *British Journal of Psychiatry*, vol. 169 (1996), pages 580-586.
- Olesen, A. V., et P. B. Mortensen. « Readmission risk in schizophrenia: selection explains previous findings of a progressive course of disorder », *Psychological Medicine*, vol. 32 (2002) pages 1301-1307.
- Thornicroft, G., M. Tansella, T. Becker, M. Knapp, M. Leese, A. Schene et J. L. Vazquez-Barquero (EPSILON Study Group). « The personal impact of schizophrenia in Europe », *Schizophrenia Research*, vol. 69 (2004), pages 125-132.

Chapitre cinq — Troubles liés à la consommation de substances psychotropes

Aux fins du présent rapport, les divers diagnostics de la catégorie des troubles liés à la consommation de substances psychotropes sont étudiés en un seul groupe. Il faut cependant souligner qu'à l'intérieur de cette catégorie, les sorties associées à la consommation d'alcool constituent environ la moitié du nombre total de sorties, elles présentent des proportions plus élevées d'hommes que de femmes et un âge moyen de plus de 10 ans supérieurs à celui des sorties associées aux troubles de toxicomanie. Bien qu'on reconnaisse qu'il existe d'autres différences dans la nature et la gravité des diagnostics entre les troubles liés à l'alcool et les troubles liés aux drogues, les analyses détaillées à ce sujet dépassent largement le cadre du présent rapport.

Les troubles liés à la consommation de substances psychotropes se caractérisent par l'abus de substances psychotropes et par la dépendance qu'elles créent et sont une conséquence d'une consommation problématique ou susceptible de créer une dépendance. Ce ne sont pas tous les types de consommation de substances psychotropes qui constituent nécessairement un trouble. Lors d'un sondage mené par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), on a constaté que plus de 79 % des Canadiens de plus de 15 ans avait consommé une certaine quantité d'alcool au cours de l'année précédant le sondage. Toutefois, seuls 7 % s'étaient adonnés à une consommation d'alcool jugée fréquente et abusive (CCLAT, 2005).

Le fait que la consommation de drogues et d'alcool en quantités modérées soit si répandue au Canada laisse supposer que le comportement semble accepté jusqu'à un certain point au sein de la société canadienne. Cependant, à la limite de ce qui est accepté, on remarque une tendance à la consommation excessive ainsi que des types de comportements indicateurs de pathologie. Parmi ces comportements, mentionnons la tendance à l'intoxication, l'incapacité à interrompre volontairement la consommation et la tendance à passer la majeure partie de son temps à se procurer la substance en question et à y consacrer une bonne partie de ses ressources (American Psychiatric Association, 2000). En plus d'être un problème de santé mentale important, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes entraînent de nombreuses répercussions sur le bien-être social et physique d'une personne. Ils détruisent la vie familiale et professionnelle, produisent des anomalies développementales chez les bébés, augmentent les risques de criminalité et le nombre d'autres comportements à risque (comme la conduite en état d'ébriété et les relations sexuelles non protégées).

En tout, le fardeau des troubles liés à la consommation de substances psychotropes, qu'il soit économique ou autre, est très lourd. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues se situe à 10,4 % chez les personnes de plus de 15 ans (Statistique Canada, 2003). Les coûts totaux directs et indirects liés à l'abus d'alcool et de drogues au Canada étaient évalués à 8,9 milliards de dollars en 1992 (CCLAT et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999).

Les hospitalisations en raison de troubles liés à la consommation de substances psychotropes ont lieu probablement uniquement dans les cas les plus graves ou qui exigent des soins d'urgence. Les traitements pour ces troubles sont le plus souvent dispensés dans les cliniques de consultation externe ou dans d'autres milieux communautaires de traitement et peuvent, dans les cas de traitement contre l'alcoolisme par exemple, s'étendre sur une longue période de temps.

Dans certaines maladies organiques cérébrales, l'abus de substances psychotropes (particulièrement s'il est prolongé) est considéré comme une cause directe de l'apparition d'un état mental dégénératif (tel la perte de mémoire). Pour d'autres maladies mentales, la dépression majeure par exemple, l'abus de substances psychotropes se fait lors de l'exacerbation des symptômes. Dans le cas de la dépression majeure, comme pour d'autres troubles concomitants, il n'est pas toujours possible de déterminer la cause et l'effet (c.-à-d. est-ce l'abus de substances psychotropes qui mène à la dépression ou est-ce la dépression qui augmente les probabilités d'abus de substances psychotropes) et dans certains cas, la relation causale entre les troubles est si étroite que les troubles concomitants qui en découlent pourraient être mutuellement déterminés par des conditions sous-jacentes communes (Enns et al, 2001).

Les sorties associées aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes. Les taux de sorties s'élevaient à 117 hommes par 100 000 habitants et à 53 femmes par 100 000 habitants. Les taux de sorties par groupe d'âge, présentés dans la figure 5.1, affichaient des caractéristiques très similaires pour les deux sexes. : le taux était le plus élevé dans les groupes d'âge des 40 à 44 ans. Il est intéressant de souligner que l'Enquête sur les toxicomanies au Canada du CCLAT indique que la *consommation* la plus abusive de drogues et d'alcool semble se produire chez les personnes de 18 à 24 ans (CCLAT, 2005). Ensemble, les données du CCLAT et celles du présent rapport pourraient suggérer un décalage entre la période où la consommation de substances est la plus élevée et la période où la pathologie de la dépendance et de l'abus est le plus susceptible de mener à l'hospitalisation. Il s'agit bien sûr ici d'une spéculation, mais elle mérite tout de même d'être étudiée.

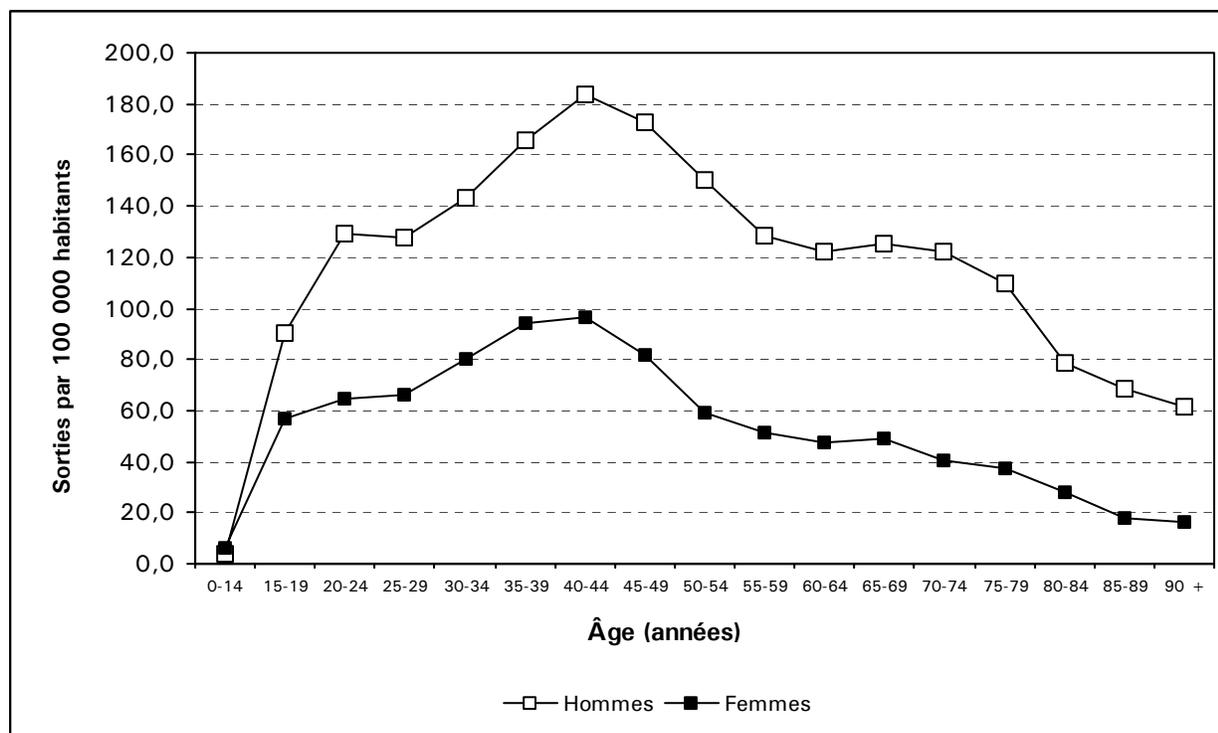


Figure 5.1 Taux de sorties par 100 000 habitants pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et sexe, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

La durée moyenne du séjour pour les troubles liés à la consommation de substances psychotropes était de 11,8 jours pour les hommes et de 10,1 jours pour les femmes (figure 5.2). La tendance d'un groupe d'âge à l'autre, qui révèle une augmentation graduelle avec l'âge, était similaire pour les hommes et les femmes. La durée médiane du séjour la plus longue a été observée chez les plus âgés et est trois fois plus longue que la durée médiane la plus courte, qui a été observée chez les plus jeunes. Il existe quelques preuves selon lesquelles les effets cumulatifs du trouble entraînent l'altération des fonctions cognitives et l'exacerbation d'autres déficiences et finissent par allonger les séjours à l'hôpital à mesure que les patients vieillissent (Jackson et al., 2001). En général, on s'entend pour dire que les répercussions relatives aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes sur les durées du séjour pour une maladie psychiatrique sont intimement liées à leur rôle dans les troubles concomitants, car elles peuvent compliquer le traitement et prolonger la période de récupération (Ceilley et al., 2005; Verduin et al., 2005; Hattenschwiler, 2001).

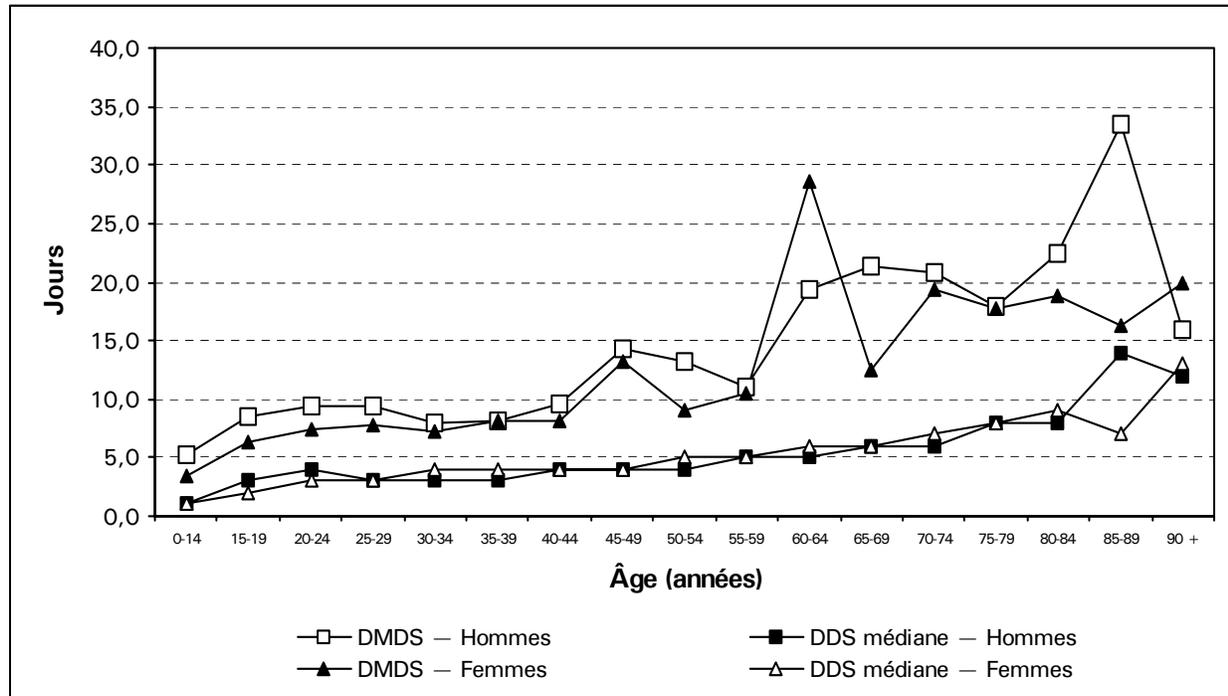


Figure 5.2 Durées moyennes et médianes du séjour pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et sexe, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Plus de 84 % des sorties dont le diagnostic primaire était la consommation de substances psychotropes provenaient des hôpitaux généraux et, à l'exception de la différence d'ampleur entre les taux de sorties, les tendances des sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques se ressemblaient beaucoup d'un groupe d'âge à l'autre (figure 5.3). Les taux de sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques ont augmenté de façon drastique entre les âges de 15 à 24 ans, ont atteint un sommet entre les âges de 44 à 49 ans et sont par la suite redescendus.

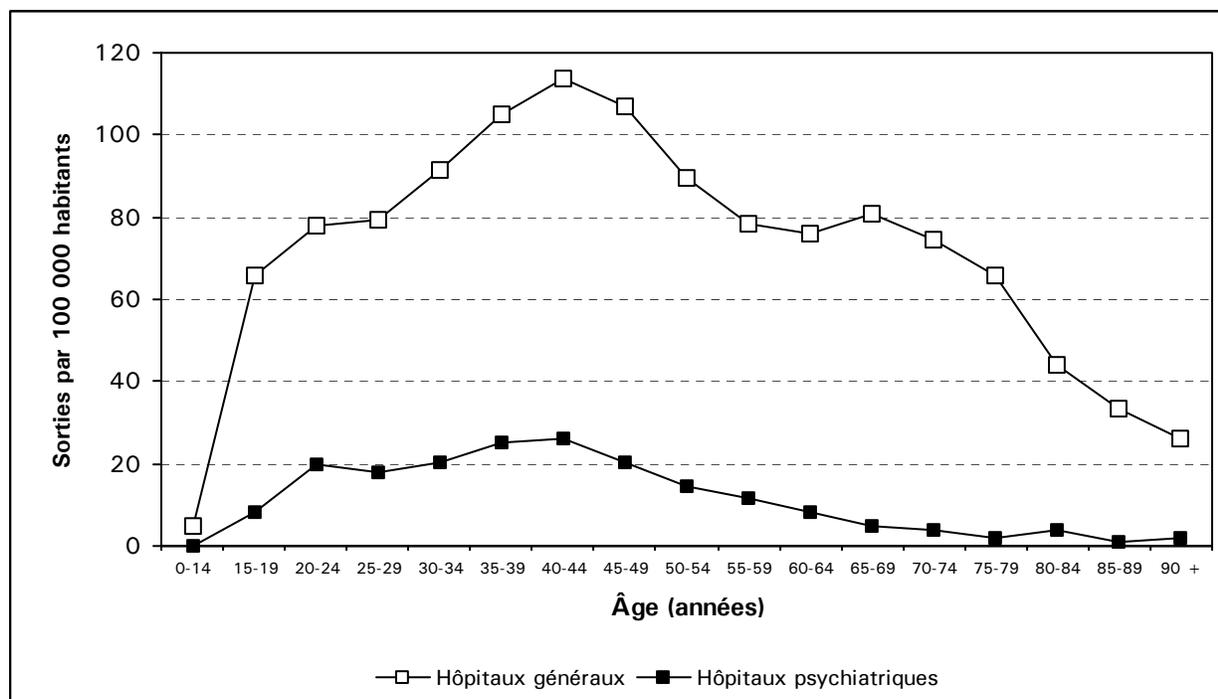


Figure 5.3 Sorties par 100 000 habitants pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et type d’hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Les séjours à l’hôpital en raison de la consommation de substances psychotropes avaient tendance à être plus courts que ceux des autres troubles. Parmi les sorties des hôpitaux généraux dont le diagnostic primaire était un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, 26,7 % étaient des séjours d’une journée et 76,8 %, d’une semaine et moins. Pour toutes les sorties des hôpitaux généraux associées à des troubles psychiatriques, 11,5 % étaient des séjours d’une journée et 45,0 %, des séjours d’une semaine ou moins. Les durées médianes des séjours dont le diagnostic primaire était un trouble lié à la consommation de substances psychotropes avaient tendance à s’allonger avec l’âge et dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques (figure 5.4). Tel qu’il a été remarqué pour les autres troubles, les séjours dans les hôpitaux psychiatriques étaient plus longs que ceux dans les hôpitaux généraux.

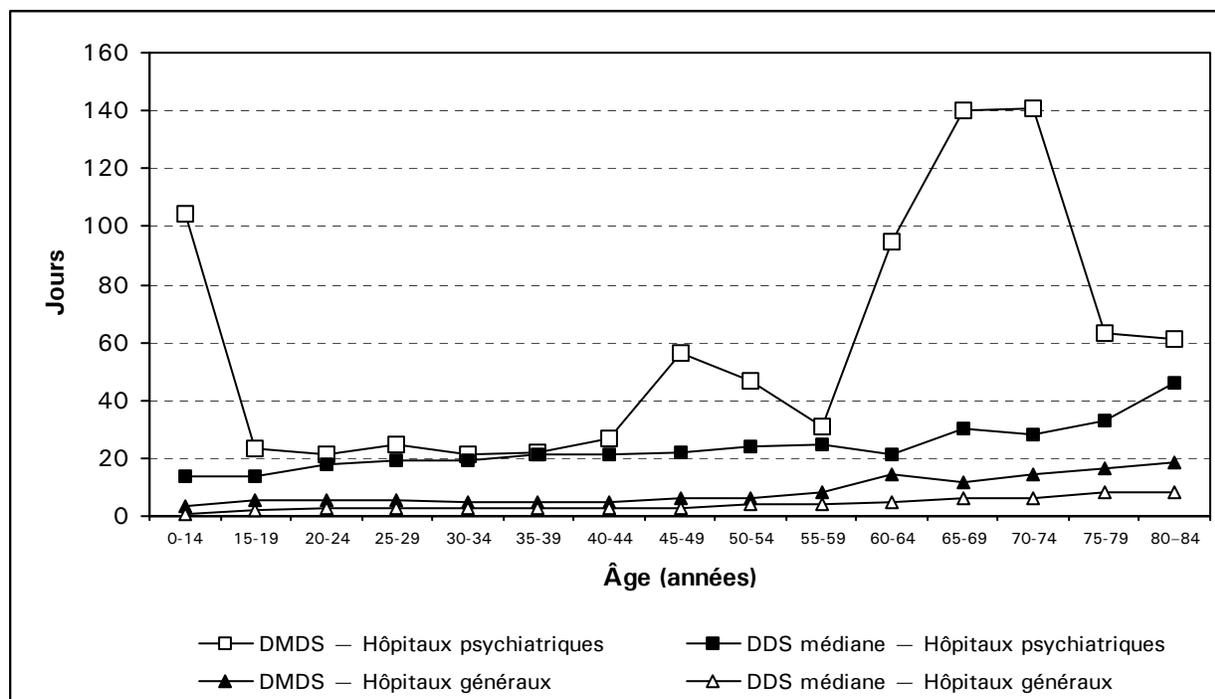


Figure 5.4 Durées moyennes et médianes du séjour pour un trouble lié à la consommation de substances psychotropes, par âge et type d'hôpital, 2002-2003

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Comorbidité

Le rôle considérable que jouent les troubles liés à la consommation de substances psychotropes dans toute une gamme de comportements criminels ou à risque (Pernanen, 2002) et dans d'autres maladies (Hood et al., 2002) mérite qu'on les étudie en tant que conditions comorbides ou coexistantes. En général, pour plus des trois quarts des sorties dans lesquelles ils étaient en cause, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient un diagnostic secondaire sans que le diagnostic primaire ne soit de nature psychiatrique. À titre de diagnostic primaire, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes représentaient 0,8 % de toutes les sorties des hôpitaux généraux en 2002-2003 (figure 1.9). Toutefois, lorsqu'on tenait compte des diagnostics secondaires (du 2^e au 25^e), selon les données de 2002-2003 de la Base de données sur la morbidité hospitalière, on a découvert que les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient en cause dans 2,8 % de plus des sorties dont le diagnostic primaire n'était pas de nature psychiatrique. Ainsi, au total, 3,6 % de toutes les sorties des hôpitaux généraux affichaient un diagnostic lié à la consommation de substances psychotropes.

Quant au rôle dans les troubles concomitants⁷, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient un diagnostic secondaire dans 14,5 % de toutes les autres sorties des hôpitaux de soins de courte durée associées à des troubles psychiatriques. Les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient un diagnostic secondaire pour 15,9 % des sorties dont le diagnostic primaire était la schizophrénie, pour 16,8 % des sorties dont le diagnostic primaire était le trouble bipolaire et pour 17,6 % des sorties dont le diagnostic primaire était la dépression.

Résumé

Les sorties des hôpitaux associées aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes et provenaient en plus grand nombre des hôpitaux généraux par comparaison avec les hôpitaux psychiatriques. Les séjours à l'hôpital pour des troubles liés à la consommation de substances psychotropes avaient tendance à être plus courts que ceux des patients atteints d'autres troubles psychiatriques. Bien souvent, ces séjours se limitaient à une seule journée. Les sorties associées aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient vraiment nombreuses dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans et ont atteint un sommet chez les 45 à 49 ans. Les troubles liés à la consommation de substances psychotropes étaient plus fréquents à titre de diagnostic secondaire que primaire pour les sorties des hôpitaux généraux. Cette affirmation est vraie tant pour les diagnostics primaires de nature psychiatrique que non psychiatrique.

7. Les troubles concomitants font généralement référence aux troubles liés aux substances combinés à un autre trouble psychiatrique.

Références

- Centre canadien de Lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Canadian addictions survey: Prevalence of use and related harms*, 2005.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *The costs of substance abuse in Canada: Highlights of a major study of the health, social and economic costs associated with the use of alcohol, tobacco and illicit drugs*, 1996.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Canadian profile: Alcohol, tobacco and other drugs*, 1999.
- Ceiley, J. W., A. B. Douaihy et I. M. Salloum. « Prevalence and impact of medical misorders in hospitalized psychiatric patients with comorbid substance Use Disorders », *Addictive Disorders and Their Treatment*, vol. 4 (2005), pages 65-70.
- Enns, M. W., R. J. Swenson, R. S. McIntyre, R. P. Swinson et S. H. Kennedy (CANMAT Depression Work Group). « Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: VII. Comorbidity », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 46, encart n° 1 (2001).
- Hattenschwiler, J., P. Ruesch et J. Modestin. « Comparison of four groups of substance-abusing in-patients with different psychiatric comorbidity », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104, n° 1 (juillet 2001), pages 59-65.
- Hood, C., C. Mangham, D. Mcguire et G. Leigh. *Exploring the links between substance use and mental health. Section I (A discussion paper)*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
- Jackson, C. T., D. Fein, S. M. Essock et K. T. Mueser. « The effects of cognitive impairment and substance abuse on Psychiatric hospitalizations », *Community Mental Health Journal*, vol. 37 (2001), pages 303-312.
- Pernanen, K., M. Cousineau, S. Brocu et F. Sun. *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002.
- Ries, R., M. Mullen et G. Cox. « Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 45, n° 6 (juin 1994), pages 562-568.
- Statistique Canada. « Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being », *The Daily* (3 septembre 2003), 2003.
- Verduin, Marcia L., Rickey E. Carter, K. T. Brady, H. Myrick et M. A. Timmerman. « Health service use among persons with comorbid bipolar and substance use disorders », *Psychiatric Services*, vol. 56 (2005), pages 475-480.

Annexe A

Tableau A1 Catégories de diagnostic et codes de la CIM-9

Catégories de diagnostic	Sous-catégorie	Code de la CIM-9
Troubles organiques	États psychotiques séniles et préséniles	290.0-290.9
	États psychotiques organiques transitoires	293.0, 293.1, 293.8, 293.9
	Autres états psychotiques organiques (chroniques)	294.0, 294.1, 294.8, 294.9
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	Psychoses alcooliques	291.0-291.9
	Psychoses dues aux drogues	292.0-292.9
	Syndrome de dépendance alcoolique	303.0-303.9
	Pharmacodépendance	304.0-304.9
	Abus de drogues chez une personne non dépendante	305.0-305.9
Troubles schizophréniques et psychotiques	Psychoses schizophréniques	295.0-295.9
	Psychose réactionnelle autre et non précisée	298.8-298.9
	Paranoïa	297.1-297.3
Troubles affectifs	Bipolaire	296.0-296.1, 296.4-296.9
	Dépression	296.2, 296.3, 300.4, 311
Troubles anxieux	Anxiété	300.0, 300.2, 300.3, 309.8
	États réactionnels aigus, autres	308.3
Troubles de la personnalité	Troubles de la personnalité	301.0-301.9
Autres troubles	Troubles de l'adaptation	309.0-309.4, 309.8-309.9
	Troubles du fonctionnement physiologique d'origine psychique	306.0-306.9
	Déviations et troubles sexuels	302.0-302.9
	États délirants	297.0-297.3, 297.8-297.9
	Troubles de la conduite non classés ailleurs	312.0-312.4, 312.8-312.9
	Autres psychoses non organiques	298.0-298.4
	Tout autre trouble psychiatrique	

Source : Classification internationale des maladies, 9^e révision, tableau 1.

Tableau A2 Groupes d'âge, nombre et pourcentage de sorties

Âge	Nombre	Pourcentage
Moins de 1 an	61	0,0
De 1 à 4 ans	128	0,1
De 5 à 9 ans	912	0,5
De 10 à 14 ans	5 016	2,6
De 15 à 19 ans	14 092	7,4
De 20 à 24 ans	15 114	7,9
De 25 à 29 ans	14 493	7,6
De 30 à 34 ans	16 248	8,5
De 35 à 39 ans	19 997	10,5
De 40 à 44 ans	21 693	11,4
De 45 à 49 ans	18 352	9,6
De 50 à 54 ans	14 087	7,4
De 55 à 59 ans	9 624	5,1
De 60 à 64 ans	6 740	3,5
De 65 à 69 ans	6 102	3,2
De 70 à 74 ans	6 573	3,5
De 75 à 79 ans	7 203	3,8
De 80 à 84 ans	6 719	3,5
De 85 à 90 ans	4 856	2,6
90 ans et plus	2 553	1,3

Source : BDSMMH, ICIS, 2002-2003.

Annexe B – Notes méthodologiques

Comparabilité

Il faut faire preuve de discernement lorsqu'on compare plusieurs années de données de la BDSMMH, ou les données d'un secteur de compétence à l'autre, en raison des changements réguliers et continus apportés à la base de sondage de la BDSMMH et de la mise en œuvre de la CIM-10-CA. Les changements à la base de sondage sont une conséquence entre autres des fermetures d'hôpitaux, de la restructuration de la prestation des services de santé mentale, des fusions d'hôpitaux, et ainsi de suite. Au Canada, les 20 dernières années ont été témoins de changements constants dans la prestation des services en santé mentale et, par conséquent, la base de sondage de la BDSMMH a subi d'importants changements d'une année à l'autre.

Respect de la vie privée et confidentialité

Le Secrétariat au respect de la vie privée de l'ICIS a créé une série de directives pour protéger le caractère confidentiel des données que l'ICIS reçoit. Ces directives régissent la publication des données dans les rapports, les communiqués de presse, sur le site Web de l'ICIS ainsi que dans les demandes et les études spéciales. Selon les directives, une cellule doit contenir au moins cinq observations. Lorsque les renseignements permettent d'identifier une personne ou un établissement soit directement, soit en combinant ou en couplant les données, ces dernières doivent être agrégées à des niveaux supérieurs afin d'éviter la divulgation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité, veuillez consulter le site Web www.icis.ca.

Méthodes

La BDSMMH se compose de deux éléments principaux : les données des hôpitaux psychiatriques compilées par l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier et les données sur les sorties des patients en psychiatrie des hôpitaux généraux qui, elles, sont tirées d'un sous-ensemble de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). La base de données actuelle renferme des renseignements sur les dates d'admission et de sortie ainsi que sur les diagnostics et les caractéristiques démographiques des patients qui ont obtenu leur congé des hôpitaux en 2002-2003.

On a procédé à des vérifications préliminaires de la qualité des données pour évaluer la participation des hôpitaux et l'intégralité des données. Certains indicateurs dont on s'est servi dans le rapport étaient fondés sur des variables dérivées, comme l'âge, les regroupements de diagnostics, les indicateurs des hôpitaux et un indicateur de la présence d'une condition comorbide. On s'est servi du champ du diagnostic primaire de la CIM-9 pour classer les sorties dans une des sept grandes catégories de psychiatrie et de toxicomanie (annexe A).

Analyse

Des analyses descriptives ont été menées sur l'âge, le sexe et les groupes de diagnostic. Les taux normalisés selon l'âge des sorties des hôpitaux (par 100 000 habitants) ont été calculés en fonction de la population canadienne de 2002.

Définitions des indicateurs sur les services de santé mentale et de toxicomanie

1. Taux brut de sorties des hôpitaux associées à une maladie mentale ou à la toxicomanie, 2002-2003

Numérateur : Nombre de sorties des hôpitaux psychiatriques et généraux dont le diagnostic primaire est une maladie mentale ou la toxicomanie (CIM-9 : 290-319) au cours de l'exercice dans les provinces et les territoires

Dénominateur : Nombre d'habitants de la province ou du territoire.

2. Taux normalisé selon l'âge des sorties associées à une maladie mentale ou à la toxicomanie, 2002-2003

Les taux bruts de sorties des hôpitaux des provinces et des territoires sont normalisés en fonction de l'âge de la population canadienne de 2002. Les estimations démographiques sont fournies par Statistique Canada.

3. Durée moyenne du séjour pour les diagnostics de maladie mentale et de toxicomanie, 2002-2003

Numérateur : Nombre total de jours d'hospitalisation au cours d'un exercice pour les sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques dont le diagnostic primaire est une maladie mentale ou la toxicomanie (CIM-9 : 290-319).

Dénominateur : Nombre total de sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques au cours d'un exercice dont le diagnostic primaire est une maladie mentale ou la toxicomanie (CIM-9 : 290-319).

4. Pourcentage des nombres totaux de sorties des hôpitaux généraux associées à une maladie mentale ou à la toxicomanie, 2002-2003

Numérateur : Nombre total de sorties des hôpitaux généraux au cours d'un exercice dont le diagnostic primaire est une maladie mentale ou la toxicomanie (CIM-9 : 290-319).

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

Remarque : Calculé uniquement pour les hôpitaux généraux. On considère que toutes les sorties des hôpitaux psychiatriques sont associées à un diagnostic primaire de maladie mentale ou de toxicomanie.

5. Pourcentage des jours passés dans les hôpitaux généraux en raison d'une maladie mentale ou de la toxicomanie, 2002-2003

Numérateur : Total des jours d'hospitalisation au cours d'un exercice pour les sorties des hôpitaux généraux dont le diagnostic primaire est une maladie mentale ou la toxicomanie (CIM-9 : 290-319).

Dénominateur : Total des jours d'hospitalisation des sorties des hôpitaux généraux au cours d'un exercice.

Remarque : Calculé uniquement pour les hôpitaux généraux. On considère que toutes les sorties des hôpitaux psychiatriques sont associées à un diagnostic primaire de maladie mentale ou de toxicomanie.

Annexe C – Glossaire

Moyenne tronquée de 1 %

Mesure de tendance principale par laquelle on supprime les 0,5 % supérieurs et inférieurs des valeurs d'un échantillon. Ensuite, on calcule la moyenne de cet échantillon. La moyenne tronquée sert à réduire les effets des valeurs extrêmes ou aberrantes dans la moyenne.

Taux de sorties normalisés selon l'âge

Les taux de sorties normalisés selon l'âge sont ajustés en fonction des différences prédominantes dans les structures de l'âge entre les populations. Ils permettent de comparer les statistiques sur les sorties comme si toutes les populations affichaient la même répartition selon l'âge.

Troubles anxieux

Un état excessif d'anxiété, de peur ou de préoccupation qui pousse la personne malade à éviter les situations qui suscitent l'anxiété ou à développer des rituels compulsifs visant à réduire l'anxiété. Les troubles anxieux comprennent notamment les troubles anxieux généralisés, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles paniques et la phobie sociale.

Durée moyenne du séjour (DMDS)

La durée moyenne du séjour représente le nombre moyen de jours passés à l'hôpital et elle se calcule par le nombre total de jours-présence divisé par le nombre de sorties connexes (sorties et congés des hôpitaux). Les durées des séjours saisies dans la BDSMMH varient d'une journée à plusieurs décennies. Ainsi, la durée moyenne du séjour calculée peut être relativement élevée en raison de certaines durées du séjour exceptionnellement longues d'un ou de plusieurs patients. À titre de référence supplémentaire de mesure de tendance centrale, la durée médiane du séjour est également présentée dans le rapport.

Diagnostic comorbide

La présence de maladies coexistantes par rapport à un premier diagnostic ou par rapport à l'état dont il est question dans l'étude. La comorbidité peut influencer la capacité des personnes atteintes à fonctionner ainsi qu'à survivre. Elle peut servir à titre d'indicateur pronostique pour la durée du séjour à l'hôpital.

Trouble concomitant

La présence d'un trouble lié à la consommation de substances psychotropes et de tout autre trouble psychiatrique.

Diagnostic concomitant

Deux maladies présentes en même temps chez un patient.

Taux brut

Le nombre de nouveaux cas ou de décès par 100 000 habitants par année, sans considération pour les répartitions selon l'âge et le sexe.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)

Ce manuel publié par l'*American Psychiatric Association* classe et définit les troubles mentaux. Il présente de l'information sur leurs caractéristiques diagnostiques ainsi que sur leur prévalence, leur développement et sur les diagnostics différentiels.

Exercice

L'exercice financier de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier s'étend sur la période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003.

Hôpital général

Un hôpital financé par le secteur public qui fournit des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés et aux clients qui présentent toute une gamme de maladies et de blessures. Les services des hôpitaux généraux ne sont pas limités à un groupe d'âge précis, ni à un sexe en particulier. La base de sondage de la BDSMMH englobe des types d'établissement tels les hôpitaux généraux qui ne dispensent pas de programmes d'enseignement et qui ont ou non des unités de soins de longue durée, les hôpitaux pédiatriques, les hôpitaux généraux d'enseignement et les établissements spécialisés (c.-à-d. de traitement contre le cancer, de cardiologie, de maternité, de soins prolongés et pour malades chroniques, les hôpitaux de réadaptation, les instituts de neurologie, les hôpitaux d'orthopédie, etc.). Veuillez communiquer avec l'ICIS pour obtenir de plus amples renseignements sur les types d'établissements compris dans la base de sondage de la BDSMMH.

Sortie de l'hôpital

Une sortie de l'hôpital signifie la sortie d'un patient hospitalisé d'un hôpital, que ce soit en raison d'un congé ou d'un décès. Les enregistrements de sortie sont remplis par les hôpitaux pour chacun des patients qui obtient son congé ou meurt à l'hôpital. Ils renferment des données sur la fréquence relative des maladies et les tendances de morbidité connexes.

Incidence

Le nombre de nouveaux cas de blessures ou de maladies pour une période donnée.

Sorties des hôpitaux par 100 000 habitants

Les taux de sorties des hôpitaux sont une mesure de l'utilisation des services hospitaliers. Il s'agit du nombre total de sorties des hôpitaux d'un sous-groupe en particulier (ici, les patients hospitalisés en raison d'une maladie mentale) dans une région donnée au cours d'une période déterminée, divisé par le nombre d'habitants de la région, multiplié par un facteur de 100 000.

Services psychiatriques aux patients hospitalisés

Les services psychiatriques dispensés aux patients admis à l'hôpital.

Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision (CIM-9)

Une série de codes convenus à l'échelle internationale servant à classer les diagnostics et les états médicaux. Les archivistes médicales se servent de ces codes lors de la transcription des dossiers rédigés par les médecins aux abrégés soumis aux bases de données de l'ICIS.

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada (CIM-10-CA)

La CIM-10-CA classe les maladies, les traumatismes, les causes de décès ainsi que les causes extérieures de traumatisme et d'empoisonnement. La classification contient 23 chapitres avec des catégories et des sous-catégories alphanumériques. Contrairement à la CIM-9, la CIM-10-CA dépasse les limites des soins hospitaliers de courte durée. La CIM-10-CA comprend également des états et des situations qui ne sont pas des maladies mais qui représentent des facteurs de risque pour la santé, comme les facteurs professionnels et environnementaux, les habitudes de vie et les circonstances psychosociales.

Secteurs de compétence

Terme servant à désigner les provinces et les territoires.

Durée médiane du séjour

La durée médiane du séjour à l'hôpital constitue la valeur intermédiaire dans la répartition de toutes les durées du séjour des patients. Dans la BDSMMH, certains patients présentent des durées du séjour en années et, dans certains cas, en décennies. La durée médiane du séjour donne une valeur nullement influencée par les valeurs extrêmes, contrairement à la durée moyenne du séjour (voir *durée moyenne du séjour*).

Trouble de l'humeur

Les personnes atteintes de troubles de l'humeur subissent soit une dépression, soit une manie, soit les deux. Celles atteintes de dépression peuvent se sentir tellement nulles, tristes et vides que ces sentiments les empêchent de fonctionner efficacement. Celles atteintes de manie sont extrêmement énergétiques et peuvent s'imaginer des aptitudes démesurées. Les troubles de l'humeur comprennent notamment les troubles dépressifs majeurs, bipolaires et dysthymiques.

Trouble organique

Les personnes atteintes de troubles organiques subissent un changement physiologique ou structurel détectable dans un organe, habituellement le cerveau, ce qui touche leurs fonctions cognitives. Les troubles organiques comprennent notamment la maladie d'Alzheimer et de Parkinson.

Trouble de la personnalité

Les troubles de la personnalité se caractérisent par des anomalies profondes dans les expériences et les comportements qui se transforment en sautes d'humeur, en pensées décousues ainsi qu'en difficulté à contrôler ses impulsions et à entretenir des relations personnelles. Les exemples des troubles de la personnalité comprennent notamment les cas limites, narcissiques et paranoïaques.

Diagnostic primaire de psychiatrie

Le diagnostic responsable de la plus grande proportion du séjour.

Pourcentage de la durée du séjour

La mesure dans laquelle un groupe (type d'hôpital, âge, secteur de compétence) représente le nombre total de jours d'hospitalisation. Cette valeur est interchangeable avec le pourcentage de jours d'hospitalisation.

Hôpital psychiatrique

Au Canada, il n'existe pas de définition standard pour les hôpitaux psychiatriques. Aux fins du présent rapport et de la collecte de données de l'ICIS, les hôpitaux psychiatriques sont des établissements de soins médicaux qui dispensent des services psychiatriques aux patients hospitalisés ou en consultation externe et qui ont été nommés par les provinces à titre d'établissements qui devraient participer à l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier de l'ICIS.

Troubles schizophréniques et psychotiques

Les troubles schizophréniques et psychotiques se caractérisent par la pensée décousue, les délires et les hallucinations qui peuvent mener à un comportement atypique. Ces signes et symptômes sont assez graves pour empêcher le bon fonctionnement dans la vie quotidienne.

Trouble psychiatrique secondaire

Tout diagnostic par ordre d'importance d'un patient en particulier, que ce soit le deuxième ou le vingt-cinquième.

Taux de sorties

Voir taux de sorties des hôpitaux par 100 000 habitants.

Troubles liés à la consommation de substances psychotropes

Les troubles liés à la consommation de substances psychotropes comprennent l'abus de substances psychotropes ou la dépendance à celles-ci. Les substances comprennent entre autres l'alcool, la marijuana, la cocaïne et l'héroïne.

Total de jours-patients

La somme des jours d'hospitalisation au cours d'une période de déclaration.

Annexe D – Autres sources d'information

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	http://www.ccsa.ca/ccsa/
Association canadienne pour la santé mentale	http://www.cmha.ca/bins/index.asp
Association des psychiatres du Canada	http://www.cpa-apc.org/
Société canadienne de psychologie	http://www.cpa.ca/
Centre de toxicomanie et de santé mentale	http://www.camh.net/
Santé Canada	http://www.hc-sc.gc.ca/
Agence de santé publique du Canada	http://www.phac-aspc.gc.ca/
Société canadienne de la schizophrénie	http://www.schizophrenia.ca/
La Société pour les troubles de l'humeur du Canada	http://www.mooddisorderscanada.ca/
Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale	http://www.camimh.ca/
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	http://www.who.int/mental_health/en/

