



Services de santé mentale  
en milieu hospitalier  
au Canada, 2003-2004

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier



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 les photocopies et 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, rue Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ontario)  
K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120

[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 13 : 978-1-55392-946-8 (PDF)

ISBN 10 : 1-55392-946-2 (PDF)

© 2006 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Hospital Mental Health Services in Canada 2003-2004*, Ottawa, ICIS, 2006.

This publication is also available in English under the title  
*Hospital Mental Health Services in Canada, 2003-2004*

ISBN 13: 978-1-55392-944-4 (PDF)

ISBN 10: 1-55392-944-6 (PDF)

# Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004

## Table des matières

Remerciements.....	i
Sommaire .....	iii
Avant-propos .....	vii
Introduction .....	1
Chapitre un — Le point de vue pan-canadien.....	3
Types d'hôpitaux.....	4
Âge .....	11
Sexe .....	13
Troubles concomitants .....	16
En résumé .....	20
Références.....	21
Chapitre deux — Perspectives provinciales, territoriales et régionales .....	23
Diagnostics secondaires .....	28
Données régionales .....	28
En résumé .....	30
Chapitre trois — Réadmissions à l'hôpital général.....	31
Introduction .....	31
Comparaisons des probabilités de réadmission dans les hôpitaux généraux.....	32
Âge .....	33
Durée du séjour à l'hôpital .....	34
Analyse confirmatoire.....	34
Probabilités de réadmission selon le diagnostic .....	35
Maladie mentale concomitante .....	37
Diagnostic mixte et réadmission .....	38
En résumé .....	40
Références.....	41
Annexe A — Catégories et sous-catégories de diagnostics de maladie mentale .....	A-1
Annexe B — Notes méthodologiques.....	B-1
Annexe C — Glossaire.....	C-1
Annexe D .....	D-1

# Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004

## Liste des figures

Figure i	Taux de sorties des hôpitaux pour la maladie mentale, selon le type d'hôpital, de 1994-1995 à 2003-2004.....iv
Figure ii	Durée moyenne du séjour pour la maladie mentale, selon le type d'hôpital, de 1994-1995 à 2003-2004..... v
Figure 1.1	Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux associées à la maladie mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 ..... 8
Figure 1.2	Pourcentage des sorties des hôpitaux psychiatriques associées à la maladie mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 ..... 9
Figure 1.3	Pourcentage des durées du séjour dans les hôpitaux généraux, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004..... 10
Figure 1.4	Pourcentage de la durée du séjour dans les hôpitaux psychiatriques, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004..... 10
Figure 1.5	Pourcentage des sorties des patients de sexe masculin, associées à la santé mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques) ..... 13
Figure 1.6	Pourcentage des sorties des patients de sexe féminin, associées à la santé mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques) ..... 14
Figure 1.7	Pourcentage des durées du séjour des patients de sexe masculin, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques) ..... 15
Figure 1.8	Pourcentage des durées du séjour des patients de sexe féminin, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques) ..... 15
Figure 1.9	Total des sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic primaire ou secondaire de maladie mentale, 2003-2004 ..... 16
Figure 2.1	Pourcentage de sorties par type de diagnostic et par secteur de compétence, 2003-2004 ..... 25
Figure 2.2	Taux de sortie normalisés selon l'âge par 100 000 habitants, selon des catégories de diagnostic choisies, pour les provinces et territoires (hôpitaux généraux et psychiatriques, 2003-2004 ..... 26
Figure 2.3	Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic psychiatrique, selon la province et le territoire, 2003-2004..... 28
Figure 3.1	Pourcentages de réadmission, selon les patients admis dont le diagnostic responsable de la plus grande partie du séjour était lié à une maladie mentale (hôpitaux généraux), 2003-2004 ..... 38

# Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004

## Liste des tableaux de texte

Tableau 1.1	Nombre et pourcentage des sorties, DDS médiane, DMDS, DMDS tronquée de 1 % et DDS totale, selon la catégorie de diagnostic (hôpitaux généraux et psychiatriques), 2003-2004.....	4
Tableau 1.2	Caractéristiques des populations, selon le type d'hôpital, 2003-2004 .....	6
Tableau 1.3	Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 .....	7
Tableau 1.4	Pourcentage des sorties, selon la catégorie de diagnostic et le groupe d'âge, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques) .....	11
Tableau 1.5	Pourcentage des durées totales et médianes du séjour, selon la catégorie de diagnostic et le groupe d'âge, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques).....	12
Tableau 1.6	Comparaison des sorties associées à la maladie mentale, avec ou sans trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes, 2003-2004 (hôpitaux généraux) .....	18
Tableau 1.7	Sorties, total de la DDS, total de la DDS en soins de courte durée, séjour ANS et DMDS selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 .....	19
Tableau 2.1	Taux et fréquence des sorties, selon le type d'hôpital, la province et le territoire, 2003-2004 .....	24
Tableau 2.2	Total des jours-patients, durées moyennes et médianes du séjour pour les sorties associées à la maladie mentale, 2003-2004 .....	27
Tableau 2.3	Sorties comportant un ANS, jours ANS, pourcentage de jours d'hospitalisation ANS et nombre de jours ANS par sortie, selon la province ou le territoire, 2003-2004.....	29
Tableau 3.1	Probabilité de réadmission après moins d'un an, en pourcentage (hôpitaux généraux), 2003-2004 .....	33
Tableau 3.2	Risque ajusté de réadmission des patients dont le diagnostic responsable de la plus grande partie du séjour était lié à une maladie mentale lors de la première admission (hôpitaux généraux), 2003-2004 .....	35
Tableau 3.3	Probabilité de réadmission après un an (par 100 personnes), patients atteints ou non d'une maladie mentale concomitante (hôpitaux généraux), 2003-2004 .....	36
Tableau D-1	Indicateurs de services de santé mentale dans les hôpitaux régionaux (hôpitaux généraux), 2003-2004.....	D-1
Tableau D-2	Taux de densité de l'incidence de réadmission, selon les caractéristiques des patients (hôpitaux généraux), 2003-2004.....	D-4

# Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004

## Liste des tableaux de texte (suite)

Tableau D-3	Taux brut et rajusté de risque de réadmission des patients admis en raison d'un diagnostic principal de maladie mentale lors de la première admission (hôpitaux généraux), 2003-2004.....	D-4
Tableau D-4	Taux de densité de l'incidence de réadmission chez les patients admis en raison d'un diagnostic principal de maladie mentale (hôpitaux généraux), 2003-2004 .....	D-5

## **Remerciements**

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution au rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004*.

Le rapport a été rédigé par Nawaf Madi, Helen Zhao et Jerry Fang Li, de la section de la Santé mentale et de la Toxicomanie. Les divisions de l'ICIS ont réalisé les activités entourant la communication, la publication et la traduction du rapport.

Le rapport repose principalement sur les données de 2003-2004 de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier. Cette base de données a été élaborée grâce à la généreuse collaboration du groupe des Opérations des technologies de l'information de l'ICIS, de Statistique Canada et des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé. L'ICIS souhaite en outre remercier les membres du groupe consultatif d'experts ainsi que les examinateurs pour leurs précieux conseils et commentaires.

Veillez noter que les analyses et les conclusions du rapport ne reflètent pas nécessairement l'opinion des personnes ou des organismes susmentionnés.





## Sommaire

Le rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004* se sert des données de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) pour examiner l'utilisation des services offerts aux patients hospitalisés atteints d'une maladie mentale. L'information que contient ce rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) retiendra l'attention de quiconque s'intéresse aux aspects politiques, cliniques et de gestion des services de la santé et de la santé mentale. Il retiendra également l'attention des personnes qui s'intéressent de près ou de loin aux services de santé et de santé mentale au Canada. Les renseignements et les analyses du rapport portent principalement sur les sorties des patients hospitalisés (conгés ou décès), l'un des volets de la grande famille des services de santé mentale.

Le niveau d'utilisation des services hospitaliers de santé mentale de 2003-2004, défini d'après les sorties, était très semblable au niveau observé lors de l'exercice financier précédent; toutefois, les perspectives à long terme laissent entrevoir un recul. En 2003-2004, les hôpitaux canadiens ont déclaré 192 562 sorties associées à une maladie mentale. Ces données représentent un taux normalisé selon l'âge de 586 sorties par 100 000 habitants, ce qui ressemble beaucoup au taux observé en 2002-2003 (592 sorties par 100 000 habitants). Sur une période de dix ans commençant en 1994-1995, on remarque une nette tendance à la baisse des hospitalisations (figure i). La figure ii montre un recul similaire de la tendance sur dix ans de la durée moyenne du séjour (DMDS). En effet, en 2003-2004, la DMDS était de 35 jours, une diminution de 47 % par rapport aux 66 jours enregistrés en 1994-1995.

Bien que les services hospitaliers de santé mentale soient généralement considérés comme étant du domaine des hôpitaux psychiatriques spécialisés, en réalité, la plupart des hospitalisations en raison d'une maladie mentale ont lieu dans un établissement de soins de courte durée. En 2003-2004, les hôpitaux généraux ont enregistré 86,5 % des sorties liées à une maladie mentale et les hôpitaux psychiatriques, le pourcentage restant, soit 13,5 %. Ces proportions ressemblent beaucoup à celles de l'exercice précédent; elles témoignent cependant du rôle davantage prépondérant que jouent les hôpitaux généraux par rapport aux deux dernières décennies (82,5 % des sorties en 1983-1984 et 84,7 % des sorties en 1993-1994).

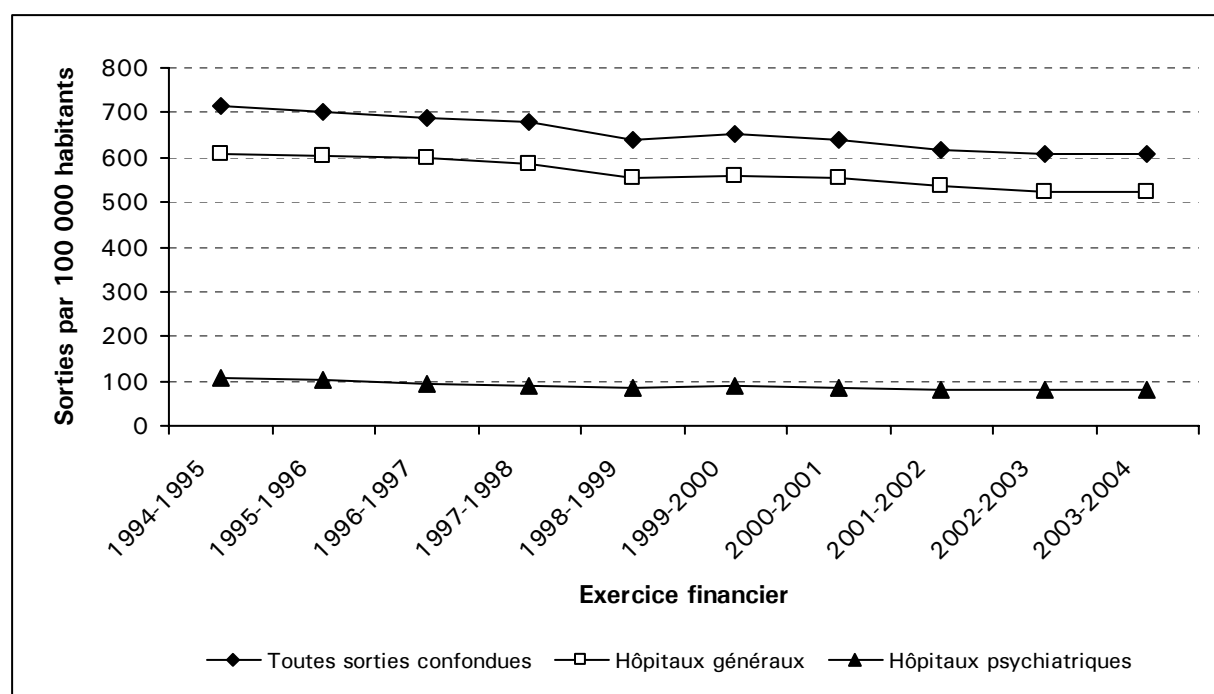
Comparativement aux sorties des hôpitaux généraux, les sorties des hôpitaux psychiatriques visaient plus fréquemment des maladies graves (schizophrénie) qui ont nécessité des soins spécialisés. Les différences dans le type de services que dispensent les hôpitaux généraux et psychiatriques transparaissent dans les écarts relatifs à la DMDS entre les deux types d'institutions, qui s'élevaient à 16,9 jours et à 148,5 jours, respectivement. Ces chiffres sont toutefois plus élevés que la moyenne de sorties des hôpitaux de 7,2 jours observée pour les diagnostics autres que psychiatriques.

La catégorie des diagnostics psychiatriques la plus courante, relativement aux sorties des hôpitaux, touchait les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire), sans égard au groupe d'âge ou à la province ou au territoire. Par contre, la proportion la plus importante

de jours d'hospitalisation était attribuable aux troubles schizophréniques et psychotiques. L'état de nombreux patients ayant obtenu leur congé des hôpitaux et dont le séjour était associé à une maladie mentale était affecté par la consommation d'alcool et de drogues. En 2003-2004, près de 20 % des sorties des hôpitaux associées à un diagnostic psychiatrique visaient un trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes.

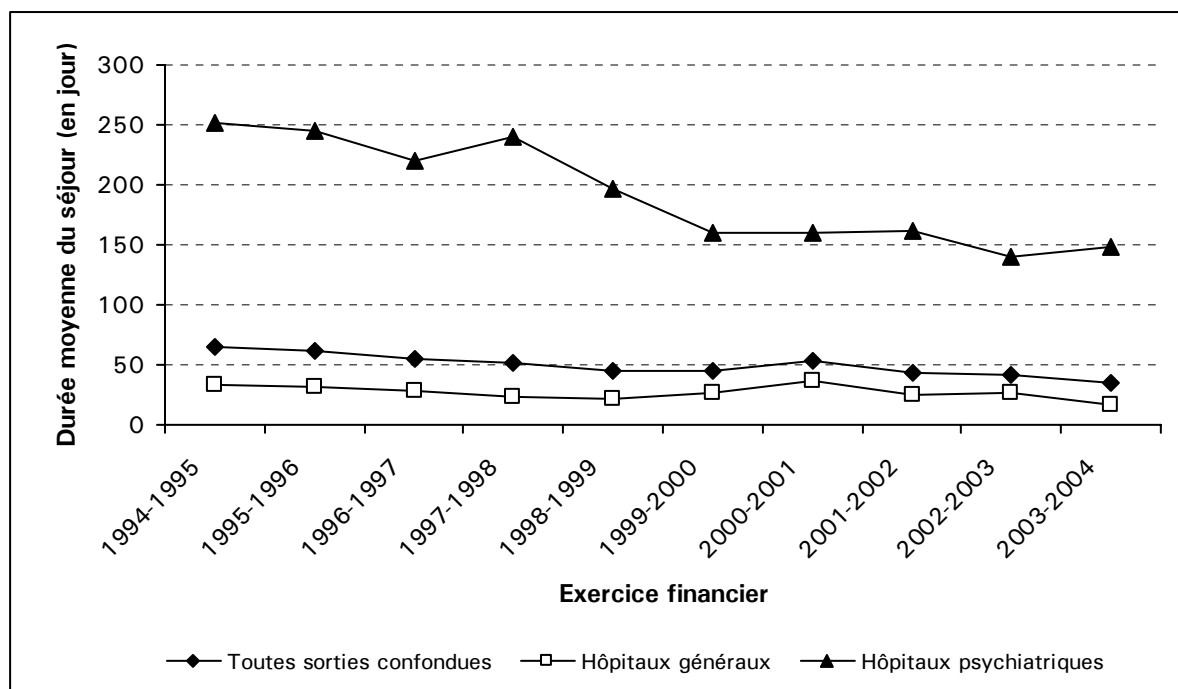
Les différences dans les taux de sortie des provinces et des territoires se rapprochent des différences systémiques observées dans la prestation des services de santé mentale en milieu hospitalier d'un point de vue pan-canadien. Les données régionales liées à ces mêmes indicateurs démontrent bien les variations provinciales et territoriales dans les services de santé mentale en milieu hospitalier.

Les réadmissions non planifiées sont généralement considérées comme des événements indésirables. Le taux de réadmission dans les hôpitaux généraux, la première année suivant un épisode initial d'hospitalisation, était 35,5 % plus élevé chez les personnes présentant un diagnostic principal de maladie mentale que chez les personnes dont le diagnostic principal n'était pas lié à une maladie psychiatrique. Les réadmissions à l'hôpital général étaient plus fréquentes chez les personnes présentant un diagnostic de troubles de la personnalité ou de troubles schizophréniques et psychotiques. De plus, parmi les personnes dont la maladie mentale était le diagnostic principal, celles qui souffraient d'un trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes étaient plus souvent réadmis à l'hôpital que les autres.



**Figure i Taux de sorties des hôpitaux pour la maladie mentale, selon le type d'hôpital, de 1994-1995 à 2003-2004**

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.



**Figure ii** Durée moyenne du séjour pour la maladie mentale, selon le type d'hôpital, de 1994-1995 à 2003-2004

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.



## Avant-propos

Les services hospitaliers de santé mentale destinés aux patients hospitalisés jouent un rôle important, même s'ils ne représentent qu'une fraction de l'ensemble des soins de santé qui englobe les soins de santé primaires, en consultation externe, et communautaires. Les services hospitaliers de santé mentale revêtent une importance particulièrement manifeste chez les personnes souffrant des troubles les plus sévères et persistants (qui ne se limitent certainement pas à cette population [Dewa, Rochefort, Rogers et Goering, 2003]). Par exemple, on estime qu'environ 1 % des Canadiens sont atteints de schizophrénie et qu'environ 12 % souffrent de troubles d'anxiété. Toutefois, la proportion des sorties des hôpitaux (congé ou décès) et celle du nombre de jours d'hospitalisation liés à la schizophrénie - une maladie habituellement plus grave et débiliteuse — sont respectivement quatre fois et vingt fois plus importantes que celles qui sont liées aux troubles d'anxiété.

Le rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003* de l'ICIS, publié en 2005, étudie les changements survenus dans la prestation des services hospitaliers de santé mentale; on y constate un recul général de la quantité et de la durée des services. Selon les données de 2003-2004, le profil des sorties des hôpitaux et de la durée des épisodes de soins aux patients hospitalisés, bien que très similaire à celui de l'exercice précédent, a reculé sur une période de dix ans. Ce recul nécessite une étude plus approfondie; on estime cependant qu'il pourrait en partie s'expliquer par une capacité réduite découlant de la réduction du nombre de lits attribués aux soins psychiatriques et du recours accru aux services communautaires de santé mentale, comme les équipes de traitement communautaire dynamique.

Les hospitalisations en raison d'une maladie mentale sont souvent associées à des coûts socioéconomiques importants. Les épisodes d'hospitalisation découlant d'une dégradation de l'état de santé mentale ont souvent pour effet de perturber grandement le cours normal de la vie privée et professionnelle des personnes atteintes de maladies mentales. En outre, malgré une diminution du recours aux services hospitaliers de santé mentale, leur coût tend à être beaucoup plus élevé que celui des autres types de soins directs de santé mentale (McCrone, Chisholm et Bould, 1999). Par conséquent, les services hospitaliers de santé mentale continuent de représenter la proportion la plus importante des coûts des soins directs de santé mentale au Canada (Stephens et Joubert, 2001).



## Introduction

Les renseignements présentés dans le rapport *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004* font le point sur les faits et les chiffres présentés dans les versions précédentes du rapport. Le présent rapport, tout comme ses prédécesseurs, offre un point de vue pancanadien, provincial et territorial sur certains indicateurs de base relatifs aux services hospitaliers offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Il se penche toutefois sur un certain nombre de sujets qui n'ont pas été étudiés dans les rapports précédents. Il analyse notamment les réadmissions à l'hôpital général, les autres niveaux de soins (ANS) ainsi que les données sur les troubles concomitants et les diagnostics mixtes; il présente de plus des données régionales sur un certain nombre d'indicateurs clés.

Le chapitre 1 présente une perspective pancanadienne des sorties des hôpitaux associées à la maladie mentale, dont la durée des séjours, ainsi que des descripteurs clés de la population ayant reçu des services hospitaliers en raison d'une maladie mentale. En outre, on y étudie et compare les données relatives aux hôpitaux généraux et psychiatriques.

Le chapitre 2 présente une répartition provinciale et territoriale des données sur les hospitalisations, dont les taux normalisés selon l'âge des sorties des hôpitaux, et une évaluation des catégories de diagnostics. Cette année, le rapport inclut les données régionales d'un certain nombre d'indicateurs clés des services hospitaliers de santé mentale. Il s'agit notamment des taux de sorties, des DMDS et des catégories de diagnostic les plus répandues dans les régions sanitaires comptant une population de 75 000 habitants et plus.

Le chapitre 3 traite des réadmissions à l'hôpital survenues au cours de l'exercice 2003-2004 en ce qui a trait aux sorties des hôpitaux de soins de courte durée associées à la maladie mentale. Les analyses, effectuées à l'aide des données de la BDMH de l'ICIS, se penchent sur les différences dans les taux de réadmission selon l'âge et le diagnostic et sur un certain nombre d'autres variables.

## Méthodes

Les analyses présentées dans le rapport reposent sur les données de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) de l'ICIS. La BDSMMH comprend des données sur les sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic principal de maladie mentale ainsi que des données sur les sorties des hôpitaux psychiatriques provinciaux. L'annexe A contient un tableau décrivant l'organisation de ces catégories de diagnostics. Le rapport s'intéresse particulièrement aux sorties des hôpitaux associées à la santé mentale; il ne prétend pas offrir un aperçu exhaustif des services de santé mentale ou même des services hospitaliers de santé mentale au Canada. Vous trouverez à l'annexe B un compte rendu plus détaillé des méthodes utilisées dans le rapport.

## Références

Institut canadien d'information sur la santé, *Services hospitaliers de santé mentale au Canada 2002-2003*, Ottawa, ICIS, 2005.

Dewa, C. S., Rochefort, D. A., Rogers, J. et Goering, P., « Left behind by reform: the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness », *Applied Health Economics and Health Policy*, 2, (2003) p. 43-54.

McCrone, P., Chisholm, D. et Bould, M., « Costing different models of mental health service provision », *Mental Health Research Review*, 6, (1999), p. 14-17.

Stephens, T. et Joubert, N., *The economic burden of mental health problems in Canada* (en ligne), Agence de santé publique du Canada, 2001. Internet :  
<[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/22-1/d\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/22-1/d_e.html)>.



## Chapitre un — Le point de vue pan-canadien

Dans ce chapitre d'introduction, nous examinons un certain nombre de dimensions des services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada. On y présente une perspective pancanadienne de l'utilisation des services par les personnes atteintes d'une maladie mentale en milieu hospitalier et de la portée de ces services selon les groupes d'âge, les catégories de diagnostic et les types d'hôpitaux. Il s'agit de données régionales, provinciales et territoriales. Par conséquent, nous n'avons pas tenu compte de certains détails ni des inévitables différences qu'on rencontre d'une province ou d'un territoire à l'autre, en matière notamment de politique, de modèle de prestation de services et de caractéristiques démographiques.

En 2003-2004, les personnes dont le diagnostic principal à la sortie était une maladie mentale avaient séjourné à l'hôpital plus de 6,6 millions de jours, pour la plupart (57,8 %) des séjours en hôpital psychiatrique.

Le tableau 1.1 présente les données agrégées sur les sorties des hôpitaux et les durées du séjour, selon la catégorie de diagnostic principal. La plupart des sorties associées à la maladie mentale comportaient un diagnostic primaire de trouble de l'humeur. Plus de 32 % de ces sorties comprenaient un ou deux diagnostics de cette catégorie (dépression ou trouble bipolaire). Par ailleurs, la proportion la plus importante du nombre de jours d'hospitalisation (36,6 %) visait les sorties associées aux troubles schizophréniques et psychotiques.

La DMDS était largement influencée par les séjours relativement longs. Cette influence est d'ailleurs mise en relief par les différences importantes entre la DMDS et la moyenne tronquée de 1 % ainsi que la DDS médiane. Dans l'ensemble, la DMDS était de 34,7 jours; mais si l'on exclut la troncation de 1 % des séjours les plus longs, ce chiffre est ramené à 20 jours. La DDS médiane globale était encore plus courte : la DDS de la moitié de l'ensemble des sorties était de neuf jours ou moins. D'après la médiane et la moyenne tronquée, les séjours à l'hôpital les plus longs visaient les sorties associées aux troubles organiques (y compris la maladie d'Alzheimer) et aux troubles schizophréniques et psychotiques.

**Tableau 1.1 Nombre et pourcentage des sorties, DDS médiane, DMDS, DMDS tronquée de 1 % et DDS totale, selon la catégorie de diagnostic (hôpitaux généraux et psychiatriques), 2003-2004**

Catégorie de diagnostic	Nombre des sorties	Pourcentage des sorties	DDS médiane (en jours)	DMDS (en jours)	DMDS tronquée de 1 % (en jours)	DDS totale (en jours)
Troubles organiques	18 463	9,6	20,0	51,2	39,3	945 801
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	27 868	14,5	4,0	10,0	8,2	279 324
Troubles schizophréniques et psychotiques	40 611	21,1	15,0	60,2	36,1	2 443 818
Troubles de l'humeur	62 319	32,4	11,0	20,8	17,8	1 296 433
Troubles anxieux	8 711	4,5	4,0	11,6	10,2	101 100
Troubles de la personnalité	7 684	4,0	4,0	13,6	9,9	104 279
Autres troubles	26 906	14,0	5,0	56,0	16,4	1 507 537
<b>Total</b>	<b>192 562</b>	<b>100,0</b>	<b>9,0</b>	<b>34,7</b>	<b>20,0</b>	<b>6 678 292</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

## Types d'hôpitaux

Les différences dans la nature des services des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques plus spécialisés se manifestent dans la durée des séjours et dans le type de maladies traitées. Il est à noter que parmi les sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic primaire de maladie mentale, 97 % des sorties et 91 % des jours d'hospitalisation des personnes ayant un diagnostic primaire psychiatrique visaient les établissements de soins de courte durée. Les pourcentages restants visaient les établissements pour malades chroniques et d'autres types d'établissements.

Le tableau 1.2 présente les différences entre les sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic primaire psychiatrique, les sorties des hôpitaux psychiatriques et les sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic primaire autre que de psychiatrie. En moyenne, les patients ayant obtenu leur congé des hôpitaux psychiatriques étaient légèrement plus jeunes, plus souvent des hommes et présentaient plus fréquemment un diagnostic de troubles psychiatriques concomitants. Les deux types d'hôpitaux présentaient des proportions similaires de sorties selon le groupe d'âge : la proportion la plus importante des sorties visait les patients âgés de 25 à 44 ans et la proportion la plus faible des sorties, les patients âgés de 0 à 14 ans. De plus, 13,8 % des sorties des hôpitaux généraux présentaient une DDS d'un jour, près de la moitié d'entre elles, une

DDS d'une semaine ou moins, 86,0 %, d'un mois ou moins, et près de la totalité d'entre elles, d'un an ou moins. Parmi les sorties des hôpitaux psychiatriques, la plupart présentaient une DDS allant d'un mois à un an.

La comparaison entre les sorties psychiatriques et autres que psychiatriques a révélé des différences dans les caractéristiques démographiques et l'utilisation des services. Comparativement aux patients ayant obtenu leur congé et dont la psychiatrie était le diagnostic primaire, ceux dont le diagnostic primaire ne visait pas la psychiatrie étaient en moyenne plus âgés et le plus souvent des femmes. La répartition selon le groupe d'âge montre que la plus forte proportion de patients non psychiatriques se situait chez les personnes âgées de plus de 65 ans, et que la plus forte proportion de patients psychiatriques se situait chez les personnes âgées de 25 à 44 ans.

Par ailleurs, les patients ayant obtenu leur congé des hôpitaux généraux non psychiatriques étaient restés moins longtemps à l'hôpital que les patients dont le diagnostic primaire était la psychiatrie et qui avaient obtenu leur congé de l'un ou l'autre des deux types d'hôpitaux. Comparativement aux sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic primaire psychiatrique, celles qui étaient associées à un diagnostic primaire autre que psychiatrique affichaient une DMDS moins de la moitié moins longue. Cette différence se manifeste par une DDS médiane plus courte et une proportion plus faible des sorties affichant des séjours de plus d'une semaine, chez les personnes ayant reçu un diagnostic primaire autre que psychiatrique.

Pour l'ensemble des sorties des hôpitaux généraux enregistrées en 2003-2004, les 166 553 sorties associées à un diagnostic primaire ou principal de maladie mentale représentaient 5,9 % du nombre total des sorties. Un nombre plus important de sorties (238 309, ou 8,4 %) présentait un diagnostic primaire autre que psychiatrique et un diagnostic secondaire<sup>i</sup> de maladie mentale. Dans le présent rapport, les sorties de l'hôpital englobent les congés et les décès.

Si l'on tient compte de la proportion de jours d'hospitalisation, les séjours à l'hôpital en raison d'une maladie mentale sont manifestement plus longs, en moyenne, que ceux liés à d'autres types de maladies. Les sorties associées à un diagnostic principal de maladie mentale représentaient 12,9 % du nombre total de jours passés dans les hôpitaux généraux. Les sorties associées à un diagnostic secondaire de maladie mentale représentaient quant à elles 17,2 % des jours passés dans ce type d'hôpital. Dans les deux cas, la proportion des jours d'hospitalisation était deux fois plus importante que celle des sorties.

De plus, parmi l'ensemble des sorties des hôpitaux généraux, on remarque peu de différences dans le type d'hôpital utilisé. La plupart des sorties (plus de 95 %), associées ou non à un diagnostic de maladie mentale provenaient d'établissements de soins de courte durée. En 2003-2004, la durée moyenne du séjour (DMS) dans ce type d'établissements était de 15,9 jours pour les patients ayant reçu un diagnostic primaire psychiatrique, de 14,4 jours pour les patients ayant reçu un diagnostic secondaire psychiatrique et de

---

i. Une sortie était considérée comme étant associée à un diagnostic secondaire de maladie mentale si au moins un des 24 diagnostics suivant le diagnostic primaire était un diagnostic de maladie mentale.

6,1 jours pour les patients ayant reçu un diagnostic autre que psychiatrique. Par conséquent, indépendamment du type d'établissements, les séjours dans les hôpitaux généraux liés aux diagnostics psychiatriques étaient plus longs que ceux liés à des diagnostics autres que psychiatriques.

**Tableau 1.2 Caractéristiques des populations, selon le type d'hôpital, 2003-2004**

	Diagnostic principal psychiatrique			Diagnostic principal autre que psychiatrique Hôpitaux psychiatriques
	Hôpitaux généraux	Hôpitaux psychiatriques	Hôpitaux généraux	
<b>Hommes (%)</b>	47,1	56,9	48,4	41,7
Âge moyen (en années)	44,4	42,7	44,2	51,9
<b>Groupe d'âge (%)</b>				
0-14	3,4	1,4	3,2	8,2
15-24	16,0	15,6	16,0	7,4
25-44	36,2	41,7	37,0	23,5
45-64	25,6	28,2	26,0	22,5
65 +	18,7	13,2	17,9	38,4
<b>Décès dans les hôpitaux (%)</b>	0,8	1,1	0,8	4,1
<b>Avec au moins une condition psychiatrique coexistante (%)</b>	52,2	57,8	52,9	9,0
<b>Durée du séjour (%)</b>				
Un jour	13,8	6,3	12,8	23,9
Une semaine	35,6	16,2	33,0	53,9
Un mois	36,5	35,8	36,4	19,4
Un an	13,9	37,0	17,0	3,6
Plus d'un an	0,1	4,5	0,7	0,0
<b>DMDS (en jours)</b>	16,9	148,5	34,7	7,2
<b>DDS médiane (en jours)</b>	8,0	25,0	9,0	3,0

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

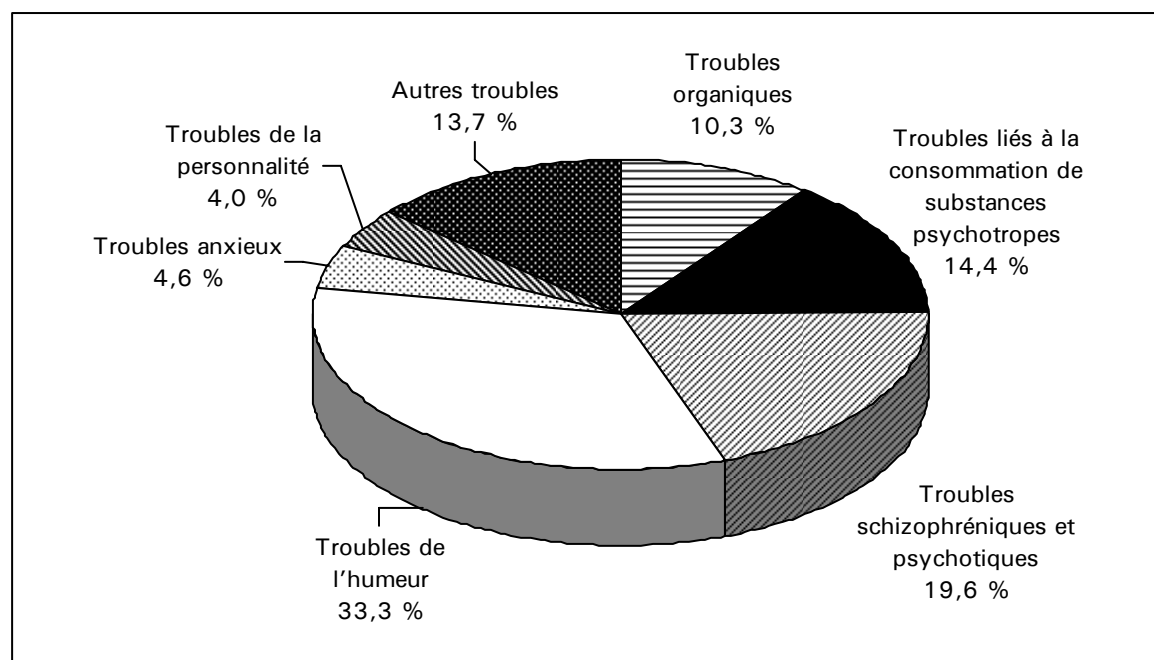
Le tableau 1.3 présente les pourcentages des sorties selon la catégorie de diagnostic et le type d'hôpital. Essentiellement, il s'agit des variations dans les types d'hôpitaux qui ont dispensé des services, pour chacune des catégories de diagnostic. Près de 20 % des sorties associées à des troubles schizophréniques et psychotiques visaient les hôpitaux psychiatriques, un pourcentage relativement important à comparer au pourcentage de l'ensemble des sorties (13,5 %). Il fallait toutefois s'y attendre, étant donné la complexité et la longueur des traitements nécessaires, et le niveau de spécialisation des services que peuvent offrir les hôpitaux psychiatriques. Par rapport aux sorties des hôpitaux généraux associées à d'autres catégories de diagnostic, on constate qu'une part relativement importante des sorties associées aux troubles organiques provenaient des hôpitaux généraux.

**Tableau 1.3 Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux et psychiatriques, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004**

Catégorie de diagnostic	Hôpitaux généraux (%)	Hôpitaux psychiatriques (%)
Troubles organiques	93,0	7,0
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	86,2	13,8
Troubles schizophréniques et psychotiques	80,4	19,6
Troubles de l'humeur	89,1	10,9
Troubles anxieux	88,6	11,4
Troubles de la personnalité	87,5	12,5
Autres troubles	84,5	15,5
<b>Total</b>	<b>86,5</b>	<b>13,5</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

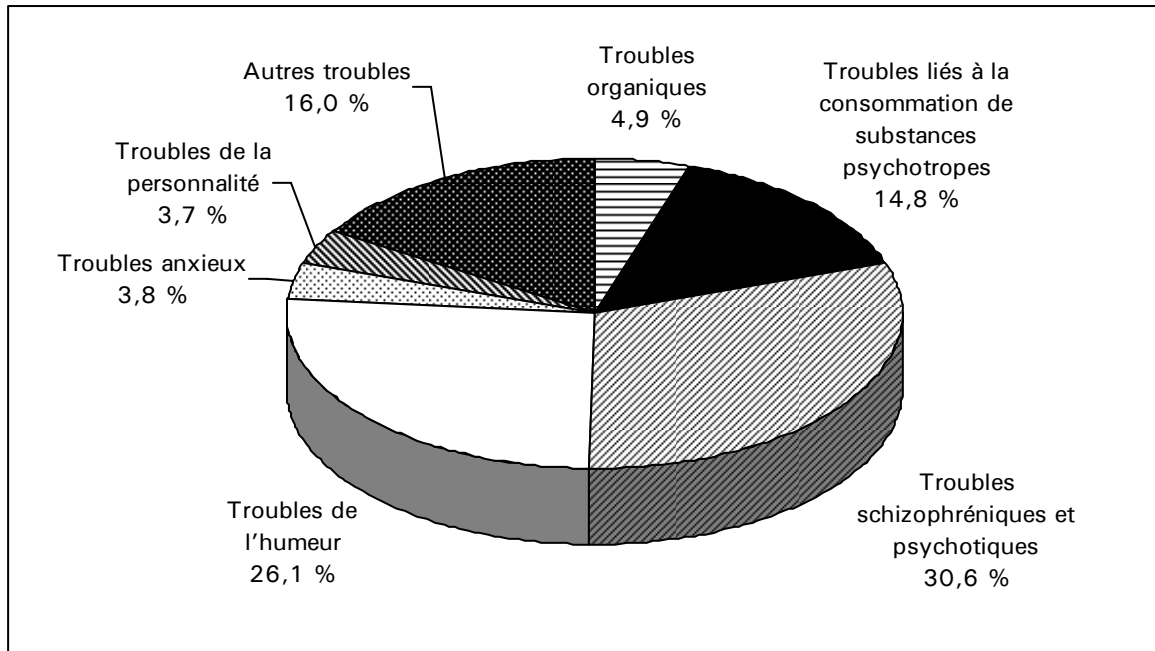
Les figures 1.1 et 1.2 présentent le pourcentage des sorties selon la catégorie de diagnostic, pour les deux types d'hôpitaux. La proportion la plus importante de sorties des hôpitaux généraux visait les diagnostics de trouble de l'humeur, qui constituaient le tiers de l'ensemble des sorties associées à la santé mentale pour ce type d'hôpital, suivie de la proportion des sorties associées aux diagnostics de troubles schizophréniques et psychotiques. Les deux catégories de diagnostics combinées visaient plus de la moitié de l'ensemble des sorties des hôpitaux généraux.



**Figure 1.1 Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux associées à la maladie mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004**

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

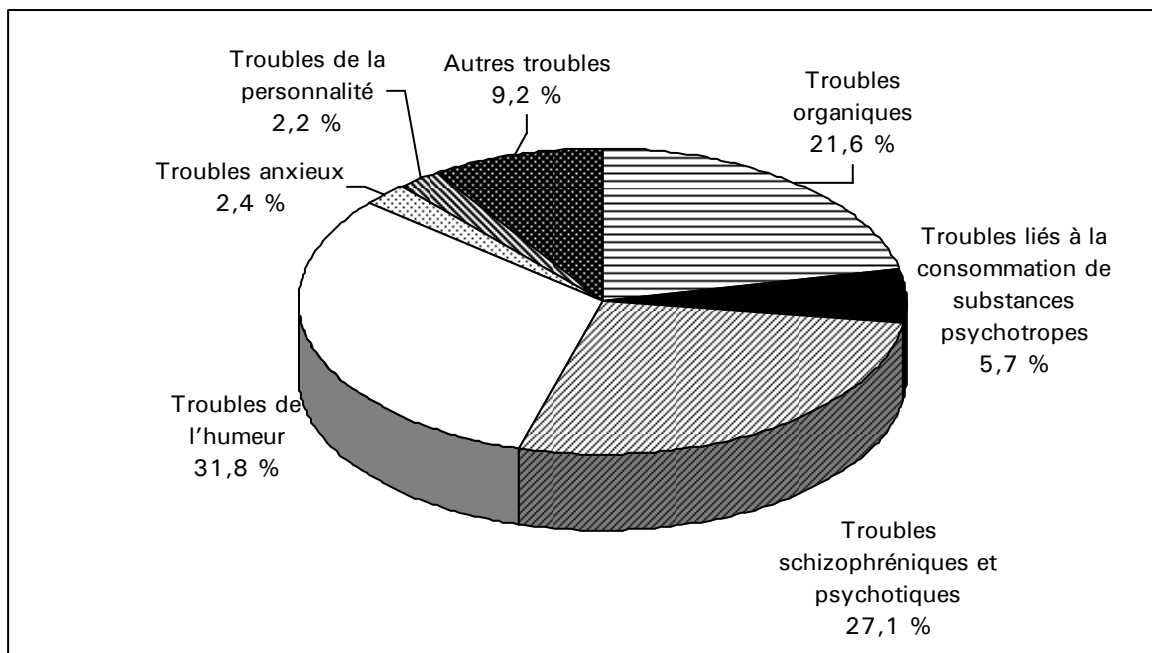
Les troubles de l'humeur et les troubles schizophréniques et psychotiques représentaient aussi plus de la moitié des sorties des hôpitaux psychiatriques, quoique dans ce cas-ci, les troubles schizophréniques et psychotiques comptaient le plus grand nombre de sorties. En revanche, les troubles anxieux — qui sont parmi les troubles mentaux les plus fréquents sur le plan de la prévalence (Offord et coll., 1996; Kessler et coll., 2005) — représentaient moins de 5 % des sorties, pour les deux types d'hôpitaux. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que les troubles anxieux sont souvent traités en milieu communautaire. Bien qu'on puisse également envisager l'hospitalisation lors du traitement des maladies mentales modérées (Dewa et coll., 2005), ce sont souvent les cas les plus graves qui entraînent une hospitalisation.



**Figure 1.2 Pourcentage des sorties des hôpitaux psychiatriques associées à la maladie mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004**

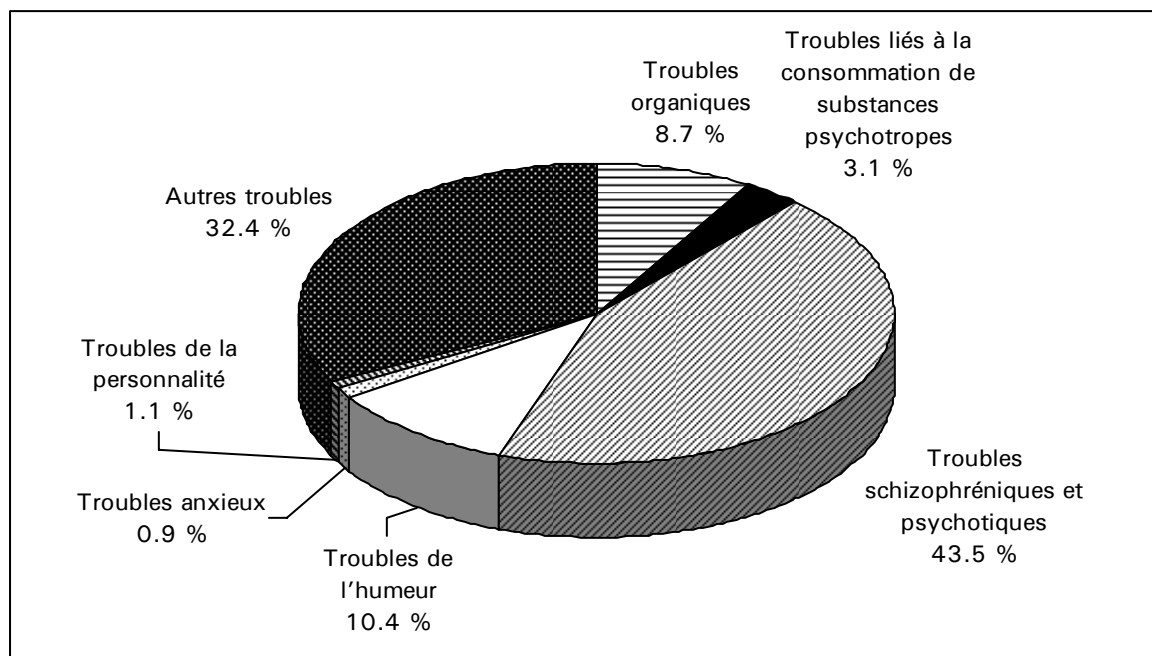
Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

La tendance en matière de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et psychiatriques était très similaire à celle des sorties. La plupart des jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux étaient attribuables à trois catégories de diagnostic primaire (figure 1.3). Les troubles de l'humeur ainsi que les troubles schizophréniques et psychotiques représentaient près de 60 % des jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux; si l'on inclut les troubles organiques, ce pourcentage grimpe à plus de 80 %. Dans le cas des hôpitaux psychiatriques, plus de 75 % des jours d'hospitalisation étaient attribuables à des diagnostics de troubles schizophréniques et psychotiques et à d'autres troubles. La désagrégation de cette dernière catégorie indique que plus de 70 % des jours d'hospitalisation visant les troubles de la catégorie « autres troubles » correspondaient à des diagnostics variés de retard mental et de déficience développementale.



**Figure 1.3 Pourcentage des durées du séjour dans les hôpitaux généraux, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004**

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.



**Figure 1.4 Pourcentage de la durée du séjour dans les hôpitaux psychiatriques, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004**

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.



Les variations selon la catégorie de diagnostic concernant les sorties et les jours d'hospitalisation sous-entendent que le mode d'intervention clinique diffère selon le type d'hôpital. Tant dans les hôpitaux généraux que psychiatriques, une proportion importante des sorties visaient les troubles schizophréniques et de l'humeur. Toutefois, il semble que les conditions les plus graves, qui nécessitent des soins spécialisés ainsi que des périodes de stabilisation et de convalescence prolongées, ont été traitées dans les hôpitaux psychiatriques.

## Âge

On remarque une variation entre l'âge du déclenchement des troubles et l'âge auquel les conditions atteignent une gravité nécessitant une intervention clinique. Certains troubles affectent les personnes à tout âge, tandis que d'autres sont ponctués de périodes précises de déclenchement et d'atténuation des symptômes. Le tableau 1.4 présente les pourcentages des sorties des hôpitaux selon la catégorie de diagnostic et le groupe d'âge. Il convient de souligner que les troubles de l'humeur représentaient une part importante des sorties dans tous les groupes d'âge. On sait notamment que la dépression touche des personnes de tous âges, bien que les symptômes et l'intensité puissent varier (Bland, 1997). Les sorties associées aux troubles de l'humeur, selon la catégorie de diagnostic, étaient les plus fréquentes chez les personnes âgées de 15 à 64 ans. La catégorie « autres troubles » était la plus importante chez les personnes âgées de 0 à 24 ans, du fait que cette catégorie concerne surtout les troubles du développement et de troubles de l'enfance.

**Tableau 1.4 Pourcentage des sorties, selon la catégorie de diagnostic et le groupe d'âge, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques)**

Catégorie de diagnostic/ groupe d'âge (en années)	0-14	15-24	25-44	45-64	65 +
	% N = 6 092	% N = 30 733	% N = 71 203	% N = 50 039	% N = 34 495
Troubles organiques	0,3	0,5	0,8	2,7	47,5
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	4,7	13,9	16,8	17,3	7,7
Troubles schizophréniques et psychotiques	2,8	22,3	26,3	22,8	9,9
Troubles de l'humeur	22,9	30,5	33,2	39,4	23,8
Troubles anxieux	8,4	5,0	4,3	4,2	4,4
Troubles de la personnalité	1,5	6,0	5,6	3,1	0,6
Autres troubles	59,3	21,8	13,0	10,4	6,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

Sur le plan de la durée du séjour, les sorties associées aux diagnostics de troubles schizophréniques et psychotiques affichaient les DDS médianes les plus longues, dans tous les groupes d'âge (tableau 1.5). Une fois de plus, cette absence de variation par rapport aux groupes d'âge laisse entrevoir la gravité des troubles schizophréniques et psychotiques et la durée des soins nécessaires pour les stabiliser. À l'inverse, les troubles liés à la consommation de substances psychotropes tendent à nécessiter des hospitalisations relativement courtes, bien que les séjours tendent à se prolonger avec l'âge. Dans l'ensemble, la DDS médiane tend à se prolonger à mesure que l'âge à la sortie augmente. La DDS médiane du séjour allait de six jours chez les personnes âgées de 0 à 14 ans, à 18 jours chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

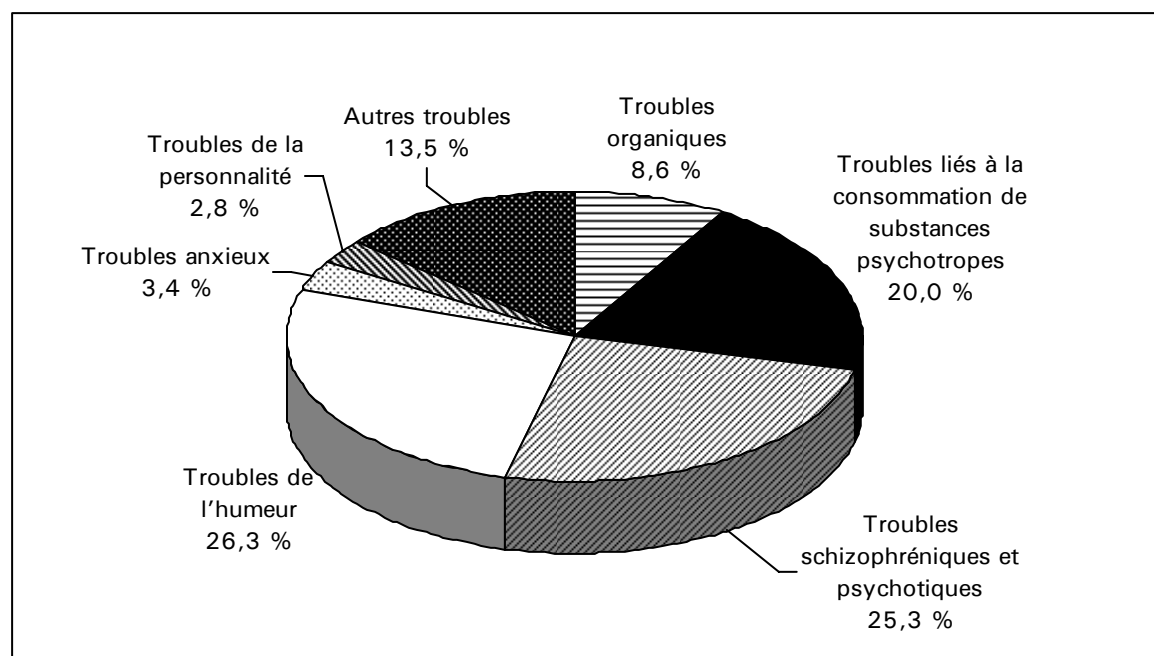
**Tableau 1.5 Pourcentage des durées totales et médianes du séjour, selon la catégorie de diagnostic et le groupe d'âge, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques)**

Catégorie de diagnostic/ groupe d'âge (en années)	0-14		15-24		25-44		45-64		65 +	
	Pourcentage (%)	Médiane (en jours)	Pourcentage (%)	Médiane (en jours)	Pourcentage (%)	Médiane (en jours)	Pourcentage (%)	Médiane (en jours)	Pourcentage (%)	Médiane (en jours)
Troubles organiques	2,9	1,0	1,9	6,0	3,4	10,0	6,5	13,0	53,5	21,0
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	0,1	1,0	3,6	3,0	4,5	3,0	5,8	4,0	4,3	7,0
Troubles schizophréniques et psychotiques	7,3	11,0	37,6	15,0	50,6	14,0	48,3	16,0	14,9	20,0
Troubles de l'humeur	3,7	6,0	13,5	7,0	19,7	9,0	28,9	12,0	20,3	20,0
Troubles anxieux	1,1	6,0	1,7	4,0	1,5	4,0	1,6	5,0	1,4	5,0
Troubles de la personnalité	0,2	4,0	1,8	3,0	2,5	4,0	1,7	5,0	0,4	13,0
Autres troubles	84,7	7,0	40,0	4,0	17,8	4,0	7,2	5,0	5,2	12,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>6,0</b>	<b>100,0</b>	<b>6,0</b>	<b>100,0</b>	<b>7,0</b>	<b>100,0</b>	<b>9,0</b>	<b>100,0</b>	<b>18,0</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

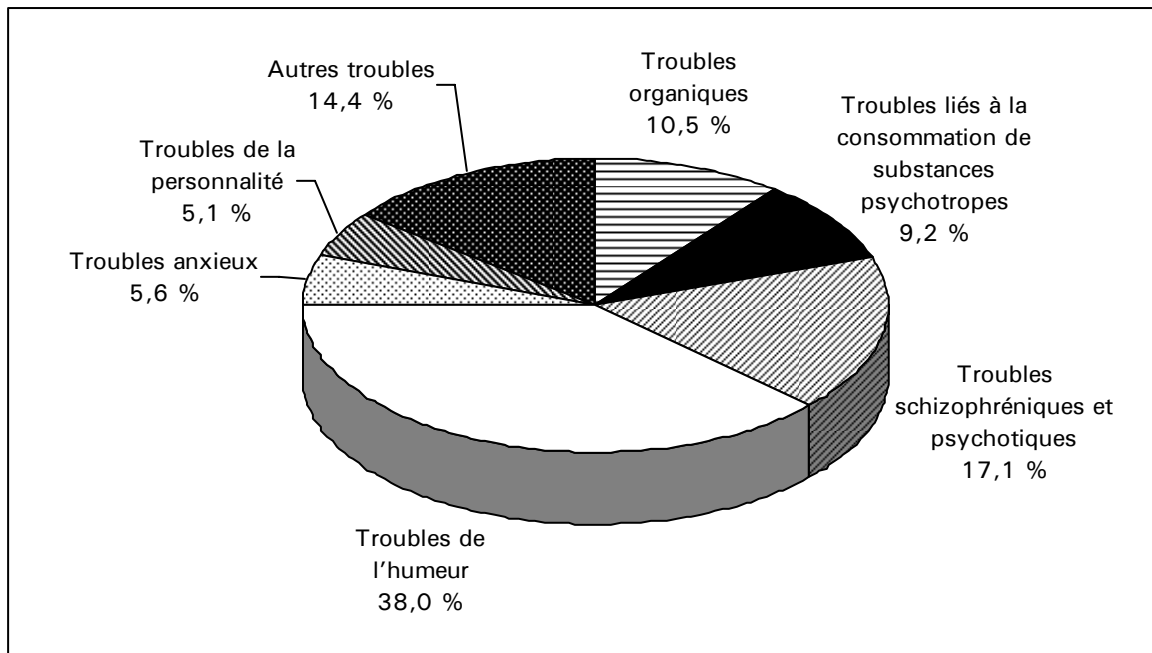
## Sexe

La prévalence de certaines maladies mentales laisse entrevoir un certain nombre de différences entre les sexes (gouvernement du Canada, 2006). Certaines des catégories de diagnostic employées dans le présent rapport pour les sorties des hôpitaux illustrent ces différences. Les figures 1.5 et 1.6 permettent de comparer le pourcentage des sorties (hôpitaux généraux et psychiatriques) associées à différentes catégories de diagnostic, selon le sexe. Chez les hommes par exemple, chacune des proportions des sorties associées aux troubles de l'humeur et aux troubles schizophréniques et psychotiques représentait à peine plus du quart de l'ensemble des sorties, et la proportion des sorties associées aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes, 20 %. Chez les femmes, en revanche, la proportion des sorties associées aux troubles de l'humeur était beaucoup plus importante : elle représentait en effet plus du tiers de l'ensemble des sorties, et plus du double des sorties associées aux troubles schizophréniques et psychotiques. De plus, la proportion des sorties associées aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes était presque deux fois moins importante chez les femmes que chez les hommes.



**Figure 1.5 Pourcentage des sorties des patients de sexe masculin, associées à la santé mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques)**

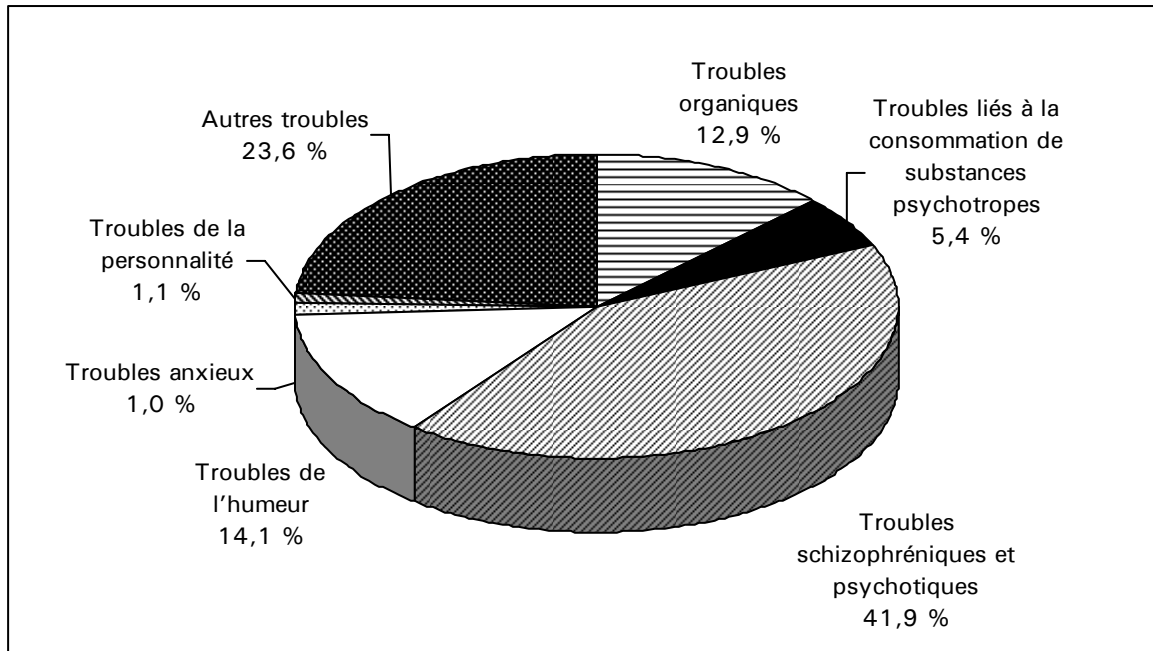
Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.



**Figure 1.6** Pourcentage des sorties des patientes de sexe féminin, associées à la santé mentale, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques)

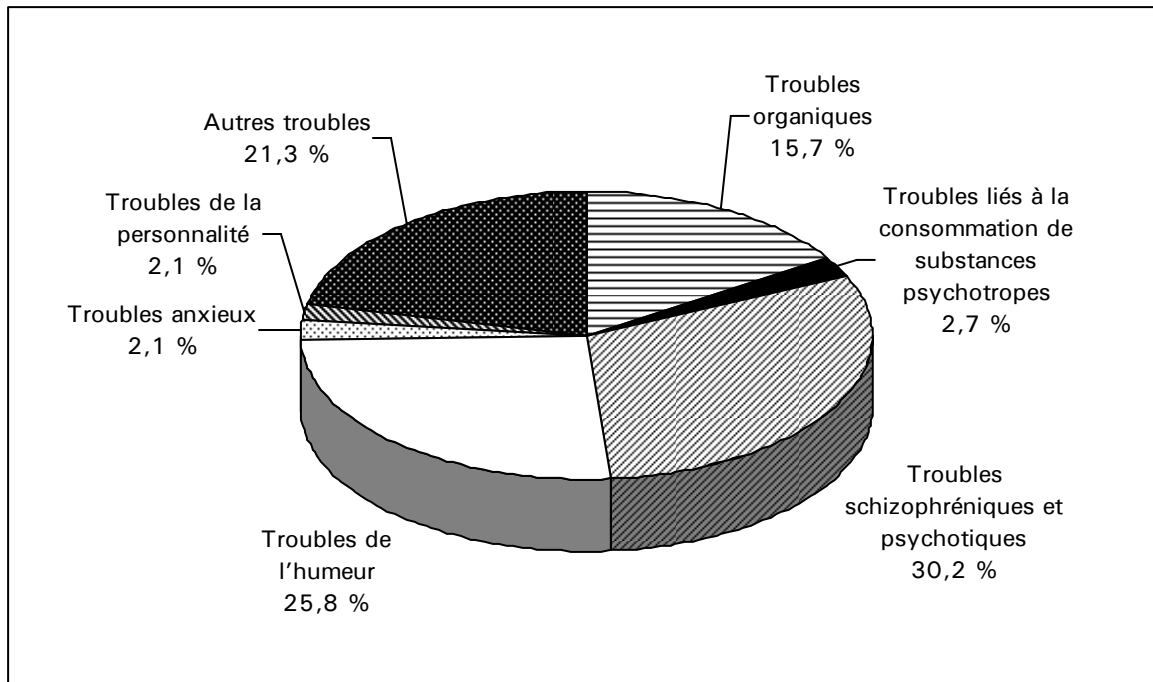
Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

Si l'on tient compte de la durée du séjour, les différences entre les sexes par rapport aux troubles de l'humeur ainsi qu'aux troubles schizophréniques et psychotiques s'estompent quelque peu. En effet, les troubles schizophréniques et psychotiques représentaient alors la catégorie de diagnostic la plus importante, tant chez les hommes que chez les femmes. Cela s'explique par la durée plutôt longue des séjours associés à cette catégorie de diagnostic.



**Figure 1.7** Pourcentage des durées du séjour des patients de sexe masculin, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques)

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

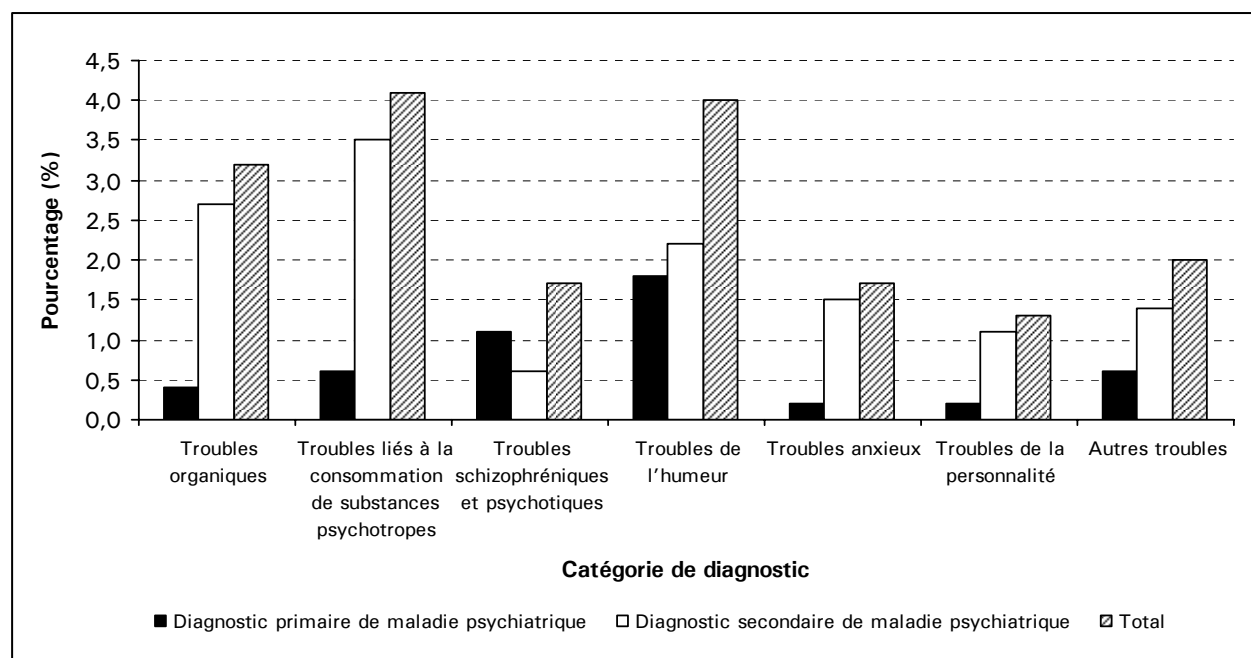


**Figure 1.8** Pourcentage des durées du séjour des patients de sexe féminin, selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004 (hôpitaux généraux et psychiatriques)

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

## Troubles concomitants

Afin d'offrir un portrait plus détaillé des répercussions des diagnostics psychiatriques chez les personnes ayant reçu leur congé d'un hôpital général, nous avons étudié les diagnostics de maladies mentales secondaires ou concomitantes. Les chiffres présentés dans la figure 1.9 proviennent d'une analyse des données des hôpitaux généraux tirées de la BDMH, et comprennent une compilation d'un maximum de 24 diagnostics secondaires. De nombreuses sorties associées à un diagnostic principal autre que psychiatrique étaient associées à un diagnostic secondaire ou concomitant de maladie mentale. Les sorties associées à un diagnostic principal de maladie mentale atteignaient 5,9 % de l'ensemble des sorties des hôpitaux généraux; les sorties associées à un diagnostic secondaire de maladie mentale représentaient quant à elles 8,5 %. Exprimées en jours d'hospitalisation, les sorties associées à un diagnostic principal de maladie mentale constituaient 12,9 % du total de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux; les sorties associées à un diagnostic secondaire de maladie mentale représentaient quant à elles 17,9 % du total des jours d'hospitalisation.



**Figure 1.9 Total des sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic primaire ou secondaire de maladie mentale, 2003-2004**

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

Les troubles liés à la consommation de substances psychotropes constituaient la catégorie la plus fréquente de diagnostic secondaire de maladie mentale. En tant que diagnostic principal, ils représentaient moins de 1 % de l'ensemble des sorties des hôpitaux généraux, alors qu'en tant que diagnostic secondaire, ils étaient associés à 3,5 % des sorties. Pour en savoir davantage, nous avons comparé les patients qui présentaient un diagnostic secondaire de troubles liés à la consommation de substances psychotropes à ceux qui n'en

présentaient pas. Le tableau 1.7 illustre cette comparaison. Les patients atteints d'un trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes représentaient 19,6 % des sorties associées à un diagnostic principal de maladie mentale. Ils étaient en moyenne plus jeunes que les patients qui ne souffrent pas de troubles liés à la consommation de substances psychotropes, et le plus souvent des hommes. De plus, les patients souffrant d'un trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes restaient moins longtemps à l'hôpital que ceux qui n'en souffraient pas. Cette situation, apparemment contraire à toute logique, pourrait en partie s'expliquer par la forte proportion de sorties associées à un diagnostic principal de trouble lié à la consommation de substances psychotropes. Voilà qui vient corroborer certaines données (Ries et coll., 2000) selon lesquelles cette population séjournerait moins longtemps à l'hôpital. En moyenne, les sorties associées à un diagnostic principal de troubles liés à la consommation de substances psychotropes tendent à présenter les durées du séjour les plus courtes de l'ensemble des catégories de diagnostic.

**Tableau 1.6 Comparaison des sorties associées à la maladie mentale, avec ou sans trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes, 2003-2004 (hôpitaux généraux)**

	Sans trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes (%)	Avec trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes (%)
<b>Groupe d'âge (en années)</b>		
0-14	3,7	0,9
15-24	14,8	20,9
25-44	34,6	46,7
45-64	26,2	24,9
65 +	20,6	6,7
<b>Âge moyen (en années)</b>	<b>45,6</b>	<b>38,5</b>
<b>Sexe</b>		
Femme	55,3	36,3
Homme	44,7	63,7
<b>DDS (en jours)</b>		
Un jour	12,9	12,6
Une semaine	32,0	37,1
Un mois	36,5	36,1
Un an	17,9	13,7
Plus d'un an	0,8	0,5
<b>DMDS (en jours)</b>	<b>37,9</b>	<b>21,5</b>
<b>Catégorie de diagnostic (principal)</b>		
Troubles organiques	11,2	3,1
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	12,0	24,6
Troubles schizophréniques et psychotiques	21,3	20,4
Troubles de l'humeur	32,9	30,2
Troubles anxieux	4,9	3,2
Troubles de la personnalité	3,6	5,6
Autres troubles	14,1	13,0
<b>Total</b>	<b>80,4</b>	<b>19,6</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.



## Autre niveau de soins (ANS) dans les hôpitaux généraux

Afin d'examiner plus en détail les séjours à l'hôpital, nous nous sommes penchés sur les jours passés à un autre niveau de soins (ANS), par rapport aux sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic principal de maladie mentale. Les données sur les hôpitaux psychiatriques ne comprenaient pas d'indice des jours ANS; nous les avons donc exclues de nos analyses. Les jours ANS correspondent au nombre de jours passés en soins de courte durée après qu'il a été jugé que de tels soins ne sont plus nécessaires. Les jours ANS pourraient représenter une mauvaise utilisation des ressources des hôpitaux et du système de soins de santé mentale en général, car ils indiquent une incapacité de transférer une personne vers un niveau de soins plus approprié (*Ontario Hospital Report 2004: Mental health*). Cela pourrait s'expliquer par l'absence d'établissements autres que de soins de courte durée ou par des procédures de transfert inappropriées.

Des quelque 1,8 millions de jours passés dans les hôpitaux généraux en raison d'une maladie mentale (à l'exclusion du Québec, du Nunavut et du Yukon, qui n'ont pas déclaré de jours ANS), 11,9 % étaient des jours ANS. En nombre moyen de jours d'hospitalisation, cela correspond à 1,7 jour ANS pour chaque 14,3 jours d'hospitalisation, une fois toutes les sorties prises en compte.

Les séjours dans les hôpitaux généraux comprenant des jours ANS étaient beaucoup plus longs que ceux qui n'en comprenaient pas. Lorsqu'on tenait compte uniquement des sorties comportant des jours ANS, la DMDS s'élevait à plus de 54 jours et la durée moyenne des séjours ANS, à 32,5 jours. Le tableau 1.2 illustre les données sur les jours ANS selon la catégorie de diagnostic. Le chapitre 2 présente une répartition des jours ANS pour l'ensemble des provinces et territoires.

Même si l'on reconnaît que les séjours à l'hôpital sont relativement plus longs lorsqu'ils comprennent des jours ANS, le problème semble viser particulièrement les sorties associées à un diagnostic primaire de trouble organique. En effet, la plupart des sorties comportant des jours ANS (71,3 %) comprenaient un diagnostic primaire de trouble organique. Toutefois, dans les autres catégories de diagnostic, les jours ANS ne représentaient qu'environ 1 % des sorties.

**Tableau 1.7 Sorties, total de la DDS, total de la DDS en soins de courte durée, séjour ANS et DMDS selon la catégorie de diagnostic, 2003-2004**

Catégorie de diagnostic	Sorties	Total de la DDS (en jours)	Total de la DDS en soins de courte durée (en jours)	Séjour ANS (en jours)	DMDS (en jours)	DMDS en soins de courte durée (en jours)	DMDS en ANS (en jours)
Troubles organiques	4,566	237,760	86,075	151,685	52.1	18.9	33.2
Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	371	16,995	6,779	10,216	45.8	18.3	27.5
Troubles schizophréniques et psychotiques	549	41,927	21,198	20,729	76.4	38.6	37.8
Troubles de l'humeur	681	38,499	20,880	17,619	56.5	30.7	25.9
Troubles anxieux	56	2,904	1,365	1,539	51.9	24.4	27.5
Troubles de la personnalité	31	1,424	531	893	45.9	17.1	28.8
Autres troubles	148	8,148	2,637	5,511	55.1	17.8	37.2
<b>Total</b>	<b>6,402</b>	<b>347,657</b>	<b>139,465</b>	<b>208,192</b>	<b>54.3</b>	<b>21.8</b>	<b>32.5</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

Ne comprend pas le Québec, le Nunavut ni le Yukon.

## En résumé

Le chapitre offre un aperçu des services de santé mentale en milieu hospitalier en rendant compte des sorties des hôpitaux et des durées du séjour pour sept catégories de diagnostic principal. Les analyses descriptives présentées ici mettent en lumière les différences dans le nombre et les taux de sorties des hôpitaux et les jours d'hospitalisation selon le type d'hôpital, l'âge et le sexe. Plus de la moitié des jours d'hospitalisation liés à la maladie mentale ont été passés dans les hôpitaux psychiatriques, même si moins de 15 % des sorties visaient ces mêmes hôpitaux. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la proportion la plus importante de sorties des hôpitaux psychiatriques, selon le diagnostic primaire, concernait les troubles schizophréniques et psychotiques. Ces troubles sont parmi les plus graves et leur traitement nécessite souvent des hospitalisations prolongées. Parmi les sorties des hôpitaux généraux, les jours ANS représentaient près de 12 % des jours d'hospitalisation en raison d'une maladie mentale; or, en réalité, la situation ne visait que les sorties associées aux troubles organiques. En ce qui concerne les hôpitaux généraux, les sorties visaient principalement les troubles de l'humeur. Les effets des troubles de l'humeur étaient constants, tant par rapport à l'âge qu'au sexe. Les troubles de l'humeur représentaient une proportion importante des sorties, dans tous les groupes d'âge, de l'enfance jusqu'à la vieillesse. De plus, bien qu'ils soient plus répandus chez les femmes recevant des services hospitaliers de santé mentale, les troubles de l'humeur constituaient la proportion la plus élevée de sorties pour les deux sexes. Ces analyses appellent une étude plus approfondie des relations présentées ici.

## Références

- Bland R. C., « Epidemiology of affective disorders: a review », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, (1997), p. 367-77.
- Institut canadien d'information sur la santé. *DAD Abstracting Manual*. Ottawa, ICIS, 2004.
- Dewa C. S., Rochefort D. A., Rogers J. et Goering P., « Left behind by reform: the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, (2003), p. 43-54.
- Gouvernement du Canada, *The Human Face of Mental Illness*, Ottawa, 2006.
- Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O. et Walters E. E., « Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, (2005), p. 617-627.
- Offord D. R., Boyle M.H., Campbell D., Goering P., Lin E., Wong M. et Racine, Y. A., « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, (1996), p. 559-563.
- Ontario Hospital Report, *Hospital Report 2004: Mental Health*. Toronto, Ontario Hospital Report Research Collaborative, (2004).
- Ries, R. K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K. A., Srebnik, D. et Roy-Byrne, P., « Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders », *Psychiatric Services*, vol. 51, (2000), p. 210-215.



## Chapitre deux — Perspectives provinciales, territoriales et régionales

En présentant un survol des analyses provinciales, territoriales et régionales, notre principal défi consiste à offrir un aperçu descriptif des caractéristiques des services de santé mentale dans les provinces, les territoires et les régions sans toutefois établir de comparaisons injustifiées. Les différences d'une province ou d'un territoire à l'autre peuvent découler de nombreux facteurs, notamment de nature structurelle, politique et économique, dont l'interaction demeure complexe et en grande partie inconnue; c'est pourquoi il faut les interpréter avec prudence.

Cette année, le rapport inclut les données régionales d'un certain nombre d'indicateurs clés de l'utilisation des services de santé mentale en milieu hospitalier. Les frontières régionales ont été définies selon les codes des régions sanitaires<sup>ii</sup>; elles comprennent les zones d'une population de 75 000 habitants et plus. L'examen des données régionales montre clairement l'existence de variations importantes entre les principaux indicateurs à l'intérieur de chacune des provinces.

Par ailleurs, le tableau 2.1 comprend les taux de sortie bruts et normalisés selon l'âge. Étant donné la grande similitude de ces taux sur le plan ordinal, nous ne traiterons ici que du taux normalisé selon l'âge. Ce dernier, pour les deux types d'hôpitaux, variait entre un maximum de 1477,6 sorties par 100 000 habitants dans les Territoires du Nord-Ouest, et 258,4 sorties par 100 000 habitants au Nunavut. En outre, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut affichaient respectivement le taux de sortie des hôpitaux généraux normalisé selon l'âge le plus élevé et le plus faible.

Les taux visant les hôpitaux psychiatriques semblaient varier davantage. Les territoires ne disposant pas d'hôpital psychiatrique, aucune sortie de ce type d'hôpital n'y a été rapportée. Le taux normalisé selon l'âge variait d'un minimum de 17 sorties par 100 000 habitants en Colombie-Britannique, à un maximum de 264,4 sorties par 100 000 habitants à Terre-Neuve-et-Labrador. Les variations dans les taux reflètent assez fidèlement l'accessibilité et les capacités des hôpitaux psychiatriques, de même que les politiques provinciales et territoriales en matière de référence des personnes atteintes de maladies mentales vers les services hospitaliers. Le cas de Terre-Neuve-et-Labrador, où 59,5 % des sorties associées à la maladie mentale provenaient des hôpitaux généraux, illustre bien ces variations; dans toutes les autres provinces, la proportion dépassait les 80 %.

Il importe de souligner que les données du tableau 2.1 sont fondées l'emplacement géographique des établissements qui soumettent des données plutôt que sur le lieu de résidence des patients. Aucune donnée n'est affichée sur les hôpitaux psychiatriques dans les trois territoires étant donné qu'aucun hôpital psychiatrique ne s'y trouve. Le tableau 1 de l'annexe D contient des données provinciales et territoriales sur les sorties des hôpitaux généraux réparties selon la province ou le territoire de résidence du patient.

---

ii. Les régions sanitaires ont été définies d'après les méthodologies employées dans le rapport *Indicateurs de santé 2006* (ICIS et Statistique Canada, 2006); elles se fondent sur la région de résidence des patients, contrairement aux méthodologies fondées sur la province ou le territoire dans lequel est situé l'établissement, utilisées au tableau 1 et ailleurs dans ce chapitre.

**Tableau 2.1 Taux et fréquence des sorties, selon le type d'hôpital, la province et le territoire, 2003-2004**

	Hôpitaux psychiatriques			Hôpitaux généraux			Hôpitaux généraux et psychiatriques		
	Nombre de sorties	Taux brut par 100 000 habitants	Taux normalisé selon l'âge* par 100 000 habitants	Nombre de sorties	Taux brut par 100 000 habitants	Taux normalisé selon l'âge* par 100 000 habitants	Nombre de sorties	Taux brut par 100 000 habitants	Taux normalisé selon l'âge* par 100 000 habitants
T.-N.-L.	1 403	269,7	264,4	2 057	395,4	377,9	3 460	665,2	642,3
Î.-P.-É.	266	192,8	191,0	1 441	1 044,6	1 020,4	1 707	1237,5	1 211,3
N.-É.	560	59,8	59,2	3 949	421,5	399,7	4 509	481,3	458,9
N.-B.	203	27,1	28,7	5 779	770,1	704,8	5 982	797,1	733,5
Qc	5 969	79,5	76,7	40 515	539,9	508,4	46 484	619,5	585,1
Ont.	13 242	107,8	105,3	54 889	447,0	435,0	68 131	554,8	540,3
Man.	542	46,6	48,3	7 479	642,5	620,0	8 021	689,0	668,3
Sask.	213	21,4	24,3	6 392	642,4	634,8	6 605	663,8	659,1
Alb.	2 882	91,1	90,1	17 332	547,7	540,4	20 214	638,8	630,5
C.-B.	729	17,5	17,0	25 828	621,1	602,6	26 557	638,6	619,6
Yn				205	653,5	686,2	205	653,5	686,2
T.N.-O.				608	1 446,2	1 477,6	608	1 446,2	1 477,6
Nun.				79	269,1	258,4	79	269,1	258,4
<b>Canada</b>	<b>26 009</b>	<b>82,0</b>	<b>80,3</b>	<b>166 553</b>	<b>525,2</b>	<b>506,1</b>	<b>192 562</b>	<b>607,2</b>	<b>586,4</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

\*D'après les estimations démographiques de 2003-2004 de Statistique Canada.

Population-type utilisée pour le taux normalisé selon l'âge : population canadienne de 1991.

Données fondées sur l'emplacement de l'établissement.

La figure 2.1 montre le pourcentage des sorties selon la catégorie de diagnostic dans chaque province et territoire. Comme il en était question au chapitre 1, l'importance des troubles de l'humeur se manifeste de façon constante dans les provinces et territoires, peu importe le groupe d'âge ou le sexe. Dans 12 des 13 provinces et territoires, les troubles de l'humeur représentaient la proportion la plus marquée de sorties des hôpitaux associées à la santé mentale, exception faite, comme l'exercice précédent, des Territoires du Nord-Ouest, où près de la moitié des sorties étaient associées aux troubles liés à la consommation de substances psychotropes. Au delà des troubles de l'humeur, il semble y avoir certaines variations dans le classement proportionnel des sorties selon les catégories de diagnostic. Dans la plupart des provinces et territoires, les troubles schizophréniques et psychotiques ainsi que les troubles liés à la consommation de substances psychotropes constituaient également un pourcentage important des sorties des hôpitaux.

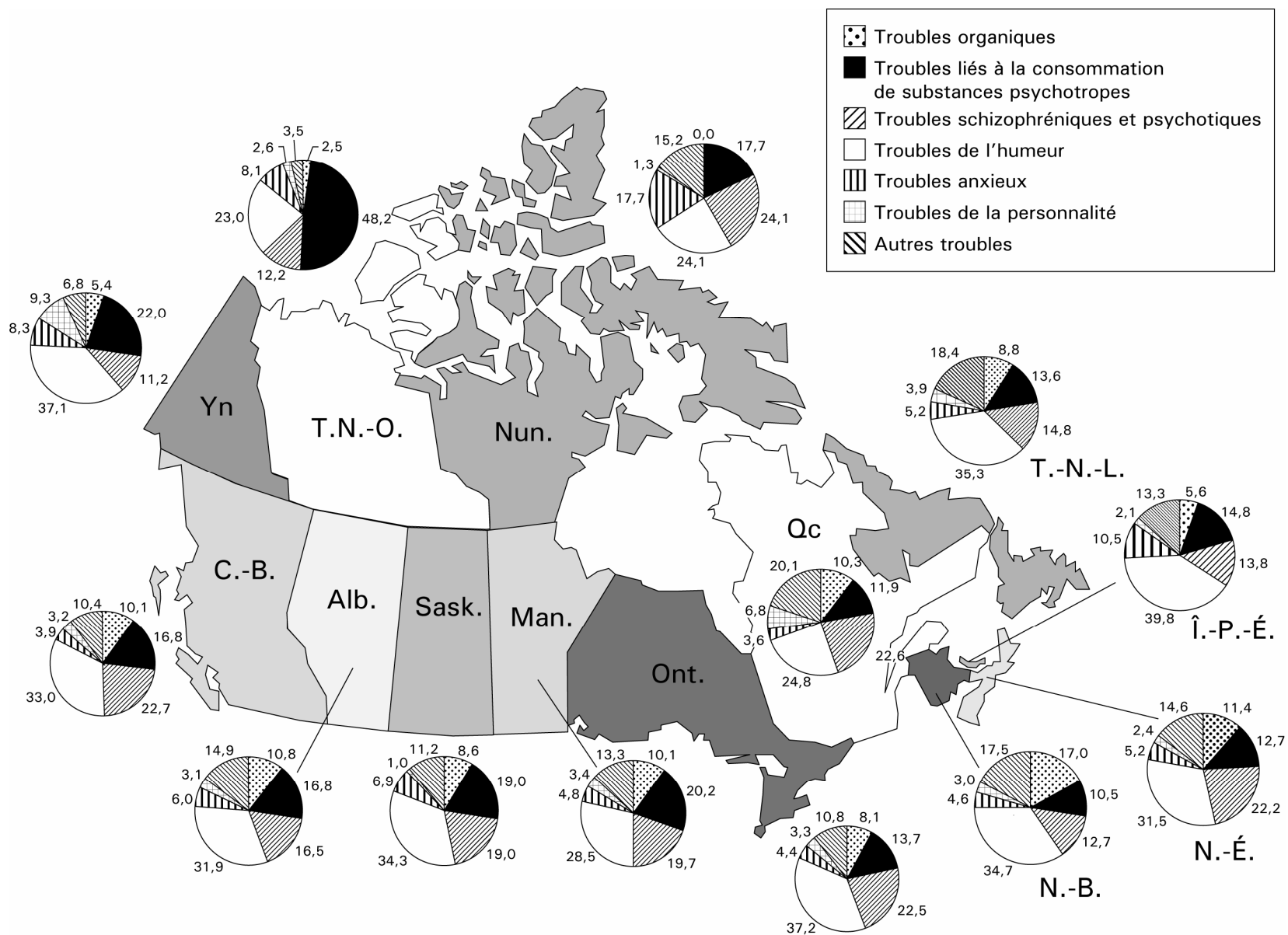
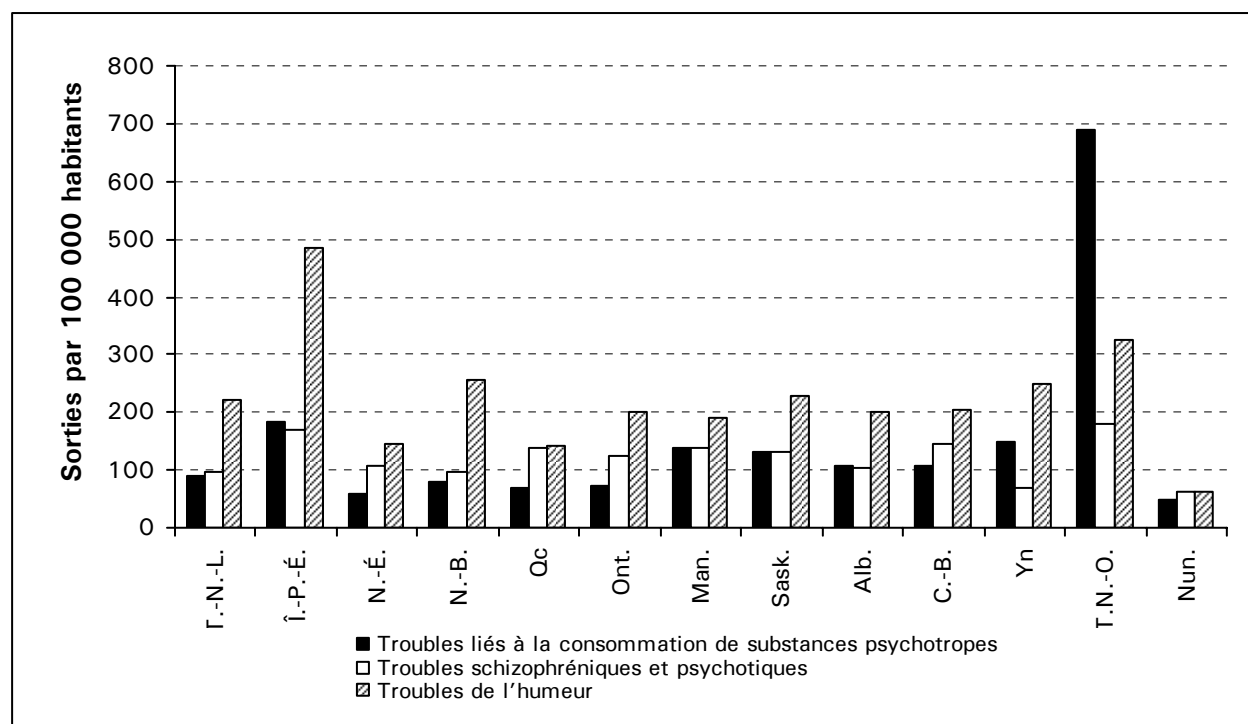


Figure 2.1 Pourcentage de sorties par type de diagnostic et par secteur de compétence, 2003-2004

La figure 2.2 présente les taux provinciaux et territoriaux, normalisés selon l'âge, de troubles liés à la consommation de substances psychotropes, de troubles schizophréniques et psychotiques et de troubles de l'humeur. Les taux illustrent la tendance observée à la figure 2.1 pour les trois catégories de diagnostic les plus fréquentes.



**Figure 2.2 Taux de sortie normalisés selon l'âge par 100 000 habitants, selon des catégories de diagnostic choisies, pour les provinces et territoires (hôpitaux généraux et psychiatriques, 2003-2004**

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

Les données sur les durées du séjour donnent une idée de la quantité de services hospitaliers utilisés au cours d'un exercice donné. Toutefois, un séjour plus long ou plus court ne touche pas nécessairement la qualité des services. La durée du séjour n'indique pas non plus les pratiques de soins de santé les plus appropriées pour traiter une maladie mentale.

Les écarts observés entre la DMDS (durée moyenne ou durée médiane du séjour) et la DDS médiane indiquent les sorties présentant des séjours relativement longs ont eu une incidence sur la DMDS. Cette incidence sur la DMDS serait particulièrement importante dans les hôpitaux psychiatriques, le nombre de sorties étant faible et par conséquent susceptible d'être influencé par les valeurs extrêmes. Les variations entre les provinces et territoires par rapport à la DDS médiane, qui ne tient pas compte des valeurs extrêmes, ont été grandement réduites comparativement aux écarts dans la médiane.



Globalement, le Québec a enregistré le nombre le plus élevé de jours d'hospitalisation (plus de 2,3 millions), suivi de l'Ontario (plus de 1,9 million). Le Québec et l'Ontario ont aussi affiché le nombre le plus élevé de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux. Parmi les provinces, seuls l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan présentaient un nombre plus important de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques. Pour les deux types d'hôpitaux combinés, c'est au Québec et au Nunavut que l'on observe respectivement les durées du séjour les plus longues et les plus courtes. La DDS médiane allait de 12 jours à Terre-Neuve-et-Labrador et au Québec, à deux jours dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. La DMDS allait de 51 jours au Québec à trois jours au Nunavut.

En ce qui concerne les sorties des hôpitaux psychiatriques, la DDS médiane allait de 85 jours à dix jours et la DMDS, de 622 jours à 19 jours, en Colombie-Britannique et à l'Île-du-Prince-Édouard respectivement. Pour ce qui est des hôpitaux généraux, les écarts étaient plus faibles; pour la plupart des provinces et territoires, les séjours étaient d'environ une semaine. La DDS médiane allait de 11 jours au Québec, à deux jours au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest. Quant à la DMDS, elle allait de 23 jours au Québec et au Nouveau-Brunswick, à trois jours, au Nunavut.

**Tableau 2.2 Total des jours-patients, durées moyennes et médianes du séjour pour les sorties associées à la maladie mentale, 2003-2004**

	Hôpitaux psychiatriques			Hôpitaux généraux			Hôpitaux généraux et psychiatriques		
	Nombre total de jours	DMDS*	DDS† médiane	Nombre total de jours	DMDS	DDS médiane	Nombre total de jours	DMDS	DDS médiane
T.-N.-L.	86 048	61	18	37 826	18	9	123 874	36	12
Î.-P.-É.	4 995	19	10	14 121	10	5	19 116	11	6
N.-É.	30 199	54	12	75 012	19	7	105 211	23	7
N.-B.	27 266	134	27	132 446	23	9	159 712	27	9
Qc	1 444 326	242	24	939 532	23	11	2 383 858	51	12
Ont.	1 238 095	94	26	684 125	13	7	1 922 220	28	8
Man.	217 345	401	21	164 673	22	8	382 018	48	9
Sask.	39 177	184	22	84 900	13	7	124 077	19	7
Alb.	319 999	111	27	285 084	16	8	605 083	30	9
C.-B.	453 635	622	85	386 201	15	6	839 836	32	7
Yn				1 431	7	4	1 431	7	4
T.N.-O.				11 606	19	2	11 606	19	2
Nun.				250	3	2	250	3	2
<b>Canada</b>	<b>3 861 085</b>	<b>149</b>	<b>25</b>	<b>2 817 207</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>6 678 292</b>	<b>35</b>	<b>9</b>

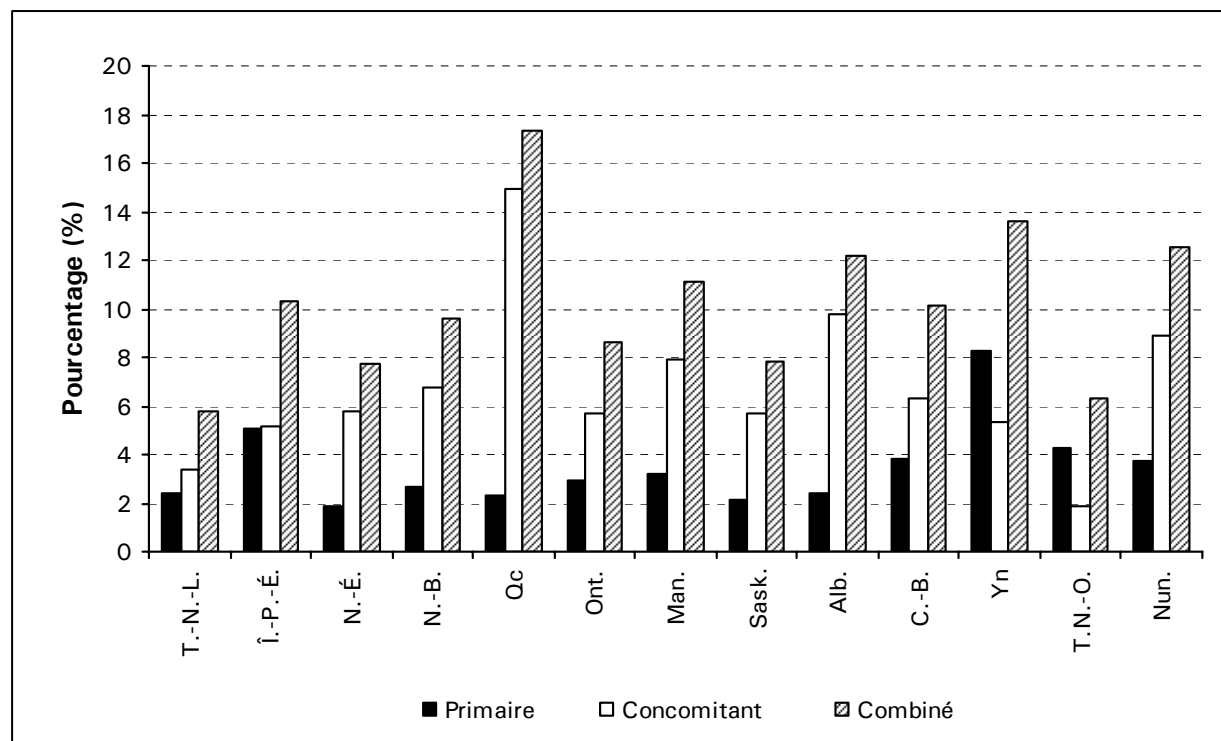
Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

\* DMDS — Durée moyenne du séjour

† DDS — Durée du séjour.

## Diagnostiques secondaires

Les pourcentages de l'ensemble des sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic primaire ou secondaire de maladie mentale variaient de 5,8 % à Terre-Neuve-et-Labrador, à 17,3 % au Québec. À l'exception du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest, le diagnostic de maladie mentale était plus souvent secondaire que primaire. Il est possible qu'une maladie mentale diagnostiquée comme secondaire, associée à une maladie autre que mentale, se développe à la suite de la maladie primaire ou existe indépendamment de la maladie primaire.



**Figure 2.3 Pourcentage des sorties des hôpitaux généraux associées à un diagnostic psychiatrique, selon la province et le territoire, 2003-2004**

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

## Données régionales

Le tableau 1 de l'annexe D présente les données régionales<sup>iii</sup> pour les hôpitaux généraux. Le tableau indique le nombre de sorties et de jours d'hospitalisation ainsi que la DMDS, les taux de sortie et le pourcentage de jours d'hospitalisation ANS, pour les sorties associées à un diagnostic primaire de maladie mentale. Ces indicateurs de base des services hospitaliers de santé mentale visent chaque région sanitaire du Canada dont la population est de 75 000 habitants et plus. Ils présentent donc un compte rendu des écarts dans les services offerts dans les régions et à l'intérieur des provinces.

iii. Les données régionales reposent sur la région de résidence des personnes et non sur la région d'hospitalisation.

## Autre niveau de soins (ANS) dans les hôpitaux généraux

Comme il a été mentionné au chapitre 1, les jours passés à un autre niveau de soins (ANS) indiquent le nombre de jours d'hospitalisation passés en soins de courte durée dans les hôpitaux généraux après qu'il a été décidé que de tels soins ne sont plus nécessaires. Le pourcentage des jours d'hospitalisation ANS variait d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi les provinces et territoires ayant déclaré des jours ANS, la Nouvelle-Écosse affichait le pourcentage le plus élevé de jours d'hospitalisation ANS (18,4 %) et la Saskatchewan, le plus faible (5,4 %).

**Tableau 2.3 Sorties comportant un ANS, jours ANS, pourcentage de jours d'hospitalisation ANS et nombre de jours ANS par sortie, selon la province ou le territoire, 2003-2004**

	Sorties comportant un ANS	Jours ANS	Pourcentages de jours d'hospitalisation ANS	ANS par sortie (en jours)
T.-N.-L.	2 043	4 557	12,9	2,2
Î.-P.-É.	1 440	924	6,7	0,6
N.-É.	3 943	13 768	18,4	3,5
N.-B.	5 481	10 339	11,9	1,9
Ont.	54 889	74 743	10,9	1,4
Man.	7 214	17 454	11,5	2,4
Sask.	4 834	2 991	5,4	0,6
Alb.	17 058	26 671	9,9	1,6
C.-B.	25 812	56 489	15,1	2,2
T.N.-O.	600	256	6,8	0,4
<b>Canada</b>	<b>123 314</b>	<b>208 192</b>	<b>11,9</b>	<b>1,7</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

Remarque : Le Québec, le Nunavut et le Yukon n'ont pas soumis de jours ANS.

En plus de jouer un rôle en tant que diagnostic primaire ou principal à la sortie, les maladies mentales sont plus souvent en cause dans les diagnostics secondaires. Par conséquent, afin de mieux évaluer la portée de la maladie mentale dans les hospitalisations, nous avons examiné les taux de sortie associés aux diagnostics primaires et secondaires de maladies mentales. La figure 2.3 illustre les pourcentages de toutes les sorties des hôpitaux généraux associées à une maladie mentale, selon la province et le territoire. Elle présente les sorties associées à un diagnostic principal ou primaire de maladie mentale, les sorties associées à un diagnostic secondaire ou concomitant de maladie mentale (sans diagnostic primaire de maladie mentale) ainsi que le total des deux premières catégories.

## **En résumé**

Le chapitre a fait état des analyses provinciales et régionales de certains indicateurs de services hospitaliers visant les sorties associées à un diagnostic primaire de maladie mentale. Les variations provinciales observées quant aux taux de sortie et aux durées du séjour étaient également manifestes entre les régions des provinces. Une constante toutefois : la prépondérance des troubles de l'humeur dans les sorties associées à un diagnostic de maladie mentale.

## Chapitre trois – Réadmissions à l'hôpital général

### Introduction

Cette année, le rapport de la série *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada* de l'ICIS présente pour la première fois de l'information sur les réadmissions à l'hôpital et sur leurs liens avec la santé mentale. Le présent chapitre analyse les réadmissions de patients ayant reçu leur congé d'un hôpital général et dont le diagnostic primaire lors de l'épisode initial<sup>iv</sup> indiquait une maladie mentale. Les données nécessaires à l'analyse proviennent de la Base de données sur les congés des patients (DAD) et de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), toutes deux gérées par l'ICIS.

Les réadmissions peuvent constituer un indicateur important dans l'évaluation des services de santé mentale pour plusieurs raisons (Hermann et coll., 2004). On considère généralement une réadmission non planifiée à l'hôpital comme un événement non souhaitable (Nelson, Maruish, et Axler, 2000; Cougnard et coll., 2005). Les réadmissions coïncident souvent avec une interruption des programmes de traitement et de réadaptation et peuvent être signes d'instabilité et d'une récurrence des symptômes graves d'une maladie. Hormis ses effets perturbateurs, une nouvelle hospitalisation coûte généralement beaucoup plus cher que la continuation des services de traitements externes ou communautaires (Jacobs et coll., 2006).

Les réadmissions à l'hôpital, qui permettent de mesurer la qualité des soins à l'échelle du système de santé, ont fait l'objet d'examen du point de vue de la disponibilité des services aux patients externes et de la planification des congés (Nelson et coll., 2000), des ordonnances de traitement en milieu communautaire (Burgess et coll., 2006; Kisely et coll., 2005) et de la pertinence du séjour hospitalier initial (Lyons et coll., 1997). Pour ce qui est des caractéristiques des patients et des caractéristiques cliniques, on a établi des liens entre les réadmissions et la non-observance de la prescription de médicaments, la consommation concomitante d'alcool et de drogue (Haywood et coll., 1995), les troubles comorbides de la personnalité (Bobo et coll., 2004) et l'insuffisance du soutien social (Dyck et coll., 2002).

Le chapitre présente, sur une période d'un an entre les exercices 2002 et 2004, des statistiques descriptives relativement aux taux de réadmission chez les personnes dont la sortie d'un établissement de soins de courte durée était associée à un diagnostic de maladie mentale. L'évaluation des réadmissions, qui reposait uniquement sur les congés des hôpitaux généraux, exclut donc les sorties des hôpitaux psychiatriques. En outre, afin de mieux caractériser les patients réadmis dans l'année suivant un épisode initial, le chapitre fournit un certain nombre de comparaisons entre eux. Il compare notamment les réadmissions de personnes ayant reçu ou non un diagnostic de maladie mentale, les personnes ayant reçu ou non un diagnostic concomitant de maladie mentale, et plus précisément, les personnes ayant reçu ou non un diagnostic mixte (maladie mentale et trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes). On a comparé les probabilités d'une réadmission entre les groupes de patients.

---

iv. L'épisode initial désigne le premier épisode de la série d'hospitalisations observée, qui est suivi d'une réadmission.

Le chapitre présente plusieurs résultats importants. Premièrement, les personnes qui ont reçu un diagnostic primaire de maladie mentale, par comparaison avec les personnes dont le diagnostic primaire n'était pas lié à une maladie mentale, étaient plus susceptibles d'être réadmisées à l'hôpital au cours de l'année suivant l'épisode initial. Deuxièmement, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, la probabilité d'une réadmission augmentait avec l'âge. Troisièmement, les personnes dont le séjour avait été plus long après l'admission initiale étaient plus susceptibles d'être réadmisées dans l'année suivant leur sortie. Quatrièmement, on a observé des différences dans la probabilité de réadmission en fonction de la catégorie de diagnostic. Enfin, les personnes ayant reçu une combinaison de diagnostics (p. ex. maladie mentale concomitante ou troubles concomitants liés à la consommation de substances psychotropes) présentaient une probabilité plus élevée de réadmission.

## Comparaisons des probabilités de réadmission dans les hôpitaux généraux

L'enquête cherchait surtout à établir des comparaisons entre les personnes hospitalisées pour une maladie mentale et celles hospitalisées pour une affection autre qu'une maladie mentale. Le tableau 3.1 présente les taux d'incidence ou les probabilités de réadmission après un an, selon l'âge, le sexe et la durée du séjour initial, chez les personnes hospitalisées à la suite d'un diagnostic primaire de maladie mentale (regroupées selon qu'elles souffraient ou non d'un trouble psychiatrique concomitant)<sup>v</sup>. Dans les analyses, le taux d'incidence peut s'entendre comme la probabilité qu'une personne soit réadmise à l'hôpital au cours de l'année suivant une hospitalisation initiale<sup>vi</sup>.

Une comparaison importante laisse à penser que les personnes ayant reçu un diagnostic primaire de maladie mentale étaient plus susceptibles d'être réadmisées à l'hôpital général que celles qui ont été hospitalisées pour une affection autre qu'une maladie mentale. Plus du tiers (37 %) des personnes ayant reçu un diagnostic primaire de maladie mentale ont été réadmisées à l'hôpital dans l'année suivant un congé initial, comparativement à un peu plus du quart (27,3 %) des personnes dont le diagnostic primaire n'était pas lié à une maladie mentale

---

v. Densité de l'incidence présentée dans le tableau 2 de l'annexe D.

vi. Les taux d'incidence ou les probabilités dont il est question ici sont aussi appelés incidence cumulative. L'annexe C traite plus en détail des taux d'incidence des réadmissions après moins d'un an.

**Tableau 3.1 Probabilité de réadmission après moins d'un an, en pourcentage (hôpitaux généraux), 2003-2004**

	DP MM seulement (par 100 personnes)	DP + MM concomitante (par 100 personnes)	Tous les DP MM (par 100 personnes)	DP autre que MM (par 100 personnes)
<b>Groupe d'âge</b>				
0-14	25,4	27,3	26,5	18,0
15-24	31,5	34,9	33,5	18,1
25-44	36,2	38,6	37,5	16,5
45-64	37,7	39,9	38,8	28,5
65 +	39,8	37,4	38,7	40,7
<b>Sexe</b>				
Femmes	37,2	39,4	38,3	24,9
Hommes	35,3	35,8	35,5	31,0
<b>DDS (en jours)</b>				
1 < = DDS < = 7	34,6	36,1	35,4	23,7
DDS > 8	38,0	39,0	38,5	42,5
<b>Total</b>	36,3	37,6	37,0	27,3

Sources : DAD/DBMH, ICIS, 2002-2003 et 2003-2004. Base de données sur les congés des patients/Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003 et 2003-2004, Institut canadien d'information sur la santé.

DP : Diagnostic primaire.

MM : Maladie mentale.

La probabilité de réadmission chez les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, comparativement aux personnes dont le diagnostic primaire était autre que psychiatrique, était systématiquement plus élevée chez les deux sexes (le taux de réadmission était plus élevé chez les femmes) et parmi la plupart des groupes d'âge. On a mené des analyses comparatives auprès de personnes dont le diagnostic primaire était lié ou non à une maladie mentale en utilisant des densités d'incidence pour évaluer le taux de réadmission en fonction de la période à laquelle les personnes étaient à risque. Les résultats confirment ceux présentés dans le tableau 3.1 et sont présentés en détail dans le tableau 3 de l'annexe D.

## Âge

Les comparaisons entre groupes d'âge semblent indiquer que le risque de réadmission à l'hôpital général augmente avec l'âge. Les taux les plus bas ont été observés au sein du groupe des 0 à 14 ans, et les plus élevés, dans les groupes de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus. Les taux d'incidence des réadmissions étaient plus élevés chez les personnes dont le diagnostic primaire était lié à une maladie mentale dans tous les groupes d'âge, sauf celui des 65 ans et plus.

## Durée du séjour à l'hôpital

Il existe un lien complexe entre la durée de séjour à l'hôpital d'une personne pour une maladie mentale et la probabilité qu'elle soit réadmise. Dans le tableau 3.1, la comparaison simple suggère que les séjours plus longs à l'hôpital étaient liés à une probabilité de réadmission plus élevée. La probabilité de réadmission était plus basse chez les personnes dont la durée de séjour (DDS) initiale à l'hôpital avait été de 7 jours ou moins que chez celles dont la DDS initiale à l'hôpital avait été de 8 jours ou plus. Parmi les personnes dont le diagnostic primaire était lié à une maladie mentale, la probabilité de réadmission était d'environ 8,8 % plus élevée chez celles dont l'épisode initial d'hospitalisation avait duré 8 jours ou plus. Cette différence était cependant beaucoup plus grande (79 %) chez les personnes hospitalisées à la suite d'une affection autre qu'une maladie mentale.

La nature du lien entre la durée des séjours dus à une maladie mentale et la probabilité de réadmission a fait l'objet d'un examen, puisqu'on a émis l'hypothèse que ce lien pourrait mettre en évidence la pertinence des services dispensés aux patients (Appleby et coll., 1993; Lyons et coll., 1996). La nature exacte de ce lien demeure toutefois obscure, tout comme il n'est pas clair qu'elle soit indicatrice de la pertinence des services hospitaliers, de la gravité de la maladie (Cougard et coll., 2006), de la pertinence des services de suivi (Nelson, Maruish, et Axler, 2000; Dyck et coll., 2002), de l'observance du régime de médicaments prescrit (Haywood et coll., 1995), ou de la consommation de substances psychotropes, entre autres mécanismes (Callaghan, 2003).

## Analyse confirmatoire

L'utilisation du modèle de régression des hasards proportionnels de Cox a permis de mieux évaluer les différences observées dans les taux de réadmission à un hôpital général chez les personnes ayant reçu ou non un diagnostic primaire de maladie mentale. Les ratios de risque de ce modèle particulier représentent le risque d'une réadmission à l'hôpital chez les personnes dont le diagnostic responsable de la plus grande partie du séjour était lié à une maladie mentale par rapport aux personnes dont le diagnostic n'était pas lié à une maladie mentale, compte tenu de l'âge, du sexe et de la durée du séjour à l'hôpital. Le tableau 3.2<sup>vii</sup> présente les ratios de risque ajustés et les intervalles de confiance à 95 %. Les ratios de risque ajustés représentent le ratio de réadmission des patients ayant reçu leur congé de l'hôpital et dont le diagnostic primaire était lié à une maladie mentale, et de ceux ayant reçu congé de l'hôpital et dont le diagnostic primaire n'était pas lié à une maladie mentale, compte tenu de l'âge, du sexe et de la durée du séjour à l'hôpital. Un ratio de risque supérieur à 1,0 indique un taux de réadmission proportionnellement plus élevé chez les patients qui ont reçu un diagnostic primaire de maladie mentale, alors qu'un ratio de risque inférieur à 1,0 indique un taux de réadmission proportionnellement plus élevé chez les patients qui ont reçu un diagnostic primaire autre que de maladie mentale.

Globalement, le ratio de risque ajusté était de 1,35, ce qui est statistiquement significatif. Selon ce ratio, la probabilité de réadmission à l'hôpital des personnes dont le diagnostic primaire était lié à une maladie mentale était 35 % plus élevée que celle des personnes ayant reçu un diagnostic primaire autre que psychiatrique. Les résultats indiquent

vii. Le tableau 3 de l'annexe D est une version plus détaillée du tableau 3.2.



également que le taux de réadmission à l'hôpital des personnes ayant reçu un diagnostic primaire de maladie mentale était significativement plus élevé dans tous les groupes d'âge présentés dans le tableau 3.2, à l'exception du groupe de 65 ans et plus. Dans ce dernier cas, les personnes dont le diagnostic primaire était lié à une maladie mentale avaient une probabilité de réadmission à l'hôpital significativement moins élevée que les personnes dont le diagnostic primaire n'était pas lié à une maladie mentale.

**Tableau 3.2 Risque ajusté de réadmission des patients dont le diagnostic responsable de la plus grande partie du séjour était lié à une maladie mentale lors de la première admission (hôpitaux généraux), 2003-2004**

	RR ajusté	IC de 95 %
<b>Groupe d'âge (années)</b>		
0-14	1,44	(1,35; 1,53)
15-24	1,59	(1,54; 1,64)
25-44	1,73	(1,70; 1,77)
45-64	1,24	(1,22; 1,27)
65 +	0,86	(0,85; 0,88)
<b>Total</b>	1,35	(1,34; 1,37)

Sources : DAD/DBMH, ICIS, 2002-2003 et 2003-2004. Base de données sur les congés des patients /Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003 et 2003-2004, Institut canadien d'information sur la santé.

RR : Ratio de risque.

IC : Intervalle de confiance.

## Probabilités de réadmission selon le diagnostic

Le tableau 3.3<sup>viii</sup> présente une ventilation de la probabilité de réadmission selon l'âge et le diagnostic primaire lors de l'épisode initial d'hospitalisation. Les réadmissions avaient un lien plus étroit avec certaines catégories de diagnostic qu'avec d'autres. Le risque de réadmission après moins d'un an était le plus élevé chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité. Près de 45 personnes sur 100 ayant été hospitalisées pour un trouble de la personnalité ont été réadmisées en moins d'un an. En général, parmi les catégories de diagnostic, le risque de réadmission était plus élevé chez les personnes plus âgées que les personnes plus jeunes. La seule exception observée à cette tendance touche les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie; parmi celles-ci, le risque de réadmission était plus élevé chez les plus jeunes, et moins élevé chez les plus âgées. De même, au sein de toutes les catégories de diagnostic sauf celle des troubles organiques, le risque de réadmission des personnes atteintes d'une maladie mentale concomitante était plus élevé que celui des personnes qui n'avaient pas de maladie mentale concomitante.

viii. Incidence densities are provided for diagnosis categories in Table 4 of Appendix D.

**Tableau 3.3 Probabilité de réadmission après un an (par 100 personnes), patients atteints ou non d'une maladie mentale concomitante (hôpitaux généraux), 2003-2004**

	<b>MM concomitante</b>	<b>Pas de MM concomitante</b>	<b>Toutes les MM</b>
<b>Troubles organiques</b>	<b>32,5</b>	<b>35,7</b>	<b>34,2</b>
0-14	-	-	-
15-24	37,8	27,3	32,6
25-44	32,8	35,7	34,2
45-64	35,3	38,3	36,6
65 +	32,2	35,6	34,1
<b>Troubles liés à la consommation de substances psychotropes</b>	<b>38,0</b>	<b>35,2</b>	<b>36,8</b>
0-14	23,2	12,2	15,5
15-24	33,4	23,1	29,2
25-44	37,1	34,6	36,1
45-64	40,9	39,3	40,2
65 +	42,7	43,6	43,2
<b>Schizophrénie et troubles psychotiques</b>	<b>42,2</b>	<b>40,2</b>	<b>41,1</b>
0-14	35,7	58,0	46,2
15-24	42,7	42,9	42,8
25-44	43,3	40,1	41,5
45-64	40,3	39,7	40,0
65 +	40,4	37,9	38,9
<b>Troubles affectifs</b>	<b>39,2</b>	<b>37,2</b>	<b>38,2</b>
0-14	35,2	30,2	33,1
15-24	35,9	30,0	33,3
25-44	38,8	36,6	37,8
45-64	40,3	37,8	39,0
65 +	43,9	45,7	44,9
<b>Troubles anxieux</b>	<b>37,0</b>	<b>34,0</b>	<b>35,6</b>
0-14	29,5	18,4	24,8
15-24	29,8	32,6	30,9
25-44	35,6	31,8	34,0
45-64	43,4	29,2	36,5
65 +	46,9	47,5	47,3
<b>Troubles de la personnalité</b>	<b>44,6</b>	<b>44,2</b>	<b>44,5</b>
0-14	-	-	-
15-24	41,5	39,4	40,8
25-44	45,0	44,7	44,9
45-64	46,8	46,3	46,7
65 +	46,3	58,1	50,4
Total	36,3	37,6	37,0
<b>Autres troubles</b>	<b>31,3</b>	<b>27,0</b>	<b>29,7</b>
0-14	23,7	25,0	24,2
15-24	28,4	25,6	27,3
25-44	33,2	24,6	30,5
45-64	35,1	29,1	33,2

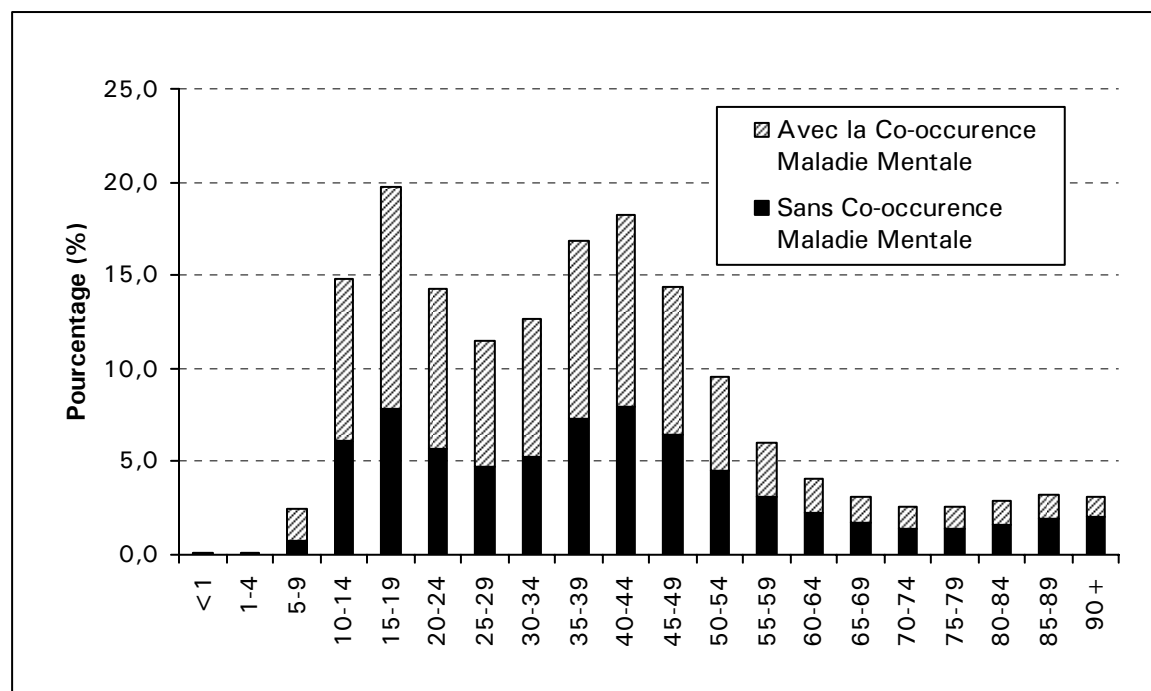
Sources : DAD/DBMH, ICIS, 2002-2003 et 2003-2004. Base de données sur les congés des patients/Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003 et 2003-2004, Institut canadien d'information sur la santé.

MM : Maladie mentale.

## Maladie mentale concomitante

On a établi un lien entre la prévalence des maladies mentales concomitantes et les probabilités de réadmission à l'hôpital plus élevés (Hendryx et coll., 2003), sans que ce lien ne touche nécessairement le plus grand nombre de jours d'hospitalisation (Blow et coll., 1998). C'est du moins ce qui est ressorti de l'analyse des données. La probabilité de réadmission à l'hôpital général était plus élevée au sein du groupe de personnes atteintes d'une maladie mentale concomitante (c.-à-d. deux diagnostics de maladie mentale ou plus) que chez celles qui ne l'étaient pas. Cette différence était toutefois plus faible que celle observée entre les personnes ayant reçu un diagnostic primaire de maladie mentale et celles n'en ayant pas reçu. Rappelons également qu'au chapitre 1, on a conclu que la durée moyenne du séjour était plus courte chez les patients sortis qui avaient une maladie mentale concomitante que chez ceux qui n'en avaient pas.

Les réadmissions en raison d'une maladie mentale représentaient une proportion considérable de l'ensemble des réadmissions à l'hôpital général. La figure 3.1 indique le pourcentage de personnes réadmisées à l'hôpital en raison d'une maladie mentale dans l'année suivant l'hospitalisation initiale, par rapport à toutes les réadmissions dans les hôpitaux généraux. Les réadmissions étaient particulièrement courantes chez les personnes se situant entre l'adolescence et le milieu de l'âge adulte. Les personnes de 10 à 49 ans ayant reçu un diagnostic primaire de maladie mentale représentaient systématiquement plus de 10 % de toutes les réadmissions dans les hôpitaux généraux. La proportion la plus élevée (19,8 %) a été observée dans la catégorie des personnes de 15 à 19 ans. L'écart entre les personnes atteintes ou non d'une maladie mentale concomitante indiquait que le groupe précédent représentait une plus grande proportion de réadmissions parmi les personnes de 10 à 54 ans. Pour ce qui est des personnes de 55 ans et plus, la situation était inverse, c'est-à-dire que les personnes qui n'étaient pas atteintes d'une maladie mentale concomitante représentaient la majorité des réadmissions.



**Figure 3.1 Pourcentages de réadmission, selon les patients admis dont le diagnostic responsable de la plus grande partie du séjour était lié à une maladie mentale (hôpitaux généraux), 2003-2004**

Sources: DAD/DBMH, ICIS, 2002-2003 et 2003-2004. Base de données sur les congés des patients/Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003 et 2003-2004, Institut canadien d'information sur la santé.

## Diagnostic mixte et réadmission

Les diagnostics mixtes désignent les maladies mentales et les troubles concomitants liés à la consommation de substances psychotropes. On a démontré que la fréquence et la régularité du lien entre les deux compromettaient l'efficacité des traitements (Kessler et coll., 1996; Minkoff, 2001) et qu'elles avaient généralement des effets délétères réciproques sur la gravité et l'évolution des troubles (Kessler, 1995; Kessler, 2004). Les estimations de la prévalence des troubles liés à la consommation de substances psychotropes chez les personnes atteintes de maladies mentales varient, mais la prévalence au cours de la vie pourrait dépasser 50 % (Kessler, 2004), et elle est plus élevée au sein de certains sous-groupes (Gouvernement du Canada, 2006). Par conséquent, les dispensateurs de services de santé mentale devraient s'attendre à constater des troubles concomitants liés à la consommation de substances psychotropes et pourraient devoir envisager des stratégies de soins communes qui prévoient des services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Minkoff, 2001).

Tel qu'il a été mentionné dans le chapitre 1, parmi les patients ayant reçu congé de l'hôpital général et dont le diagnostic primaire était lié à une maladie mentale, 19,6 % ont également reçu un diagnostic de trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes. La proportion était également de 19,6 % lorsqu'on tenait compte des sorties des hôpitaux psychiatriques. En outre, parmi les catégories de diagnostic, sauf les

diagnostics primaires de troubles liés à la consommation de substances psychotropes, les personnes atteintes de troubles de la personnalité représentaient la plus grande proportion de sorties avec diagnostic mixte (27,6 %).

Le tableau 4 de l'annexe D présente une comparaison des probabilités de réadmission, dans les établissements de soins de courte durée, chez les personnes ayant reçu ou non un diagnostic secondaire de trouble lié à la consommation de substances psychotropes. Globalement, la probabilité de réadmission était 6,8 % plus élevée chez les personnes ayant reçu un diagnostic secondaire de trouble lié à la consommation de substances psychotropes. Dans toutes les catégories de diagnostic à l'exception de celle des troubles de la personnalité, on a observé un taux de réadmission plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes.

La plus grande différence dans les probabilités de réadmission selon la présence de troubles concomitants liés à la consommation de substances psychotropes a été observée chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et de troubles psychotiques. Dans cette catégorie de diagnostic, la probabilité de réadmission des personnes souffrant de troubles concomitants liés à la consommation de substances psychotropes était 16,8 % plus élevée que celle des personnes ne souffrant pas de tels troubles. Cette observation donne à penser que l'incidence de la consommation de substances psychotropes a pu être plus grave chez les personnes atteintes de schizophrénie (Regier et coll., 1990). En plus de limiter l'observance du régime de médicaments prescrits et du programme de réadaptation (Drake et coll., 1998), l'usage et l'abus d'alcool et de drogue illicite peuvent nuire à l'efficacité des médicaments antipsychotiques (Brunette et coll., 2006; Brunette et coll., 2003; Drake et coll., 2000).

## En résumé

La question des réadmissions à l'hôpital touche particulièrement les personnes hospitalisées en raison d'une maladie mentale. Le présent chapitre a évalué, au moyen de nombreuses comparaisons, le taux de réadmission des personnes ayant reçu leur congé d'un hôpital général et dont le diagnostic primaire était lié à une maladie mentale. Le taux de réadmission dans l'année suivant leur sortie des personnes ayant reçu congé d'un hôpital général avec diagnostic de maladie mentale était 35,5 % plus élevé que ceux qui n'avaient pas de maladie mentale. Le taux de réadmission des personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale avait tendance à être plus élevé chez les personnes plus âgées (à l'exception de celles de plus de 65 ans); il était plus élevé chez les femmes que chez les hommes et chez les personnes dont le séjour à l'hôpital avait été plus long. Parmi les catégories de diagnostic, le risque de réadmission était plus élevé chez les personnes ayant reçu un diagnostic primaire de trouble de la personnalité.

De plus, les taux de réadmission à l'hôpital général étaient légèrement supérieurs chez les personnes ayant reçu un diagnostic de psychiatrie concomitant que chez celles qui n'en avaient pas reçu. Une comparaison des taux d'incidence relatifs aux personnes ayant reçu congé et fait l'objet ou non d'un diagnostic mixte a révélé que dans l'ensemble, le taux de réadmission était plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble concomitant lié à la consommation de substances psychotropes que chez celles qui n'en étaient pas atteintes. Cette différence était particulièrement évidente en ce qui concerne les personnes ayant reçu leur congé et dont le diagnostic primaire était lié à des troubles schizophréniques et psychotiques.

## Références

- Appleby, L., Desai, P. N., Luchins, D. J., Gibbons, R. D. et Hedeker, D. R., « Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients », *American Journal of Psychiatry*, n° 150 (1993), p. 72-76.
- Blow, F. C., Barry, K. L., BootsMiller, B. J., Copeland, L. A., McCormick, R. et Visnic, S., « Longitudinal assessment of inpatient use and functioning of seriously mentally ill veterans with and without co-occurring substance use disorders », *Journal of Psychiatric Research*, n° 32 (1998), p. 311-319.
- Bobo, W. V., Hoge, C. W., Messina, M. A., Pavlovic, F., Levandowski, D. et Grieger, T., « Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatry service at a large military tertiary care hospital », *Military Medicine*, n° 169 (2004), p. 648-653.
- Brunette M. F., Drake R. E., Xie H., McHugo G. J. et Green A. I., « Clozapine Use and relapses of substance use disorder among patients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders », *Schizophrenia Bulletin* (2006) [publication électronique avant l'impression].
- Brunette, M. F., Noordsy, D. L., Xie, H. et Drake, R. E., « Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders », *Psychiatric Services*, n° 54 (2003), p. 1395-1401.
- Burgess, P., Bindman, J., Leese, M. et Szmukler, G., « Do community treatment orders for mental illness reduce readmission to hospital?: An epidemiological study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 41 (2006), p. 574-579.
- Callaghan, R. C., « Risk factors associated with dropout and readmission among First Nations individuals admitted to an inpatient alcohol and drug detoxification program », *Canadian Medical Association Journal*, n° 169 (2003), p. 23-27.
- Cougnard, A., Parrot, M., Grolleau, S., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D. et coll., « Pattern of health service utilization and predictors of readmission after a first admission for psychosis: a 2-year follow-up study », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 113 (2006), p. 340-349.
- Drake R. E., McHugo G. J. et Clark R. E., « Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial », *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 68 (1998), p. 201-215.
- Drake R. E., Xie H., McHugo G. J. et coll., « The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, n° 26 (2000), p. 441-449.
- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D. et McFarlane, W. R., « Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment », *Psychiatric Services*, n° 53 (2002), p. 749-754.

- Gouvernement du Canada, Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006, Ottawa, gouvernement du Canada (2006).
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Jr., Davis, J. M. et Lewis, D. A., « Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders », *American Journal of Psychiatry*, n° 152 (1995), p. 856-861.
- Hendryx, M. S., Russo, J. E., Stegner, B., Dyck, D. G., Ries, R. K. et Roy-Byrne, P., « Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases », *Journal of Health Service Research*, n° 30 (2003), p. 342-351.
- Hermann, R., Matke, S. et les membres de l'OECD Mental Health Care Panel, « Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD countries », *OECD Health Technical Papers*, n° 17 (2004).
- Jacobs, P., Dewa, C. et Bland, R., Expenditures on mental health for Canadian provinces, 2003-2004, Edmonton, Alb., *Institute for Health Economics* (2006).
- Kessler, R. C., « Epidemiology of psychiatric comorbidity », dans Tsuang, M. T., Tohen, M. et Zahner, G. E. P., éd., *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, New York, John Wiley & Sons (1995), p. 179-197.
- Kessler, R. C., « The epidemiology of dual diagnosis », *Biological Psychiatry*, n° 56 (2004), p. 730-737.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G. et Leaf, P. J., « The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization », *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 66 (1996), p. 17-31.
- Kisely, S., Smith, M., Preston, N. J., et Xiao, J., « Comparison of health service use in two jurisdictions with and without compulsory community treatment », *Psychological Medicine*, n° 35 (2005), p. 1357-1367.
- Minkoff, K., « Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders », *Psychiatric Services*, n° 52 (2001), p. 597-599.
- Nelson, E. A., Maruish, M. A., et Axler, J. L., « Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates », *Psychiatric Services*, n° 51 (2000), p. 885-889.
- Regier D. A., Farmer M. E., Rae D. S., Locke B. Z., Keith S. J., Judd L. L. et Goodwin, F. K., « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study », *Journal of the American Medical Association*, n° 264 (1990), p. 2511-2518.



## Annexe A – Catégories et sous-catégories de diagnostics de maladie mentale

Catégorie de diagnostic	Sous-catégorie	Code de la CIM-9	Code de la CIM-10-CA
Troubles organiques	États psychotiques séniles et préséniles	290.0-290.9	F00-F09, G30
	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	F10-F19, F55
	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	F20-F29
	Psychose réactionnelle autre et non précisée	298.8-298.9	
	Paranoïa	297.1-297.3	
Troubles affectifs	Bipolaire	296.0-296.1, 296.4-296.8	F30, F31, F34.0
	Dépression	296.2, 296.3, 300.4, 311	F32, F33, F34.1, F38.1
	Autre	296.9	F34.8, F34.9, 38.0, F38.8, F39
Troubles anxieux	Anxiété	300.0, 300.2, 300.3, 309.8	F40, F41, F42, F93.0-F93.2
	États réactionnels aigus, autres	308.3	F43.0, 43.1, 43.8, 43.9
Troubles de la personnalité	Troubles de la personnalité	301.0-301.9	F60, F61, F62
Autres	Troubles de l'adaptation	309.0-309.4, 309.8-309.9	F43.2, F99
	Troubles du fonctionnement physiologique d'origine psychique	306.0-306.9	F59, F69
	Déviations et troubles sexuels	302.0-302.9	F52, F64, F65, F66
	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	F63, F91, F63, F91, F92, F95
	Autres psychoses non organiques	298.0-298.4	
	Tout autre trouble psychiatrique		F44, F45, F48, F50, F51, F53, F54, F68, F70-F73, F84, F98, F79, F78, F80-F82, F83, F88, F89, F90, F93.3-F93.9, F94

Sources : Classification internationale des maladies, 9<sup>e</sup> révision. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, Canada (CIM-10-CA), 2003.



## Annexe B – Notes méthodologiques

### Critères d'inclusion

Le rapport porte principalement sur les cas d'hospitalisation et de sortie associés à une maladie mentale. Certaines analyses comparatives, de même que l'analyse des troubles concomitants, des réadmissions, des données régionales et d'un certain nombre d'indicateurs, sont fondées sur des données de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). Cette dernière contient des données sur les sorties des hôpitaux des patients hospitalisés pour un éventail de diagnostics, dont les maladies mentales, ainsi que des données démographiques sur les établissements de soins de courte durée du Canada. Les analyses du rapport portent sur les sorties de l'exercice 2003-2004; toutefois, nous nous sommes servis des données d'exercices précédents à des fins de comparaison. Les données des hôpitaux psychiatriques englobent les patients hospitalisés dont le lieu de résidence se situe à l'extérieur de la province d'hospitalisation. Les durées du séjour n'ont fait l'objet d'aucune restriction, et ce, pour les deux types d'hôpitaux. Les données comprenaient les sorties associées à un diagnostic de maladie d'Alzheimer dans la catégorie Troubles organiques, déterminées par le diagnostic de sortie G30 dans le système de classification CIM-10-CA, ou par le diagnostic de sortie 294.1 dans le système de classification CIM-9.

### Critères d'exclusion

Le rapport n'étudie que les cas d'hospitalisation en raison d'une maladie mentale qui incluaient une sortie; par conséquent, il omet certains cas d'hospitalisation. Par exemple, étant donné que le rapport utilise des données sur les sorties des hôpitaux faisant suite à une période de services dispensés à des patients hospitalisés, il ne tient pas compte des personnes admises à l'hôpital pour lesquelles aucune sortie n'a été enregistrée au cours de l'exercice 2003-2004. Le rapport exclut également les personnes qui ont reçu des soins pour une maladie mentale en consultation externe, dans un établissement communautaire, dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes, dans un foyer de groupe, dans un établissement de soins primaires et dans un centre de jour et de nuit. De plus, il ne tient pas compte des personnes soignées par un praticien privé, ou soignées dans un établissement pour personnes ayant une déficience mentale ou dans une agence de toxicomanie. Les données des hôpitaux généraux que contient la BDSMMH excluent les nouveau-nés, les patients hospitalisés dont le lieu de résidence se situe à l'extérieur de la province d'hospitalisation et les personnes atteintes d'une maladie mentale qui se présentent à l'urgence mais ne sont pas admises pour une hospitalisation.

### Comparabilité

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, il faut faire preuve de discernement lorsque l'on compare différentes années de données de la BDSMMH ou les données d'une province ou d'un territoire à l'autre. Les changements apportés à la base de sondage sont une conséquence notamment des fermetures d'hôpitaux, de la restructuration de la prestation des services de santé mentale, des fusions d'hôpitaux, etc. Au Canada, les 20 dernières années ont été le théâtre de changements constants dans la prestation des services en santé mentale; par conséquent, la base de sondage de la BDSMMH a subi d'importants changements au fil des ans.

## Respect de la vie privée et confidentialité

Le Secrétariat au respect de la vie privée de l'ICIS a créé une série de directives visant à protéger le caractère confidentiel des données que l'ICIS reçoit. Ces directives régissent la publication des données dans les rapports, les communiqués de presse, le site Web de l'ICIS ainsi que les demandes et les études spéciales. Selon les directives, chaque 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 en matière de respect de la vie privée et de confidentialité, veuillez consulter [www.icis.ca](http://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 contient des renseignements sur les dates d'admission et de sortie ainsi que des renseignements diagnostiques et démographiques sur les sorties des hôpitaux en 2003-2004.

Nous avons procédé à des vérifications préliminaires de la qualité des données afin d'évaluer la participation des hôpitaux et l'intégralité des données. Certains indicateurs utilisés dans le rapport reposaient 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. Nous nous sommes servis des codes de diagnostics de la CIM-10-CA et de la CIM-9 pour classer les sorties dans une des sept grandes catégories de psychiatrie et de toxicomanie (annexe A). Le système de codification employé repose sur le système à l'aide duquel les données ont été codifiées à l'origine. Par conséquent, les conversions ont été traitées au point de classification dans les sept catégories utilisées dans le rapport.

## Analyses

Des analyses descriptives ont été menées sur l'âge, le sexe et les catégories de diagnostic. Les taux normalisés selon l'âge des sorties des hôpitaux (par 100 000 habitants) ont été calculés en fonction de la population-type (population canadienne de 1991).

## Définitions des indicateurs des services de santé mentale et de toxicomanie

### 1. Taux brut des sorties des hôpitaux associées à une maladie mentale ou à la toxicomanie, 2003-2004.

Numérateur : Nombre de sorties des hôpitaux psychiatriques et généraux au cours d'un exercice, dont le diagnostic primaire est une maladie mentale ou la toxicomanie (CIM-9 : 290-319 et CIM-10-CA : codes F et G30), 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, 2003-2004.

Les taux bruts de sorties des hôpitaux des provinces et des territoires sont normalisés selon l'âge de la population canadienne de 1991. Les estimations démographiques proviennent de Statistique Canada.

### 3. Durée moyenne du séjour pour les diagnostics de maladie mentale et de toxicomanie, 2003-2004.

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 et CIM-10-CA : codes F et G30).

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 et CIM-10-CA : codes F et G30).

### 4. Pourcentage des nombres totaux de sorties des hôpitaux généraux associées à une maladie mentale ou à la toxicomanie, 2003-2004.

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 et CIM-10-CA : codes F et G30).

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

Remarques : Le calcul ne vise que les hôpitaux généraux. Toutes les sorties des hôpitaux psychiatriques correspondent 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 d'une toxicomanie, 2003-2004.

Numérateur : Nombre total de 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 et CIM-10-CA : codes F et G30).

Dénominateur : Nombre total de jours d'hospitalisation, pour l'ensemble des sorties des hôpitaux généraux au cours d'un exercice.

Remarques : Le calcul ne vise que les hôpitaux généraux. Toutes les sorties des hôpitaux psychiatriques correspondent à un diagnostic primaire de maladie mentale ou de toxicomanie.



## Annexe C – Glossaire

### Réadmission à l'intérieur d'une année

Élément de données visant les patients qui ont vécu plus d'un épisode d'hospitalisation, et dont le deuxième épisode d'hospitalisation s'est produit à l'intérieur de l'année suivant la date de congé de la première période d'hospitalisation.

### Moyenne tronquée de 1 %

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

### Taux de sorties normalisé selon l'âge par province, territoire ou région sanitaire

Taux rajusté d'après les différences prédominantes dans les structures de l'âge entre les populations des provinces, des territoires ou des régions sanitaires. Il permet de comparer les statistiques sur les sorties comme si toutes les populations affichaient la même répartition selon l'âge.

### Trouble anxieux

État excessif d'anxiété, de peur ou de préoccupation qui pousse le malade à éviter les situations suscitant l'anxiété ou à développer des rituels compulsifs qui réduisent 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)

Représente le nombre moyen de jours passés à l'hôpital. La DMDS se calcule en divisant le nombre total de jours-présence par le nombre de sorties connexes (congés et décès). Les durées du séjour saisies dans la BDSMMH varient d'une journée à plusieurs décennies. Ainsi, la durée moyenne du séjour calculée peut être relativement élevée en raison d'un ou de plusieurs patients dont le séjour est exceptionnellement long. Le rapport présente également la durée médiane du séjour, à titre de référence supplémentaire quant à la tendance centrale.

### Diagnostic comorbide

Présence de maladies concomitantes en ce qui concerne un premier diagnostic ou par rapport à l'état faisant l'objet d'une étude. La comorbidité peut influencer sur la capacité des personnes atteintes à fonctionner et à survivre. Elle peut servir d'indicateur pronostique pour la durée du séjour à l'hôpital.

### Trouble concomitant

Présence concomitante d'un trouble lié à la consommation de substances psychotropes et de tout autre trouble psychiatrique. Cette valeur est interchangeable avec « diagnostic mixte ».

**Diagnostic concomitant**

Deux maladies présentes en même temps chez un patient.

**Taux de sorties brut**

Se calcule en divisant le nombre de sorties par la population à risque.

**Taux d'incidence cumulative**

Mesure du risque ou de la probabilité. Plus précisément, le taux indique la mesure du risque de développer une maladie donnée (ou un autre trouble) dans une période donnée. Quel que soit le type de population, le taux d'incidence cumulative représente le risque moyen des membres d'une population de développer une maladie ou de connaître un trouble au cours de la période d'observation.

**Taux d'incidence cumulative (Tlc) des réadmissions à l'intérieur d'une année**

Renvoie au taux d'incidence de réadmission à l'intérieur d'une année dont il est question dans le rapport. Il s'agit du nombre de personnes qui développent une maladie au cours d'une période donnée, en proportion d'une population à risque précise concernant cette maladie. Le taux se calcule comme suit :

$$Tlc = \frac{\text{Nombre de réadmissions à l'intérieur d'une année}}{\text{Population à risque}} \times 10^2$$

**Jours d'hospitalisation**

Durée de l'hospitalisation depuis la date d'admission jusqu'à la date de sortie. Voir *Durée moyenne du séjour*.

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

Manuel publié par l'American Psychiatric Association qui classe et définit les troubles mentaux. Il présente de l'information sur les caractéristiques diagnostiques, la prévalence, le développement et les diagnostics différentiels associés aux troubles mentaux.

**Exercice**

Exercice financier de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier. Il s'étend du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 31 mars 2004.

**Hôpital général**

Hôpital financé par le secteur public qui dispense des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés et aux clients souffrant d'un vaste éventail de maladies et de blessures. Les services des hôpitaux généraux ne se limitent pas à un groupe d'âge précis ni à un sexe en particulier. La base de sondage de la BDSMMH englobe des types d'établissements comme les hôpitaux généraux qui ne dispensent pas de programmes d'enseignement et qui disposent ou non d'unités de soins de longue durée, les hôpitaux pédiatriques, les hôpitaux généraux d'enseignement et les établissements spécialisés (à savoir les établissements 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**

Sortie de l'hôpital d'un patient hospitalisé, en raison d'un congé ou d'un décès. Les enregistrements de sortie sont remplis par les hôpitaux pour chacun des patients qui obtiennent leur congé ou meurent à l'hôpital. Ils contiennent des données sur la fréquence relative d'une maladie et les tendances de morbidité connexes.

**Incidence**

Nombre de nouveaux cas (p. ex. de maladie ou d'autres événements) survenant au sein d'une population.

**Densité de l'incidence**

Voir *Taux d'incidence temps-personne*.

**Taux brut de sorties des hôpitaux par 100 000 habitants**

Mesure de l'utilisation des services hospitaliers. Il s'agit du nombre total de sorties des hôpitaux d'un sous-groupe en particulier (c'est-à-dire 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**

Services psychiatriques dispensés aux patients admis à l'hôpital.

**Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9<sup>e</sup> révision (CIM-9)**

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

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

Système de classification des maladies, des traumatismes, des causes de décès ainsi que des 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 s'applique au delà du cadre des soins hospitaliers de courte durée. La CIM-10-CA comprend également des troubles 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.

**Durée médiane du séjour**

Valeur intermédiaire dans la répartition de toutes les durées de séjour des patients. Dans la BDSMMH, certains patients présentent des durées de séjour en années et, dans certains cas, en décennies. La durée médiane du séjour donne une mesure de la tendance principale qui n'est nullement influencée par des valeurs extrêmes, contrairement à la durée moyenne du séjour (voir *Durée moyenne du séjour*).

**Trouble de l'humeur**

Trouble se traduisant par une dépression ou une manie ou les deux. Les personnes atteintes de dépression peuvent se sentir tellement dévalorisées, tristes et vides que ces sentiments les empêchent de fonctionner. Celles atteintes de manies sont extrêmement énergiques et peuvent poser des gestes qui sortent de l'ordinaire; ces symptômes sont graves et peuvent nuire à la vie quotidienne. Les troubles de l'humeur comprennent notamment les troubles dépressifs majeurs, bipolaires et dysthymiques.

**Trouble organique**

Trouble se traduisant par un changement physiologique ou structurel détectable dans un organe, habituellement le cerveau, et causant des dommages aux fonctions cognitives. Les troubles organiques comprennent notamment la maladie d'Alzheimer.

**Taux d'incidence temps-personne**

Mesure du rythme auquel les nouveaux cas d'une maladie ou d'un autre trouble surviennent dans une population. Le taux d'incidence temps-personne de réadmission se calcule de la façon suivante :

$$TI_{T-P} = \frac{\text{Nombre de réadmissions}}{\text{Total de l'incidence temps-personne à risque}} \times 10^2$$

Le dénominateur est la somme des périodes à risque pour chaque personne. Dans les cas de réadmission, le temps à risque vise la différence entre la date de la réadmission et la date de congé après la première admission. Dans les cas qui ne sont pas des réadmissions, il s'agit de la différence entre la fin de l'étude (le 31 mars 2004) et la date de congé après l'admission. Voir également *Temps d'incidence cumulative*.

**Trouble de la personnalité**

Trouble qui amène la personne atteinte à utiliser certains traits de sa personnalité de façon inappropriée, et ainsi à devenir mésadaptée. Certaines déviations peuvent être relativement légères et nuire très peu à leur vie quotidienne, tandis que d'autres peuvent causer de grandes perturbations. Les troubles typiques de la personnalité comprennent notamment les cas limites, narcissiques et dépendants.

**Diagnostic primaire à la sortie**

Diagnostic principal.

**Pourcentage de la durée du séjour**

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 normalisée des hôpitaux psychiatriques. Dans le cas 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 que les provinces ont désignés comme participants à l'Enquête sur la santé mentale en milieu hospitalier de l'ICIS.

**Réadmission**

Élément de données précisé si un patient a présenté plus d'un épisode d'hospitalisation au cours des exercices 2002-2003 et 2003-2004.

**Troubles schizophréniques et psychotiques**

Troubles qui se caractérisent par une pensée décousue, des délires et des hallucinations pouvant mener à un comportement atypique. Ces signes et symptômes sont assez graves pour nuire au bon fonctionnement de la vie quotidienne.

**Trouble psychiatrique secondaire**

Tout diagnostic compris entre le deuxième et le vingt-cinquième diagnostic.

**Taux de sorties**

Voir *Taux brut de sorties des hôpitaux par 100 000 habitants*.

**Trouble lié à la consommation de substances psychotropes**

Trouble qui amène les personnes qui en sont atteintes à abuser de substances psychotropes ou à en dépendre. Il s'agit de toute substance ingérée en vue de produire un état d'euphorie, d'altérer les sens ou d'influer sur le fonctionnement de quelque façon que ce soit. Les substances comprennent entre autres l'alcool, la marijuana, la cocaïne et l'héroïne.

**Total de jours-patients**

Somme des jours d'hospitalisation.



# Annexe D

## Tableau D-1 Indicateurs de services de santé mentale dans les hôpitaux régionaux (hôpitaux généraux), 2003-2004

Code de la région	Région sanitaire	Population (2003)	Nombre de sorties	Nombre de jours d'hospitalisation	Taux de sorties par 100 000 habitants	Taux de sorties normalisé par 100 000 habitants	Durée moyenne du séjour (en jours)	Pourcentage des jours passés en ANS
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>		<b>518 350</b>	<b>2 028</b>	<b>37 276</b>	<b>391,2</b>	<b>374,1</b>	<b>18,4</b>	<b>11,8</b>
1011	Eastern Health Authority	297 166	689	13 062	231,9	218,3	19,0	11,2
1012	Central Health Authority Region	100 144	488	11 488	487,3	459,0	23,5	8,0
1013	Western Health Authority	81 714	571	10 829	698,8	686,4	19,0	18,0
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>		<b>137 266</b>	<b>1 381</b>	<b>13 739</b>	<b>1 006,1</b>	<b>980,6</b>	<b>9,9</b>	<b>6,1</b>
<b>Nouvelle-Écosse</b>		<b>936 165</b>	<b>3 780</b>	<b>71 595</b>	<b>403,8</b>	<b>381,0</b>	<b>18,9</b>	<b>18,8</b>
1201	Zone 1	124 555	598	9 972	480,1	446,0	16,7	28,3
1202	Zone 2	82 675	199	3 650	240,7	218,4	18,3	35,8
1203	Zone 3	106 652	423	6 706	396,6	380,1	15,9	14,1
1204	Zone 4	95 038	602	7 191	633,4	611,0	11,9	4,8
1205	Zone 5	131 040	1 065	17 728	812,7	812,2	16,6	7,4
1206	Zone 6	396 205	893	26 348	225,4	216,9	29,5	25,5
<b>Nouveau-Brunswick</b>		<b>750 896</b>	<b>5 520</b>	<b>127 990</b>	<b>735,1</b>	<b>673,4</b>	<b>23,2</b>	<b>7,9</b>
1301	Région 1	191 468	1 333	22 139	696,2	661,9	16,6	3,2
1302	Région 2	176 108	788	56 621	447,5	379,1	71,9	13,0
1303	Région 3	169 523	876	14 303	516,7	486,4	16,3	2,4
1306	Région 6	83 186	819	10 471	984,5	901,9	12,8	3,1
<b>Québec</b>		<b>7 492 333</b>	<b>40 320</b>	<b>895 292</b>	<b>538,2</b>	<b>506,3</b>	<b>22,2</b>	<b>-</b>
2401	Région du Bas-Saint-Laurent	202 327	1 588	27 055	784,9	728,1	17,0	-
2402	Région du Saguenay—Lac-Saint-Jean	278 706	2 409	44 311	864,4	827,7	18,4	-
2403	Région de Québec	659 173	3 429	80 376	520,2	457,6	23,4	-
2404	Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec	483 106	2 903	63 373	600,9	575,7	21,8	-
2405	Région de l'Estrie	295 981	1 727	44 598	583,5	553,4	25,8	-
2406	Région de Montréal-Centre	1 871 164	7 122	204 364	380,6	332,9	28,7	-
2407	Région de l'Outaouais	332 658	1 642	33 049	493,6	481,9	20,1	-
2408	Région de l'Abitibi-Témiscamingue	146 025	1 170	39 912	801,2	798,3	34,1	-
2409	Région de la Côte-Nord	97 326	866	16 517	889,8	867,7	19,1	-
2411	Région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	96 821	954	16 061	985,3	975,6	16,8	-

Code de la région	Région sanitaire	Population (2003)	Nombre de sorties	Nombre de jours d'hospitalisation	Taux de sorties par 100 000 habitants	Taux de sorties normalisé par 100 000 habitants	Durée moyenne du séjour (en jours)	Pourcentage des jours passés en ANS
2412	Région de la Chaudière-Appalaches	392 251	2 848	47 766	726,1	688,8	16,8	-
2413	Région de Laval	360 434	1 570	36 094	435,6	414,5	23,0	-
2414	Région de Lanaudière	406 885	2 338	42 766	574,6	580,6	18,3	-
2415	Région des Laurentides	490 586	2 609	51 579	531,8	531,0	19,8	-
2416	Région de la Montérégie	1 339 077	6 743	143 218	503,6	496,0	21,2	-
<b>Ontario (RLISS)</b>		<b>12 256 645</b>	<b>52 578</b>	<b>658 909</b>	<b>429,0</b>	<b>416,7</b>	<b>12,5</b>	<b>11,1</b>
3501	Érié St-Clair	643 205	3 880	45 834	603,2	593,0	11,8	5,0
3502	Sud-Ouest	919 962	4 851	56 950	527,3	508,0	11,7	10,2
3503	Waterloo Wellington	677 887	2 714	29 329	400,4	393,8	10,8	15,7
3504	Hamilton Niagara Haldimand Brandt	1 343 403	5 746	78 130	427,7	416,2	13,6	11,3
3505	Centre-Ouest	699 631	2 314	28 583	330,8	330,7	12,4	3,1
3506	Mississauga Halton	1 008 121	2 967	37 540	294,3	293,0	12,7	7,1
3507	Toronto-Centre	1 150 938	4 759	73 104	413,5	388,4	15,4	12,3
3508	Centre	1 504 817	4 168	56 742	277,0	271,5	13,6	9,7
3509	Centre-Est	1 446 826	5 587	66 658	386,2	374,4	11,9	8,3
3510	Sud-Est	468 835	2 095	26 973	446,9	441,2	12,9	13,0
3511	Champlain	1 170 172	4 984	71 579	425,9	410,8	14,4	10,7
3512	Simcoe-Nord Muskoka	408 731	2 204	21 854	539,2	532,9	9,9	22,9
3513	Nord-Est	570 777	4 439	48 501	777,7	771,0	10,9	19,1
3514	Nord-Ouest	243 340	1 870	17 132	768,5	795,5	9,2	14,3
<b>Manitoba</b>		<b>1 161 552</b>	<b>7 135</b>	<b>159 357</b>	<b>614,3</b>	<b>589,8</b>	<b>22,3</b>	<b>10,7</b>
4610	Office régional de la santé de Winnipeg	655 081	3 968	106 327	605,7	573,5	26,8	13,8
4630	Office régional de la santé d'Interlake	78 505	332	4 392	422,9	403,1	13,2	0,8
4640	Office régional de la santé du Centre du Manitoba Inc.	100 004	473	7 647	473,0	447,2	16,2	0,1
<b>Saskatchewan</b>		<b>994 428</b>	<b>6 247</b>	<b>83 544</b>	<b>628,2</b>	<b>620,1</b>	<b>13,4</b>	<b>3,6</b>
4704	Regina Qu'Appelle Regional Health Authority	240 534	1 360	19 402	565,4	553,7	14,3	3,6
4706	Saskatoon Regional Health Authority	283 301	1 344	18 632	474,4	459,6	13,9	7,8
4709	Prince Albert Parkland Regional Health Authority	75 063	606	6 903	807,3	823,2	11,4	0,0
<b>Alberta</b>		<b>3 158 641</b>	<b>16 768</b>	<b>275 945</b>	<b>530,9</b>	<b>524,0</b>	<b>16,5</b>	<b>9,5</b>
4820	Chinook Regional Health Authority	152 246	1 247	19 793	819,1	806,7	15,9	11,2
4821	Palliser Health Region	97 637	1 058	14 176	1 083,6	1 073,5	13,4	4,3

Code de la région	Région sanitaire	Population (2003)	Nombre de sorties	Nombre de jours d'hospitalisation	Taux de sorties par 100 000 habitants	Taux de sorties normalisé par 100 000 habitants	Durée moyenne du séjour (en jours)	Pourcentage des jours passés en ANS
4822	Calgary Health Region	1 142 458	5 501	100 213	481,5	475,6	18,2	6,4
4823	David Thompson Regional Health Authority	284 612	1 498	26 806	526,3	516,2	17,9	23,7
4824	East Central Health	111 608	944	10 034	845,8	789,2	10,6	17,8
4825	Capital Health	996 038	3 744	75 019	375,9	368,2	20,0	10,3
4826	Aspen Regional Health Authority	175 747	1 245	14 140	708,4	722,1	11,4	7,5
4827	Peace Country Health	129 552	1 162	11 840	896,9	933,7	10,2	1,0
<b>Colombie-Britannique</b>		<b>4 152 289</b>	<b>24 792</b>	<b>375 250</b>	<b>597,1</b>	<b>576,9</b>	<b>15,1</b>	<b>14,8</b>
5911	East Kootenay	80 622	533	5 794	661,1	637,2	10,9	10,8
5912	Kootenay Boundary	80 510	635	5 827	788,7	785,3	9,2	13,5
5913	Okanagan	319 390	2 472	20 751	774,0	778,6	8,4	12,5
5914	Thompson Cariboo	216 257	1 367	14 288	632,1	643,9	10,5	13,8
5921	Fraser East	253 900	1 643	16 987	647,1	667,5	10,3	9,0
5922	Fraser North	549 520	2 671	41 450	486,1	471,9	15,5	13,4
5923	Fraser South	618 484	2 536	40 568	410,0	410,3	16,0	13,6
5931	Richmond	172 579	611	9 550	354,0	337,7	15,6	8,3
5932	Vancouver	587 784	3 983	67 194	677,6	614,5	16,9	10,6
5933	North Shore/Coast Garibaldi	269 184	1 264	16 629	469,6	460,6	13,2	6,0
5941	South Vancouver Island	344 299	2 434	66 192	706,9	659,8	27,2	27,9
5942	Central Vancouver Island	244 780	1 555	21 423	635,3	642,2	13,8	11,7
5943	North Vancouver Island	115 384	789	11 355	683,8	680,9	14,4	34,5
5951	Northwest	83 342	803	7 120	963,5	974,6	8,9	5,1
5952	Northern Interior	151 254	978	23 377	646,6	655,1	23,9	8,8
<b>Yukon</b>		<b>30 554</b>	<b>220</b>	<b>1 809</b>	<b>720,0</b>	<b>750,5</b>	<b>8,2</b>	<b>-</b>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>		<b>42 206</b>	<b>580</b>	<b>11 290</b>	<b>1 374,2</b>	<b>1 404,8</b>	<b>19,5</b>	<b>2,3</b>
<b>Nunavut</b>		<b>29 141</b>	<b>145</b>	<b>1 282</b>	<b>497,6</b>	<b>473,3</b>	<b>8,8</b>	<b>-</b>
<b>Canada</b>		<b>31 660 466</b>	<b>161 494</b>	<b>2 713 278</b>	<b>510,1</b>	<b>490,7</b>	<b>16,8</b>	<b>7,9</b>

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2003-2004, ICIS.

Fondé sur les estimations démographiques de 2003-2004 de Statistique Canada.  
Population-type des taux normalisé selon l'âge : population canadienne de 1991.

**Tableau D-2 Taux de densité de l'incidence de réadmission, selon les caractéristiques des patients (hôpitaux généraux), 2003-2004**

	Diagnostic principal de maladie mentale TI par 100 personnes-années	Diagnostic principal de maladie autre que mentale TI par 100 personnes-années	Différence (%)
<b>Groupe d'âge (en années)</b>			
0-14	26,0	16,2	60,4 %
15-24	35,5	18,3	93,7 %
25-44	41,3	16,1	156,6 %
45-64	42,9	28,7	49,3 %
65 +	43,6	47,2	-7,6 %
<b>Sexe</b>			
Femme	42,6	25,3	68,5 %
Homme	38,3	32,0	19,7 %
<b>DDS (en jours)</b>			
1 <= DDS <= 7	38,1	23,6	61,5 %
DDS >= 8	42,8	49,6	-13,7 %
<b>Total</b>	40,5	27,8	45,7 %

Sources : DAD/BDMH, ICIS, 2002-2003 et 2003-2004. Base de données sur les congés des patients, Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003 et 2003-2004, ICIS.

TI : Taux d'incidence.

**Tableau D-3 Taux brut et rajusté de risque de réadmission des patients admis en raison d'un diagnostic principal de maladie mentale lors de la première admission (hôpitaux généraux), 2003-2004**

	TRH brut	TRH rajusté
<b>Groupe d'âge (en années)</b>		
0-14	1,56 (1,47; 1,65)	1,44 (1,35; 1,53)
15-24	1,85 (1,80; 1,90)	1,59 (1,54; 1,64)
25-44	2,41 (2,37; 2,45)	1,73 (1,70; 1,77)
45-64	1,44 (1,42; 1,47)	1,24 (1,22; 1,27)
65 +	0,93 (0,91; 0,95)	0,86 (0,85; 0,88)
<b>Total</b>	1,41 (1,40; 1,43)	1,35 (1,34; 1,37)

Sources : DAD/BDMH, ICIS, 2002-2003 et 2003-2004. Base de données sur les congés des patients, Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003 et 2003-2004, ICIS.

Ajusté selon l'âge, le sexe et la durée du séjour à l'hôpital.



**Tableau D-4 Taux de densité de l'incidence de réadmission chez les patients admis en raison d'un diagnostic principal de maladie mentale (hôpitaux généraux), 2003-2004**

Catégorie de diagnostic	Sans trouble lié à la consommation de substances psychotropes				Avec trouble lié à la consommation de substances psychotropes				Différence (%)
	Nombre	Cas	Personnes-années	TI par 100 Personnes-années	Nombre	Cas	Personnes-années	TI par 100 Personnes-années	
Troubles organiques	9 186	3 704	10 072,2	36,8	590	244	652,2	37,4	1,7 %
Consommation de substances psychotropes	9 934	4 224	10 654,4	39,6	4 917	2 180	5 252,0	41,5	4,7 %
Psychose schizophrénique	16 537	7 701	16 901,5	45,6	3 176	1 627	3 057,7	53,2	16,8 %
Troubles affectifs	29 647	12 978	30 878,2	42,0	6 132	2 763	6 313,2	43,8	4,1 %
Troubles anxieux	4 363	1 794	4 693,3	38,2	713	298	775,6	38,4	0,5 %
Troubles de la personnalité	2 369	1 204	2 271,2	53,0	904	446	879,7	50,7	-4,4 %
Autres	12 262	4 217	14 104,1	29,9	2 843	1 052	3 229,1	32,6	9,0 %
<b>Total</b>	<b>84 298</b>	<b>35 822</b>	<b>89 574,9</b>	<b>40,0</b>	<b>19 275</b>	<b>8 610</b>	<b>20 159,5</b>	<b>42,7</b>	<b>6,8 %</b>

Sources : DAD/BDMH, ICIS, 2002-2003 et 2003-2004. Base de données sur les congés des patients, Base de données sur la morbidité hospitalière, 2002-2003 et 2003-2004, ICIS.



