

RECUEIL DES SOURCES ET DÉFINITIONS DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

AUTOMNE 2012

*Commissaire
à la santé
et au bien-être*

Québec 

RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Robert Salois

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR

Geneviève Tremblay

AVEC LA COLLABORATION DE

Jean-François Bélanger

Félix Dugas

Daniel Labbé

Maxime Ouellet

REMERCIEMENTS

Le Commissaire à la santé et au bien-être tient à remercier tous les organismes cités comme sources de données dans ce document pour leur contribution à l'appréciation globale et intégrée de la performance du système de santé et de services sociaux québécois au moyen de la production et de la publication des indicateurs utilisés dans le cadre d'analyse globale de la performance.

Le présent document est disponible dans la section *Statistiques* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2012

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66636-3 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

RÉALISATION	3
REMERCIEMENTS	3
> INDICATEURS INTERNATIONAUX	9
> ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	9
Taux d'hospitalisation pour les cas de troubles mentaux et du comportement, pour 100 000 habitants.....	9
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants.....	9
Taux ajusté de mortalité pour cause de troubles mentaux et du comportement, pour 100 000 habitants.....	10
Taux ajusté de mortalité liée à l'utilisation de substances psychoactives, pour 100 000 habitants.....	10
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans	11
Années potentielles de vie perdues pour cause de troubles mentaux ou du comportement, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans.....	11
Années potentielles de vie perdues liées à l'utilisation de substances psychoactives, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans.....	12
> ADAPTATION	13
Nombre de psychiatres, pour 100 000 habitants.....	13
Nombre de psychologues, pour 100 000 habitants	13
Nombre de lits pour l'ensemble des soins psychiatriques, pour 100 000 habitants.....	13
Nombre de lits de soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux, pour 100 000 habitants	14
Nombre de lits de soins psychiatriques dans les hôpitaux psychiatriques, pour 100 000 habitants	14
Nombre de lits de soins psychiatriques dans des installations autres, pour 100 000 habitants.....	14
> PRODUCTION	17
Durée moyenne de séjour pour troubles mentaux ou du comportement, en jours.....	17
Taux ajusté de réadmission à l'hôpital pour les patients atteints de schizophrénie, en %	17
Taux ajusté de réadmission à l'hôpital pour les patients atteints de troubles bipolaires, en %	17
> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX	19
> ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	19
Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %.....	19
Proportion de la population ayant un trouble de dépendance à l'alcool, en %	20
Proportion de la population ayant un trouble de dépendance aux drogues illicites, en %	20
Proportion de la population ayant n'importe lequel des troubles mesurés ou une dépendance à des substances, en %	20
Proportion ajustée des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %.....	21
Proportion ajustée de la population ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, en %.....	22
Taux ajusté d'hospitalisation liée à la maladie mentale, pour 100 000 habitants	22

Proportion ajustée de la population considérant son sentiment d'appartenance à la communauté locale comme plutôt fort ou très fort, en %.....	23
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme stressante ou extrêmement stressante, en %.....	23
Taux ajusté de consommation abusive d'alcool, en %.....	23
Proportion ajustée de la population satisfaite ou très satisfaite à l'égard de la vie, en %.....	24
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants.....	24
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	25
Taux ajusté d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 habitants	25
> ADAPTATION.....	26
Total des dépenses publiques pour la santé mentale par habitant, en \$	26
Dépenses publiques pour la santé mentale, en % du total des dépenses publiques pour la santé.....	26
Nombre de psychiatres (rémunérés à l'acte, en ETC), pour 100 000 habitants.....	26
Nombre de psychologues, pour 100 000 habitants	27
Nombre de travailleurs sociaux, pour 100 000 habitants	27
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé mentale, en %.....	28
> PRODUCTION.....	29
Proportion de la population ayant consulté au moins une ressource à des fins de santé mentale, en %.....	29
Proportion de la population ayant consulté un psychologue au sujet de sa santé mentale, en %.....	29
Proportion de la population ayant consulté un psychiatre au sujet de sa santé mentale, en %	29
Proportion de la population ayant consulté d'autres professionnels de la santé (autres que généraliste, psychologue et psychiatre) au sujet de sa santé mentale, en %	30
Proportion ajustée de la population consommant au moins un médicament pour un trouble mental, en %.....	30
Délai médian d'attente, pour les cas urgents, pour consulter un psychiatre après avoir été référé par un omnipraticien, en semaines	30
Délai médian d'attente, pour les cas non urgents, pour consulter un psychiatre après avoir été référé par un omnipraticien, en semaines	31
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux généraux, en jours.....	31
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques, en jours	32
Coût moyen par service en psychiatrie, en \$	32
Nombre de services en psychiatrie, pour 1 000 habitants.....	32
Proportion des patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale, en %.....	33
Taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale, en %	33
Proportion de la rémunération clinique à l'acte, en % de la rémunération clinique totale en psychiatrie	34
> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX	35
> ÉTAT DE SANTÉ MENTALE.....	35

Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %.....	35
Prévalence annuelle ajustée des troubles mentaux, pour 1 000 habitants	35
Prévalence annuelle ajustée des troubles anxio-dépressifs, pour 1 000 habitants	36
Prévalence annuelle ajustée des troubles de schizophrénie, pour 1 000 habitants	37
Proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %	37
Proportion de la population ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, en %	38
Taux ajusté d'hospitalisation liée à la maladie mentale, pour 100 000 habitants	38
Proportion de la population se trouvant dans les 4 ^e et 5 ^e quintiles de défavorisation matérielle, en %....	38
Proportion de la population se trouvant dans les 4 ^e et 5 ^e quintiles de défavorisation sociale, en %	39
Proportion de la population considérant son sentiment d'appartenance à la communauté locale comme plutôt fort ou très fort, en %	39
Proportion des travailleurs ayant un niveau élevé d'insécurité d'emploi, en %	40
Proportion de la population percevant sa vie comme stressante ou extrêmement stressante, en %	40
Proportion de la population ayant consommé de la drogue, en %.....	40
Taux de consommation abusive d'alcool, en %.....	41
Proportion de la population satisfaite ou très satisfaite à l'égard de la vie, en %	41
Proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique, en %.....	41
Proportion de la population ayant songé au suicide, en %	42
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants.....	42
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	43
Taux ajusté d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 habitants	43
> ADAPTATION	45
Dépenses pour le programme de santé mentale par habitant, en \$	45
Dépenses consacrées aux organismes communautaires, en % du total des dépenses pour le programme de santé mentale.....	45
Dépenses pour le programme de santé mentale, en % du total des dépenses pour l'ensemble des programmes-services	46
Nombre de psychiatres (rémunérés à l'acte, en ETC), pour 100 000 habitants.....	46
Nombre de psychologues, pour 100 000 habitants	46
Nombre d'intervenants de première ligne dans les équipes de santé mentale en CSSS (en ETC), pour 100 000 habitants.....	47
Nombre d'infirmières pratiquant dans le secteur de la santé mentale, pour 100 000 habitants	47
Nombre de places destinées aux adultes ayant un diagnostic psychiatrique, au sein des CHSLD publics et privés conventionnés, pour 100 000 habitants.....	48
Nombre de places au sein des ressources intermédiaires destinées aux individus atteints de troubles mentaux, pour 100 000 habitants	48
Nombre de places au sein des ressources de type familial destinées aux individus atteints de troubles mentaux, pour 100 000 habitants.....	49
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté, pour 100 000 habitants.....	50
Nombre de places en suivi intensif dans le milieu, pour 100 000 habitants.....	50
Proportion des interventions en santé mentale, en % du total des interventions en CLSC.....	51
Taux de rétention de la clientèle pour les hospitalisations en psychiatrie, en %.....	51
Indice d'autosuffisance en psychiatrie	52
> PRODUCTION	53

Proportion de la population ayant consulté au moins une ressource à des fins de santé mentale, en %.....	53
Proportion de la population ayant consulté un psychologue au sujet de sa santé mentale, en %.....	53
Proportion de la population ayant vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé au sujet de sa santé mentale, en %.....	54
Proportion des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %.....	54
Proportion des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le second profil d'utilisation (urgence), en %.....	55
Proportion des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le troisième ou quatrième profil d'utilisation (psychiatre ou omnipraticien en externe), en %.....	55
Proportion des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %.....	55
Proportion des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le second profil d'utilisation (urgence), en %.....	56
Proportion des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le troisième ou quatrième profil d'utilisation (psychiatre ou omnipraticien en externe), en %.....	56
Proportion des individus atteints de troubles schizophréniques se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %.....	57
Proportion des individus atteints de troubles schizophréniques se trouvant dans le second profil d'utilisation (urgence), en %.....	57
Proportion des individus atteints de troubles schizophréniques se trouvant dans le troisième ou quatrième profil d'utilisation (psychiatre ou omnipraticien en externe), en %.....	57
Proportion de la population assurée au régime public d'assurance médicaments du Québec ayant fait usage d'antidépresseurs, en %.....	58
Proportion de la population assurée au régime public d'assurance médicaments du Québec ayant fait usage d'antipsychotiques, en %.....	58
Proportion d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours, en %.....	59
Délai moyen d'attente de l'usager pour une première intervention (évaluation ou action) en santé mentale, en jours.....	60
Proportion des séjours de 12 heures et plus sur civière à l'urgence pour des raisons de santé mentale, en %.....	60
Usagers de moins de 18 ans ayant reçu des services de santé mentale de première ligne (mission CLSC) par rapport aux usagers ayant reçu des services spécialisés, ratio.....	60
Usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de santé mentale de première ligne (mission CLSC) par rapport aux usagers ayant reçu des services spécialisés, ratio.....	61
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux généraux, en jours.....	62
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques, en jours.....	62
Nombre d'interventions par usager des services de santé mentale en CLSC.....	63
Proportion des patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale, en %.....	63
Taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale, en %.....	64

> INDICATEURS INTERNATIONAUX



> ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

TAUX D'HOSPITALISATION POUR LES CAS DE TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (5 meilleurs résultats sur 17 pays) :

Pays-Bas, Irlande, Danemark, Norvège, Espagne

Définition :

Nombre de sorties des hôpitaux généraux en raison d'un congé ou d'un décès à la suite d'une hospitalisation liée à un trouble mental ou du comportement pour 100 000 habitants (CIM-10 : F00-F99).

Le taux de sortie est calculé par rapport au nombre total de sorties d'hôpitaux généraux pour des troubles mentaux ou du comportement pour 100 000 habitants, par groupes (âge, sexe, région, province, catégorie de diagnostic, etc.).

Les sorties par année sont établies en fonction de la date de sortie, et non de la date d'admission.

Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Sources :

OCDE

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), Base de données sur les congés des patients (BDCP)

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 13 pays) :

Italie, Royaume-Uni, Espagne, Pays-Bas

Définition :

Nombre de décès par suicide ou consécutifs à des blessures auto-infligées, pour 100 000 habitants (CIM-10 : X60-X84, Y87.0).

Les taux de mortalité sont normalisés par la méthode directe de normalisation selon l'âge par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 2010 en tant que population de référence et en se basant sur les statistiques des décès fournies par la base de données sur la mortalité de l'OMS. Des taux de mortalité normalisés selon l'âge permettent une meilleure comparaison des niveaux de mortalité entre les pays et au fil du temps, car ils prennent en compte les différences de structure par âge des populations.

L'OMS définit le suicide comme un acte délibéré, accompli par une personne qui sait parfaitement ou espère qu'il aura une issue fatale. La comparabilité internationale des taux de suicide peut être altérée par les critères de déclaration, les personnes chargées d'établir le certificat de décès, la réalisation ou non d'une enquête médico-légale et les dispositions relatives au caractère confidentiel de la cause du décès. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des différences de taux entre pays.

Source :

OCDE

OMS : Base de données sur la mortalité

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ POUR CAUSE DE TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 13 pays) :

Autriche, Italie, Irlande, Allemagne

Définition :

Nombre de décès pour cause de troubles mentaux et du comportement, pour 100 000 habitants (CIM-10 : F00-F99).

Les taux de mortalité sont normalisés par la méthode directe de normalisation selon l'âge par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 2010 en tant que population de référence et en se basant sur les statistiques des décès fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Des taux de mortalité normalisés selon l'âge permettent une meilleure comparaison des niveaux de mortalité entre les pays et au fil du temps, car ils prennent en compte les différences de structure par âges des populations.

Sources :

OCDE

OMS : Base de données sur la mortalité

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ LIÉE À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 11 pays) :

Australie, Pays-Bas, Italie, Suède

Définition :

Nombre de décès pour cause de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (excluant l'alcool), pour 100 000 habitants (CIM-10 : F11-F16, F18-F19).

Les taux de mortalité sont normalisés par la méthode directe de normalisation selon l'âge par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 2010 en tant que population de référence et en se basant sur les statistiques des décès fournies par la base de données sur la mortalité de l'OMS. Des taux de mortalité normalisés selon l'âge permettent une meilleure comparaison des niveaux de mortalité entre les pays et au fil du temps, car ils prennent en compte les différences de structure par âge des populations.

Sources :

OCDE

OMS : Base de données sur la mortalité

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 69 ANS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 12 pays) :

Italie, Espagne, Royaume-Uni, Pays-Bas

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par suicide ou consécutifs à des blessures auto-infligées, pour 100 000 habitants (CIM-10 : X60-X84, Y87.0).

Les APVP sont une mesure sommaire de mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée a priori comme évitable. Le calcul des APVP correspond à la somme de la mortalité à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre, jusqu'à une limite donnée. Pour le calcul des données de l'OCDE, la limite de 70 ans a été choisie.

Pour calculer les APVP pour 100 000 habitants, le Secrétariat de l'OCDE se base sur les statistiques des décès fournies par l'OMS. La population totale de l'OCDE de 2010 est utilisée comme population de référence pour la normalisation des données selon l'âge.

Sources :

OCDE

OMS : Base de données sur la mortalité

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES POUR CAUSE DE TROUBLES MENTAUX OU DU COMPORTEMENT, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 69 ANS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 11 pays) :

Espagne, Italie, Pays-Bas, Canada (l'Irlande a été exclue en raison d'une rupture de série statistique)

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès pour cause de troubles mentaux, pour 100 000 habitants (CIM-10 : F00-F99)

Les APVP sont une mesure sommaire de mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée a priori comme évitable. Le calcul

des APVP correspond à la somme de la mortalité à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre, jusqu'à une limite donnée. Pour le calcul des données de l'OCDE, la limite de 70 ans a été choisie.

Pour calculer les APVP pour 100 000 habitants, le Secrétariat de l'OCDE se base sur les statistiques des décès fournies par l'OMS. La population totale de l'OCDE de 2010 est utilisée comme population de référence pour la normalisation des données selon l'âge.

Sources :

OCDE

OMS : Base de données sur la mortalité

[ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES LIÉES À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 69 ANS](#)

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 11 pays) :

Pays-Bas, Espagne, Italie, Canada

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès pour cause de troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, pour 100 000 habitants (CIM-10 : F11-F16, F18-F19).

Les APVP sont une mesure sommaire de mortalité prématurée qui permet, d'une manière explicite, de quantifier le poids de la mortalité à un jeune âge, considérée a priori comme évitable. Le calcul des APVP correspond à la somme de la mortalité à chaque âge multipliée par le nombre d'années restantes à vivre, jusqu'à une limite donnée. Pour le calcul des données de l'OCDE, la limite de 70 ans a été choisie.

Pour calculer les APVP pour 100 000 habitants, le Secrétariat de l'OCDE se base sur les statistiques des décès fournies par l'OMS. La population totale de l'OCDE de 2010 est utilisée comme population de référence pour la normalisation des données selon l'âge.

Sources :

OCDE

OMS : Base de données sur la mortalité

> ADAPTATION

NOMBRE DE PSYCHIATRES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 11 pays) :

Suisse, Norvège, France, Finlande

Définition :

Nombre de psychiatres actifs au 31 décembre de l'année de référence pour 100 000 habitants. Le nombre de psychiatres comprend les psychiatres de pratique clinique et non clinique, mais exclut les psychiatres non agréés ayant demandé que leur information reste confidentielle.

Les psychiatres sont des médecins qui sont spécialisés dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies mentales. Ils ont une formation postuniversitaire en psychiatrie et peuvent également avoir d'autres formations dans une spécialité psychiatrique.

Sources :

OCDE

Institut canadien d'information sur la santé : Système informatisé sur les stagiaires post-M.D. en formation clinique (CAPER)

NOMBRE DE PSYCHOLOGUES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2005

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (5 meilleurs résultats sur 17 pays) :

Danemark, Finlande, Suède, Norvège, Allemagne

Définition :

Nombre de psychologues travaillant dans un établissement de soins en santé mentale pour 100 000 habitants.

Les psychologues sont des professionnels ayant obtenu un diplôme en psychologie dans une école de niveau universitaire avec une spécialisation en psychologie clinique. L'OMS collecte uniquement les informations qui concernent les psychologues travaillant en soins de santé mentale.

Source :

OMS

NOMBRE DE LITS POUR L'ENSEMBLE DES SOINS PSYCHIATRIQUES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2005

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (6 meilleurs résultats sur 18 pays) :

Belgique, Canada, Pays-Bas, Suisse, Norvège, France

Définition :

Nombre de lits dans les hôpitaux généraux et psychiatriques pour l'ensemble des soins psychiatriques en santé mentale pour 100 000 habitants.

Source :
OMS

[NOMBRE DE LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2005

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 14 pays) :
Finlande, Suède, Canada, France

Définition :

Nombre de lits dans les hôpitaux généraux pour l'ensemble des soins psychiatriques en santé mentale pour 100 000 habitants.

Source :
OMS

[NOMBRE DE LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2005

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 14 pays) :
Pays-Bas, Suisse, Belgique, Canada

Définition :

Nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques pour l'ensemble des soins psychiatriques en santé mentale pour 100 000 habitants.

Un hôpital psychiatrique est une structure hospitalière spécialisée qui propose hospitalisations et séjours de longue durée aux personnes ayant des troubles psychiques. Habituellement, ces structures sont indépendantes et autonomes; cependant, elles peuvent avoir certains liens avec le reste du système de santé et de services sociaux. Le niveau de spécialisation varie considérablement : dans certains cas, seuls des services de long séjour sont offerts, dans d'autres, des services spécialisés et à court terme sont aussi disponibles (services de réhabilitation, unités spécialisées pour enfants et sujets âgés, etc.).

Source :
OMS

[NOMBRE DE LITS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS DES INSTALLATIONS AUTRES, POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2005

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (4 meilleurs résultats sur 12 pays) :
Danemark, Belgique, Canada, Italie

Définition :

Nombre de lits dans des installations autres que les hôpitaux généraux ou psychiatriques pour l'ensemble des soins psychiatriques en santé mentale pour 100 000 habitants.

Source :

OMS

> PRODUCTION

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR TROUBLES MENTAUX OU DU COMPORTEMENT, EN JOURS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (le 5^e meilleur résultat sur 17 pays) :

Irlande

Définition :

Nombre de jours qu'un patient passe en moyenne dans un hôpital général pour des troubles mentaux ou du comportement (CIM-10 : F00-F99).

La durée moyenne de séjour est calculée en divisant le nombre de jours de séjour (à partir de la date de l'admission d'un patient en institution) par le nombre de congés (y compris les décès) au cours de l'année.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque certains pays incluent dans le calcul les décès et les congés hospitaliers des patients admis et sortis durant la même journée, ce qui cause des variations dans les ensembles de données pris en compte selon les pays.

Sources :

OCDE

Institut canadien d'information sur la santé

TAUX AJUSTÉ DE RÉADMISSION À L'HÔPITAL POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE, EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (2 meilleurs résultats sur 6 pays) :

Canada, Royaume-Uni

Définition :

Proportion de patients âgés de 15 ans et plus réadmis au moins une fois dans les 30 jours suivant la première hospitalisation pour des troubles de schizophrénie, en % (CIM-10 : F20-F25.9).

Les taux de réadmission sont normalisés selon l'âge et le sexe par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 2010 en tant que population de référence.

Source :

OCDE

TAUX AJUSTÉ DE RÉADMISSION À L'HÔPITAL POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES BIPOLAIRES, EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence (2 meilleurs résultats sur 6 pays) :

Canada, Royaume-Uni

Définition :

Proportion de patients âgés de 15 ans et plus réadmis au moins une fois dans les 30 jours suivant la première hospitalisation pour des troubles bipolaires, en % (CIM-10 : F31).

Les taux de réadmission sont normalisés selon l'âge et le sexe par le Secrétariat de l'OCDE en utilisant la population totale de l'OCDE de 2010 en tant que population de référence.

Source :

OCDE

> INDICATEURS INTERPROVINCIAUX



> ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT VÉCU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui, selon la classification, satisfont à tous les critères d'épisode dépressif majeur lors des 12 mois précédant l'interview, en %.

L'épisode dépressif majeur se caractérise par une période de 2 semaines ou plus durant lesquelles persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités normales, associée à des symptômes tels qu'une réduction de l'énergie, un changement du sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer et un sentiment de culpabilité, de désespoir ou des idées suicidaires.

L'Enquête sur la santé mentale et le bien-être s'appuie en partie sur une version modifiée du World Mental Health du Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Le WMH-CIDI est un questionnaire normalisé pour l'évaluation des troubles mentaux conformément à une opérationnalisation des définitions et des critères du DSM. L'abréviation DSM désigne le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, publié par l'American Psychiatric Association. Il s'agit d'une classification des troubles mentaux reconnue à l'échelle internationale, dont il existe plusieurs versions. Les troubles mentaux étudiés dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 1.2) sont codés de façon partielle selon le DSM-IV ou le DSM-III-R. Les mesures des troubles mentaux découlent d'une série de questions portant sur les sentiments, les symptômes, la sévérité, l'intensité et l'impact associés à chacun des troubles mesurés.

* Les catégories d'âge de 15 à 24 ans et de 65 ans et plus sont surreprésentées dans cette enquête. Il faut donc faire attention au moment d'établir des comparaisons, car les données ne sont pas normalisées.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UN TROUBLE DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant une forte probabilité de satisfaire aux critères relatifs à une dépendance à l'alcool dans les 12 mois précédant l'interview, en %.

La classification est fondée sur un ensemble de questions portant sur la tolérance à l'alcool (comme le besoin de consommer plus pour sentir les effets), le sevrage, la perte de contrôle et les problèmes sociaux ou physiques associés à la consommation d'alcool dans la vie quotidienne. Les renseignements recueillis sur la dépendance brossent un tableau des comportements de consommation d'alcool entraînant une déficience ou une détresse cliniquement significative.

* Les catégories d'âge de 15 à 24 ans et de 65 ans et plus sont surreprésentées dans cette enquête. Il faut donc faire attention au moment d'établir des comparaisons, car les données ne sont pas normalisées.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UN TROUBLE DE DÉPENDANCE AUX DROGUES ILLICITES, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui satisfont aux critères de dépendance aux drogues illicites lors des 12 mois précédant l'interview, en %.

La classification est fondée sur un ensemble de questions portant sur la tolérance aux drogues illicites (comme le besoin de consommer plus pour sentir les effets), le sevrage, la perte de contrôle et les problèmes sociaux ou physiques associés à la consommation de drogues illicites dans la vie quotidienne. Les renseignements recueillis sur la dépendance brossent un tableau des comportements de consommation de drogues illicites entraînant une déficience ou une détresse cliniquement significative. Les critères équivalent à un mode de consommation de drogues marqué par l'inadaptation, qui a entraîné des douleurs ou des difficultés d'ordre clinique.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT N'IMPORTE LEQUEL DES TROUBLES MESURÉS OU UNE DÉPENDANCE À DES SUBSTANCES, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui, selon la classification, satisfont à n'importe quel trouble mesuré (épisode dépressif majeur, épisode de manie, trouble panique, phobie sociale (trouble d'anxiété sociale, agoraphobie) ou à une dépendance à des substances (alcool, drogues illicites) lors des 12 mois précédant l'interview, en %.

L'Enquête sur la santé mentale et le bien-être s'appuie en partie sur une version modifiée du World Mental Health du Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Le WMH-CIDI est un questionnaire normalisé pour l'évaluation des troubles mentaux conformément à une opérationnalisation des définitions et des critères du DSM. L'abréviation DSM désigne le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, publié par l'American Psychiatric Association. Il s'agit d'une classification des troubles mentaux reconnue à l'échelle internationale, dont il existe plusieurs versions. Les troubles mentaux étudiés dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 1.2) sont codés de façon partielle selon le DSM-IV ou le DSM-III-R. Les mesures des troubles mentaux découlent d'une série de questions portant sur les sentiments, les symptômes, la sévérité, l'intensité et l'impact associés à chacun des troubles mesurés.

La classification des dépendances est fondée sur un ensemble de questions portant sur la tolérance aux drogues illicites (comme le besoin de consommer plus pour sentir les effets), le sevrage, la perte de contrôle et les problèmes sociaux ou physiques associés à la consommation de drogues illicites dans la vie quotidienne. Les renseignements recueillis sur la dépendance brossent un tableau des comportements de consommation de drogues illicites entraînant une déficience ou une détresse cliniquement significative. Les critères équivalent à un mode de consommation de drogues marqué par l'inadaptation, qui a entraîné des douleurs ou des difficultés d'ordre clinique.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION AJUSTÉE DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ MENTALE COMME TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %

Année : 2011

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %.

La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne à propos de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçue fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, de problèmes mentaux, émotionnels ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans la santé perçue.

Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'une population type permet de

mieux comparer les taux, puisqu'il est ainsi possible de tenir compte des variations de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE L'HUMEUR, TEL QUE LA DÉPRESSION, LE TROUBLE BIPOLAIRE, LA MANIE OU LA DYSTHYMIE, EN %

Année : 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, et ce, d'un professionnel de la santé, en %.

Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'une population type permet de mieux comparer les taux, puisqu'il est ainsi possible de tenir compte des variations de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À LA MALADIE MENTALE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010-2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Taux de sortie des hôpitaux généraux en raison d'un congé ou d'un décès à la suite d'une hospitalisation liée à une maladie mentale, pour 100 000 habitants de 15 ans et plus.

Les maladies mentales sélectionnées pour les indicateurs liés à la santé mentale (à l'exception des hospitalisations à la suite d'une blessure auto-infligée) sont les troubles liés à la consommation de substances (CIM-10-CA : F55, de F10 à F19); la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques (CIM-10-CA : F20 (à l'exception de F20.4), F22, F23, F24, F25, F28, F29, F53.1); les troubles de l'humeur ou affectifs (CIM-10-CA : F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F53.0); les troubles anxieux (CIM-10-CA : F40, F41, F42, F43.0, F48.8, F48.9, F93.8); certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (CIM-10-CA : F60, F61, F62, F68, F69, F21).

Les taux normalisés sont ajustés en fonction de l'âge (regroupement par tranches de cinq ans) à l'aide d'une méthode directe de normalisation basée sur la population canadienne au 1^{er} juillet 1991.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION CONSIDÉRANT SON SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ LOCALE COMME PLUTÔT FORT OU TRÈS FORT, EN %

Année : 2011

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort, en %.

La recherche montre une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance à sa communauté et la santé mentale et physique.

Les taux sont normalisés selon l'âge par Statistique Canada. Ils ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION PERCEVANT SA VIE COMME STRESSANTE OU EXTRÊMEMENT STRESSANTE, EN %

Année : 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes, en %.

Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, tel que le perçoit la personne ou, dans le cas d'une interview par procuration, tel que le perçoit la personne qui répond.

Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'une population type permet de mieux comparer les taux, puisqu'il est ainsi possible de tenir compte des variations de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

TAUX AJUSTÉ DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL, EN %

Année : 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année, en %.

Le dénominateur inclut toute la population âgée de 12 ans et plus qui a répondu à l'enquête.

Les taux normalisés selon l'âge ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991. L'utilisation d'une population type permet de mieux comparer les taux, puisqu'il est ainsi possible de tenir compte des variations de la structure par âge de la population au fil du temps ainsi que d'une région à l'autre.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

[PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION SATISFAITE OU TRÈS SATISFAITE À L'ÉGARD DE LA VIE, EN %](#)

Année : 2011

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général, en %.

Les taux sont normalisés selon l'âge par Statistique Canada. Ils ont été calculés par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

[TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS](#)

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de décès par suicide ou consécutifs à des blessures auto-infligées, pour 100 000 habitants (CIM-10 : X60-X84, Y87.0).

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu. Il se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

Sources :

Statistique Canada : Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population)

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Année : 2007

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : X60-X84, Y87).

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielles non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu.

Sources :

Statistique Canada : Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population)

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATION À LA SUITE D'UNE BLESSURE AUTO-INFLIGÉE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010-2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Taux ajusté d'hospitalisation dans un hôpital général en raison d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 personnes de 15 ans et plus.

Les blessures auto-infligées (CIM-10-CA, de X60 à X84) peuvent résulter de comportements suicidaires ou de tentatives d'automutilation. Dans de nombreux cas, elles peuvent être évitées grâce à la détection et au traitement précoce des maladies mentales. Bien que le système de santé et de services sociaux ne puisse pas contrôler certains facteurs de risque, les taux élevés d'hospitalisation en raison de blessures auto-infligées pourraient résulter de l'incapacité du système à prévenir des blessures auto-infligées suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation.

Les taux normalisés sont ajustés en fonction de l'âge (regroupement par tranches de cinq ans) à l'aide d'une méthode directe de normalisation basée sur la population canadienne au 1^{er} juillet 1991.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information ontarien sur la santé mentale Ministère de la Santé et des Services sociaux : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

> ADAPTATION

TOTAL DES DÉPENSES PUBLIQUES POUR LA SANTÉ MENTALE PAR HABITANT, EN \$

Année : 2007-2008

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Total des dépenses publiques pour la santé mentale par habitant, en dollars.

Les dépenses pour la santé mentale sont habituellement définies comme la somme des dépenses pour les patients hospitalisés, les médecins, les malades externes traités à l'urgence, la psychiatrie communautaire, les services d'aide aux toxicomanes et les dépenses publiques en produits pharmaceutiques.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institute of Health Economics

DÉPENSES PUBLIQUES POUR LA SANTÉ MENTALE, EN % DU TOTAL DES DÉPENSES PUBLIQUES POUR LA SANTÉ

Année : 2007-2008

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Dépenses publiques pour la santé mentale en pourcentage des dépenses publiques totales pour la santé.

Les dépenses pour la santé mentale sont habituellement définies comme la somme des dépenses pour les patients hospitalisés, les médecins, les malades externes traités à l'urgence, la psychiatrie communautaire, les services d'aide aux toxicomanes et les dépenses publiques en produits pharmaceutiques.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Sources :

Institute of Health Economics

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur les dépenses nationales de santé

NOMBRE DE PSYCHIATRES (RÉMUNÉRÉS À L'ACTE, EN ETC), POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombres de psychiatres rémunérés à l'acte, en équivalents à temps complet, pour 100 000 habitants.

Le nombre de médecins équivalents à temps complet (ETC) est une mesure utilisée pour estimer si un médecin travaille à temps plein. Il s'agit d'un nombre pondéré selon le total des paiements à l'acte reçus. La valeur ETC est calculée à l'aide du total des paiements par rapport aux montants repères supérieurs et inférieurs de paiement établis pour une catégorie de spécialités médicales dans une province ou un territoire.

Compte tenu de la variation dans la proportion de la rémunération totale des médecins que représente la rémunération à l'acte dans chaque province ou territoire, il faut faire preuve de prudence dans la comparaison des indicateurs de la BDNM entre provinces ou territoires.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données nationale sur les médecins

NOMBRE DE PSYCHOLOGUES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de psychologues actifs autorisés pour 100 000 habitants.

Les psychologues actifs autorisés représentent tous les professionnels inscrits et autorisés qui détiennent un permis d'exercer et qui sont habilités par la loi à exercer la profession de la santé précisée et à en porter le titre. Ces personnes peuvent occuper ou ne pas occuper un emploi au sein de la profession.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur le personnel de la santé

NOMBRE DE TRAVAILLEURS SOCIAUX, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de travailleurs sociaux autorisés pour 100 000 habitants.

Les travailleurs sociaux œuvrent auprès des personnes, des familles, des groupes et des collectivités dans le but d'améliorer leur bien-être individuel et collectif. Ils défendent la justice sociale, les droits de la personne et l'accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux. Ils prodiguent des conseils, offrent des thérapies, interviennent en vue de résoudre des problèmes et aident les gens à

avoir accès à de l'information et à des ressources comme des programmes de soutien communautaires. De plus, ils s'attaquent à certains problèmes sociaux de grande ampleur, comme l'oppression, la discrimination, la violence familiale, le chômage et la pauvreté.

Le cadre d'exercice des travailleurs sociaux comprend généralement les hôpitaux, les centres de santé communautaire, les cliniques de santé mentale, les établissements d'enseignement, les organismes de défense des droits et intérêts, les ministères, les organismes de services sociaux, les milieux d'aide sociale à l'enfance, les organismes d'aide à la famille, les établissements correctionnels, les organismes de logement social, les tribunaux de la famille, les programmes d'aide aux employés et ceux de consultation privée, les conseils scolaires et les organismes de consultation.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur le personnel de la santé

[PROPORTION DE LA POPULATION AYANT DÉCLARÉ DES BESOINS NON SATISFAITS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE, EN %](#)

Année : 2002

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant déclaré avoir des besoins non satisfaits en matière de santé mentale, au cours d'une période de 12 mois, en %.

« Le concept de besoin non comblé (BNC) correspond à la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus. Une personne ayant perçu le besoin de recevoir des services médicaux – qu'il s'agisse d'informations de la part d'un professionnel ou d'actes thérapeutiques – mais n'ayant pas obtenu ces services présente donc un besoin non comblé de services de santé. Cette mesure reflète en partie le non accès aux services de santé¹. »

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

1. J.-F. Levesque et autres (2007). *Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ?*, Gouvernement du Québec, 16 p.

> PRODUCTION

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ AU MOINS UNE RESSOURCE À DES FINS DE SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant utilisé des services et des ressources de soutien au cours des 12 mois précédant l'interview pour des problèmes reliés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues (en particulier, hospitalisation, consultation personnelle ou par téléphone avec un professionnel, groupes de soutien ou de discussion sur Internet, groupes d'entraide, ligne d'aide téléphonique), en %.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ UN PSYCHOLOGUE AU SUJET DE SA SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant consulté en personne ou par téléphone un psychologue à des fins de santé mentale dans le but de discuter de leurs émotions, de leur santé mentale ou de leur consommation d'alcool ou de drogues au cours d'une période de 12 mois, en %.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ UN PSYCHIATRE AU SUJET DE SA SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant consulté en personne ou par téléphone un psychiatre à des fins de santé mentale dans le but de discuter de leurs émotions, de leur santé mentale ou de leur consommation d'alcool ou de drogues au cours d'une période de 12 mois, en %.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ D'AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (AUTRES QUE GÉNÉRALISTE, PSYCHOLOGUE ET PSYCHIATRE) AU SUJET DE SA SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant consulté d'autres professionnels de la santé au sujet de leur santé mentale au cours d'une période de 12 mois, en %.

Les autres professionnels de la santé réfèrent aux infirmières, aux travailleurs sociaux, aux conseillers spirituels, aux acupuncteurs, aux chiropraticiens, aux diététistes, etc.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

PROPORTION AJUSTÉE DE LA POPULATION CONSOMMANT AU MOINS UN MÉDICAMENT POUR UN TROUBLE MENTAL, EN %

Année : 2002

Sens de la variation : indéterminé

Définition :

Personnes de 15 ans et plus ayant déclaré consommer au moins un médicament (prescrit ou non) pour un trouble mental au cours d'une période de 12 mois, en %.

Les types de médicaments peuvent être les suivants : benzodiazépines, anxiolytiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, antipsychotiques et stimulants.

Les proportions sont normalisées selon l'âge et le sexe par Statistique Canada. Elles ont été calculées par la méthode directe et en fonction de la structure de la population au recensement du Canada de 1991.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2

DÉLAI MÉDIAN D'ATTENTE, POUR LES CAS URGENTS, POUR CONSULTER UN PSYCHIATRE APRÈS AVOIR ÉTÉ RÉFÉRÉ PAR UN OMNIPRATICIEN, EN SEMAINES

Année : 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Médiane du nombre de semaines qu'un patient doit attendre pour obtenir une première consultation avec un psychiatre après avoir été référé par un omnipraticien pour les cas urgents.

* Les données doivent être interprétées avec prudence, puisque le taux de réponse global de l'enquête est de 8 %.

Source :
Institut Fraser

DÉLAI MÉDIAN D'ATTENTE, POUR LES CAS NON URGENTS, POUR CONSULTER UN PSYCHIATRE APRÈS AVOIR ÉTÉ RÉFÉRÉ PAR UN OMNIPRATICIEN, EN SEMAINES

Année : 2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Médiane du nombre de semaines qu'un patient doit attendre pour obtenir une première consultation avec un psychiatre après avoir été référé par un omnipraticien pour les cas non urgents.

* Les données doivent être interprétées avec prudence, puisque le taux de réponse global de l'enquête est de 8 %.

Source :
Institut Fraser

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS EN SANTÉ MENTALE DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, EN JOURS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Durée moyenne de séjour dans un hôpital général pour des soins en santé mentale, en jours.

Un hôpital général est un hôpital financé par le secteur public qui dispense essentiellement des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés et aux clients atteints d'un vaste éventail de maladies ou de blessures. Les services d'un hôpital général ne se limitent pas à un groupe d'âge précis, ni à un des deux sexes. La base de sondage de la BDSMMH englobe les 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 (établissements de traitement contre le cancer, de cardiologie, de maternité, de soins prolongés et pour maladies chroniques, les hôpitaux de réadaptation, les instituts de neurologie, les hôpitaux d'orthopédie, etc.).

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :
Institut canadien d'information sur la santé : Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada (BDSMMH)

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS EN SANTÉ MENTALE DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, EN JOURS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Durée moyenne de séjour dans un hôpital psychiatrique pour des soins en santé mentale, en jours.

Au Canada, il n'existe pas de définition normalisée des hôpitaux psychiatriques. Aux fins du présent rapport, les hôpitaux psychiatriques sont des établissements de soins médicaux qui dispensent des services psychiatriques aux patients hospitalisés ou en consultation externe.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada (BDSMMH)

COÛT MOYEN PAR SERVICE EN PSYCHIATRIE, EN \$

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Meilleure province

Définition :

Coût moyen par service en psychiatrie, en dollars.

La spécialité est établie par régime de rémunération et comprend les services médicaux rendus par les psychiatres et les neuropsychiatres.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données nationale sur les médecins

NOMBRE DE SERVICES EN PSYCHIATRIE, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Nombre de services en psychiatrie pour 1 000 habitants

La spécialité est établie par régime de rémunération et comprend les services médicaux rendus par les psychiatres et les neuropsychiatres.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données nationale sur les médecins

PROPORTION DES PATIENTS AYANT EU DES HOSPITALISATIONS RÉPÉTÉES EN RAISON D'UNE MALADIE MENTALE, EN %

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Proportion des personnes ayant eu au moins trois épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée (troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles de l'humeur ou affectifs, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte), ajustée selon les risques, par rapport à toutes les personnes ayant eu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée dans les hôpitaux généraux au cours d'un exercice donné, en %.

On considère cet indicateur comme une mesure indirecte du caractère approprié des soins. Les variations dans cet indicateur selon les provinces et les territoires peuvent refléter les différences dans les services offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale pour les aider à demeurer plus longtemps dans la collectivité sans qu'elles nécessitent une hospitalisation.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur les congés des patients et Système d'information ontarien sur la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

TAUX DE RÉADMISSION DANS LES 30 JOURS EN RAISON D'UNE MALADIE MENTALE, EN %

Année : 2010-2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures provinces

Définition :

Pourcentage de patients réadmis au moins une fois en raison d'une maladie mentale après l'épisode de référence dans la période donnée et la région sanitaire de référence par rapport au nombre total de patients dont le diagnostic principal de l'épisode de référence était un trouble mental particulier dans la région sanitaire de résidence.

Les patients étaient inclus si le diagnostic principal de l'épisode de référence était un trouble mental particulier (notamment un trouble de l'humeur, une psychose schizophrénique, un trouble psychotique ou un trouble anxieux) et si le patient était âgé de 15 à 65 ans. Un événement était considéré comme une réadmission lorsque le patient était de nouveau hospitalisé pour un trouble mental dans un hôpital général après l'épisode de référence dans la période donnée.

La réadmission dans les 30 jours est fondée sur les patients ayant eu plus d'un épisode d'hospitalisation et dont le deuxième épisode a eu lieu dans les 30 jours suivant la date de sortie de l'épisode de référence.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH).

PROPORTION DE LA RÉMUNÉRATION CLINIQUE À L'ACTE, EN % DE LA RÉMUNÉRATION CLINIQUE TOTALE EN PSYCHIATRIE

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 2 meilleures provinces (il s'agit d'une exception, car les données sont disponibles pour seulement 7 provinces)

Définition :

Proportion que représentent les paiements à l'acte par rapport à la rémunération clinique totale pour les services rémunérés en psychiatrie.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données nationale sur les médecins

> INDICATEURS INTERRÉGIONAUX



> ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT VÉCU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, EN %

Année : 2005

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant un risque probable d'avoir vécu un épisode dépressif majeur (EDM) d'une durée minimale de 2 semaines, au cours d'une période de 12 mois, en %.

Un épisode dépressif majeur se caractérise par des symptômes liés à l'humeur déprimée ou au manque d'intérêt pour la plupart des choses. Les autres symptômes incluent les troubles de l'appétit et du sommeil, le manque d'énergie, la difficulté à se concentrer, le sentiment de n'être bon à rien ou les pensées suicidaires, éprouvés pendant une période d'au moins deux semaines.

L'indice se fonde sur le score obtenu à partir d'une échelle comprenant 27 questions, le Composite International Diagnostic Interview, short form (CIDI-SF) détermine la probabilité d'obtenir un diagnostic de dépression à la suite d'un examen plus approfondi en utilisant le CIDI sous sa forme complète. Le CIDI est un instrument diagnostique structuré conçu pour produire des diagnostics conformément aux définitions et aux critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-III-R* et des critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10. Chaque personne obtient une cote et on transforme ensuite le résultat en une probabilité estimative de diagnostic d'EDM allant de 0 (probabilité nulle) à 100.

La prévalence du risque de dépression clinique varie en fonction du point de coupure utilisé par les chercheurs pour départager le niveau de risque. Statistique Canada considère qu'une personne a un risque probable de dépression clinique si sa cote est de 90 et plus.

Sources :

Eco-Santé Québec
Statistique Canada

PRÉVALENCE ANNUELLE AJUSTÉE DES TROUBLES MENTAUX, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Prévalence annuelle ajustée de tous les troubles mentaux (CIM-9 : 290-319. CIM-10 : F00-F99), pour 1 000 habitants. La prévalence relative est ajustée selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population du Québec de 2001.

Pour être considéré comme atteint d'un trouble mental, un individu âgé de 1 an et plus devait avoir reçu au cours de l'année un diagnostic de trouble mental au fichier des services médicaux ou un diagnostic principal de trouble mental au fichier des hospitalisations. La classification CIM-9 est utilisée dans le fichier des paiements à l'acte et dans MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006. À partir du 1^{er} avril 2006, la classification CIM-10 est utilisée dans MED-ÉCHO.

Parmi les limites principales des données administratives utilisées, mentionnons l'absence d'information concernant les services rendus hors Québec. Ainsi, les régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick (par exemple, l'Outaouais, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue), où une partie de la population obtient des soins médicaux dans la province voisine, peuvent présenter une sous-estimation des mesures de prévalence.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de la dernière année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PRÉVALENCE ANNUELLE AJUSTÉE DES TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Prévalence annuelle ajustée des troubles anxio-dépressifs (CIM-9 : 296, 300, 311. CIM-10 : F30-F39, F40-F48, F68), pour 1 000 habitants. La prévalence relative est ajustée selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population du Québec de 2001.

Pour être considéré comme atteint d'un trouble anxio-dépressif, un individu âgé de 1 an et plus devait avoir reçu au cours de l'année un diagnostic de trouble anxio-dépressif au fichier des hospitalisations. La classification CIM-9 est utilisée dans le fichier des paiements à l'acte et dans MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006. À partir du 1^{er} avril 2006, la classification CIM-10 est utilisée dans MED-ÉCHO.

Parmi les limites principales des données administratives utilisées, mentionnons l'absence d'information concernant les services rendus hors Québec. Ainsi, les régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick (par exemple, l'Outaouais, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue), où une partie de la population obtient des soins médicaux dans la province voisine, peuvent présenter une sous-estimation des mesures de prévalence.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PRÉVALENCE ANNUELLE AJUSTÉE DES TROUBLES DE SCHIZOPHRÉNIE, POUR 1 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Prévalence annuelle ajustée des troubles de schizophrénie (CIM-9 : 295. CIM-10 : F20, F21, F23.2, F25), pour 1 000 habitants. La prévalence relative est ajustée selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population du Québec de 2001.

Pour être considéré comme atteint d'un trouble de schizophrénie, un individu âgé de 1 an et plus devait avoir reçu au cours de l'année un diagnostic de trouble schizophrénique au fichier des services médicaux ou un diagnostic principal de trouble schizophrénique au fichier des hospitalisations.

La classification CIM-9 est utilisée dans le fichier des paiements à l'acte et dans MED-ÉCHO jusqu'au 31 mars 2006. À partir du 1^{er} avril 2006, la classification CIM-10 est utilisée dans MED-ÉCHO.

Parmi les limites principales des données administratives utilisées, mentionnons l'absence d'information concernant les services rendus hors Québec. Ainsi, les régions limitrophes de l'Ontario ou du Nouveau-Brunswick (par exemple, l'Outaouais, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue), où une partie de la population obtient des soins médicaux dans la province voisine, peuvent présenter une sous-estimation des mesures de prévalence.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES PERSONNES CONSIDÉRANT LEUR SANTÉ MENTALE COMME TRÈS BONNE OU EXCELLENTE, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré percevoir leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %.

La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général. L'état de santé mentale perçue fournit une indication générale de la population qui est atteinte d'une forme quelconque de désordre mental, de problèmes mentaux, émotionnels ou de détresse. Ces troubles ne sont pas nécessairement reflétés dans la santé perçue.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT REÇU UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE L'HUMEUR, TEL QUE LA DÉPRESSION, LE TROUBLE BIPOLAIRE, LA MANIE OU LA DYSTHYMIE, EN %

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, et ce, d'un professionnel de la santé, en %.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATION LIÉE À LA MALADIE MENTALE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Taux de sortie des hôpitaux généraux en raison d'un congé ou d'un décès à la suite d'une hospitalisation liée à une maladie mentale, pour 100 000 habitants de 15 ans et plus.

Les maladies mentales sélectionnées pour les indicateurs liés à la santé mentale (à l'exception des hospitalisations à la suite d'une blessure auto-infligée) sont les troubles liés à la consommation de substances; la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques; les troubles de l'humeur; les troubles anxieux; certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Les taux normalisés sont ajustés en fonction de l'âge (regroupement par tranches de cinq ans) à l'aide d'une méthode directe de normalisation basée sur la population canadienne au 1^{er} juillet 1991.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur les congés des patients
Ministère de la Santé et des Services sociaux : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

PROPORTION DE LA POPULATION SE TROUVANT DANS LES 4^E ET 5^E QUINTILES DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE, EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion de la population se trouvant dans les 4^e et 5^e quintiles de défavorisation matérielle, en %.

Cet indicateur est le résultat de la combinaison de trois variables : la scolarité, l'emploi et le revenu. La population du Québec est divisée en 5 groupes de même taille. Le premier groupe est constitué des 20 % les plus favorisés, alors que le cinquième est composé des 20 % les plus défavorisés. Si, pour un territoire, les pourcentages sont tous près de la valeur de référence (soit 20 %), cela signifie que la composition du territoire ressemble à celle du Québec dans son ensemble. Les territoires défavorisés sont donc ceux dont les pourcentages pour les groupes 4 et 5 dépasseront la valeur de référence de 40 %.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Consommation et offre normalisées des services offerts par les médecins (CONSOM)

PROPORTION DE LA POPULATION SE TROUVANT DANS LES 4^E ET 5^E QUINTILES DE DÉFAVORISATION SOCIALE, EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion de la population se trouvant dans les 4^e et 5^e quintiles de défavorisation sociale, en %.

Cet indicateur est le résultat de la combinaison de trois variables : la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, la proportion de familles monoparentales et la proportion de personnes vivant seules. La population du Québec est divisée en 5 groupes de même taille. Le premier groupe est constitué des 20 % les plus favorisés, alors que le cinquième est composé des 20 % les plus défavorisés. Si, pour un territoire, les pourcentages sont tous près de la valeur de référence (soit 20 %), cela signifie que la composition du territoire ressemble à celle du Québec dans son ensemble. Les territoires défavorisés sont donc ceux dont les pourcentages pour les groupes 4 et 5 dépasseront la valeur de référence de 40 %.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Consommation et offre normalisées des services offerts par les médecins (CONSOM)

PROPORTION DE LA POPULATION CONSIDÉRANT SON SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ LOCALE COMME PLUTÔT FORT OU TRÈS FORT, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur communauté locale plutôt fort ou très fort, en %.

La recherche montre une forte corrélation entre le sentiment d'appartenance à sa communauté et la santé mentale et physique.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION DES TRAVAILLEURS AYANT UN NIVEAU ÉLEVÉ D'INSÉCURITÉ D'EMPLOI, EN %

Année : 2005

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes de 15 à 74 ans ayant un niveau élevé d'insécurité d'emploi au travail parmi la population de 15 à 74 ans en emploi dans les ménages, en %.

Cet indicateur est parfois désigné au Québec par l'expression « insécurité d'emploi ». L'information provient de la question « vous aviez une bonne sécurité d'emploi » de l'ESCC, question comptant cinq choix de réponses. Les personnes qui ont répondu « en désaccord » ou « entièrement en désaccord » sont considérées comme exposées à cette contrainte.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION DE LA POPULATION PERCEVANT SA VIE COMME STRESSANTE OU EXTRÊMEMENT STRESSANTE, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 15 ans et plus qui ont déclaré percevoir que la plupart des journées de leur vie étaient assez ou extrêmement stressantes, en %.

Le stress perçu réfère à la quantité de stress dans la vie d'une personne, la plupart des jours, tel que le perçoit la personne ou, dans le cas d'une interview par procuration, tel que le perçoit la personne qui répond.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSOMMÉ DE LA DROGUE, EN %

Année : 2008

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue, au cours des 12 derniers mois, parmi la population de 15 ans et plus dans les ménages privés, en %.

La consommation de drogues est établie à partir de 10 questions concernant 10 groupes de drogues : 1) marijuana; 2) cocaïne; 3) amphétamines; 4) ecstasy; 5) drogues hallucinogènes; 6) héroïne; 7) méthamphétamines; 8) kétamine; 9) médicaments non prescrits (Dilaudid,

benzodiazépines, comme Valium ou Ativan, etc.; 10) colle, essence ou autres solvants. Pour chaque groupe de drogues, la personne devait indiquer si elle en avait déjà pris ou essayé ou inhalé. Si oui, on lui demandait : « En avez-vous pris au cours des 12 derniers mois : oui, non ? ». Les personnes qui ont consommé de la drogue au cours de 12 derniers mois sont celles qui ont répondu « oui » à au moins une des 10 questions portant sur la consommation de drogues au cours des 12 derniers mois.

Source :

Institut de la statistique du Québec : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)

TAUX DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année, en %.

Depuis 2009, le dénominateur inclut toute la population âgée de 12 ans et plus. Cela s'applique aux taux de toutes les années incluses dans ce tableau. Avant 2009, le dénominateur incluait seulement la population qui avait déclaré avoir bu au moins 1 verre d'alcool au cours des 12 derniers mois. L'augmentation de la population du dénominateur a pour impact de réduire les taux estimés. Cette modification a été mise en place pour produire des taux plus comparables dans le temps et elle est cohérente avec les méthodes de calcul des autres indicateurs de santé.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION DE LA POPULATION SATISFAITE OU TRÈS SATISFAITE À L'ÉGARD DE LA VIE, EN %

Année : 2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré être satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général, en %.

À partir de 2009, cet indicateur est basé sur une variable groupée. En 2009, cette question est passée d'une échelle de 5 catégories à une échelle de 11 catégories. Il a été établi qu'il y avait une bonne correspondance entre ces deux échelles.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, EN %

Année : 2007-2008

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes de 12 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique, au cours du dernier mois, parmi la population de 12 ans et plus dans les ménages privés, en %.

Les données présentées sont obtenues au moyen d'une échelle de 10 questions (K10), élaborée aux États-Unis. On demandait aux personnes à quelle fréquence, au cours du dernier mois, elles s'étaient senties nerveuses, désespérées, agitées, déprimées sans pouvoir sourire, bonnes à rien, comme si tout leur demandait un effort, ou encore s'étaient senties épuisées sans raison, nerveuses sans pouvoir se calmer, agitées sans pouvoir rester immobiles ou tristes ou déprimées.

Le choix de réponses était « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps », « tout le temps », réponses codées de 0 à 4. La sommation donne une valeur se situant entre 0 et 40. La détresse est d'autant plus prononcée que la cote est élevée. Le seuil à partir duquel on dénote un niveau élevé de détresse psychologique correspond à la valeur de l'échelle associée au quintile supérieur de la distribution chez la population de 12 ans et plus pour un cycle donné de l'ESCC.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT SONGÉ AU SUICIDE, EN %

Année : 2008

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes de 15 ans et plus ayant songé sérieusement au suicide, au cours des 12 derniers mois, parmi la population de 15 ans et plus dans les ménages privés, en %.

Dans l'ESCC et l'EQSP, l'information est obtenue au moyen de deux questions. Pour l'ESCC, les personnes de 15 ans et plus devaient d'abord répondre par « oui » ou « non » à la question « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous donner la mort ? ». Celles ayant répondu « oui » devaient ensuite répondre par « oui » ou « non » à la question « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois ? ». Pour l'EQSP, la formulation des questions est analogue à celle des questions de l'ESCC.

Cette définition inclut les personnes ayant fait une tentative de suicide, puisque ces dernières ont, pour la plupart, d'abord songé à s'enlever la vie avant de passer à l'acte. Cette approche est conforme à celle employée dans certaines publications de l'ISQ et de Statistique Canada.

Source :

Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
Institut de la statistique du Québec : Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP)

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2005-2007

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de décès par suicide ou consécutifs à des blessures auto-infligées, pour 100 000 habitants (CIM-10 : X60-X84, Y87.0).

Ce taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu. Il se fonde sur la somme de trois années consécutives de données sur la mortalité, divisée par trois. Le taux de mortalité est ajusté selon l'âge, par la méthode directe, en prenant pour référence la structure par âge de la population du recensement du Canada de 1991.

Sources :

Statistique Canada : Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population)

ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS DE 0 À 74 ANS

Année : 2005-2007

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables à tous les décès par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans (CIM-10 : X60-X84, Y87).

Le nombre d'APVP est le nombre d'années de vie potentielles non vécues lorsqu'une personne décède prématurément, soit avant l'âge de 75 ans (norme de Statistique Canada). Le calcul des APVP se fait en soustrayant l'âge médian de 75, puis en multipliant le résultat par le nombre de décès survenus.

Le taux exclut les décès des non-résidents du Canada, des résidents du Canada dont la province ou le territoire de résidence était inconnu et des personnes d'âge inconnu.

Sources :

Statistique Canada : Statistique de l'état civil du Canada, Base de données sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population)

TAUX AJUSTÉ D'HOSPITALISATION À LA SUITE D'UNE BLESSURE AUTO-INFLIGÉE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Taux d'hospitalisation des personnes de 15 ans et plus, ajusté selon l'âge, dans un hôpital général en raison d'une blessure auto-infligée (CIM-10-CA, de X60 à X84), pour 100 000 habitants.

Les blessures auto-infligées peuvent résulter de comportements suicidaires ou de tentatives d'automutilation. Dans de nombreux cas, elles peuvent être évitées grâce à la détection et au traitement précoce des maladies mentales. Bien que le système de santé et de services sociaux ne puisse pas contrôler certains facteurs de risque, les taux élevés d'hospitalisation en raison de

blessures auto-infligées pourraient résulter de l'incapacité du système à prévenir des blessures auto-infligées suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation.

Sources :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires et Système d'information ontarien sur la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

> ADAPTATION

DÉPENSES POUR LE PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE PAR HABITANT, EN \$

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Dépenses pour le programme de santé mentale par habitant, en dollars.

Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Les services sont destinés aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique menant à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative sur le plan tant des relations interpersonnelles que des compétences sociales de base, de même qu'aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires d'intensité variable, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à un niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Contour financier

DÉPENSES CONSACRÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, EN % DU TOTAL DES DÉPENSES POUR LE PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Montants octroyés par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux organismes communautaires régionaux pour la santé mentale en pourcentage du total des dépenses pour le programme de santé mentale.

Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Les services sont destinés aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique menant à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative sur le plan tant des relations interpersonnelles que des compétences sociales de base, de même qu'aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires d'intensité variable, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à un niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Sources :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : INFO-ORG.COM, Système SBF-R et Contour financier.

DÉPENSES POUR LE PROGRAMME DE SANTÉ MENTALE, EN % DU TOTAL DES DÉPENSES POUR L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES-SERVICES

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Dépenses pour le programme Santé mentale en pourcentage du total des dépenses pour l'ensemble des programmes-services par habitant.

Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Les services sont destinés aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique menant à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative sur le plan tant des relations interpersonnelles que des compétences sociales de base, de même qu'aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires d'intensité variable, source d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à un niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

Sont exclus du calcul l'administration et le soutien aux services ainsi que la gestion des bâtiments, mais sont inclus les services généraux et la santé publique en santé mentale.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Contour financier

NOMBRE DE PSYCHIATRES (RÉMUNÉRÉS À L'ACTE, EN ETC), POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de psychiatres rémunérés à l'acte en équivalents temps complet (ETC) pratiquant dans la région pour 100 000 habitants.

Le nombre de psychiatres calculé en ETC est basé sur le décompte du nombre d'heures travaillées ou payées dans un établissement. Il est calculé par titre d'emploi et il est égal au quotient des heures travaillées ou payées par le nombre d'heures régulières de travail d'un employé à temps complet régulier dans ce titre d'emploi.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Consommation et offre normalisées des services offerts par les médecins (CONSOM)

NOMBRE DE PSYCHOLOGUES, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010-2011

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de psychologues membres de l'Ordre des psychologues du Québec selon la région administrative pour 100 000 habitants.

Le nombre de membres inclut autant les travailleurs pratiquant dans le secteur public que ceux pratiquant au privé.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ordre des psychologues du Québec : Rapports annuels de gestion.

NOMBRE D'INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES ÉQUIPES DE SANTÉ MENTALE EN CSSS (EN ETC), POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'intervenants de première ligne dans les équipes de santé mentale en CSSS en équivalents temps complet (ETC) pour 100 000 habitants.

Le nombre d'intervenants calculé en ETC est basé sur le décompte du nombre d'heures travaillées ou payées dans un établissement. Il est calculé par titre d'emploi et il est égal au quotient des heures travaillées ou payées par le nombre d'heures régulières de travail d'un employé à temps complet régulier dans ce titre d'emploi.

Les services de première ligne regroupent les activités d'évaluation, de traitement approprié, de suivi ou de référence offerts par un professionnel généralement intégré dans une équipe multidisciplinaire de santé mentale. Ils s'adressent aux jeunes et aux adultes dont les symptômes sont modérés ou graves, mais stabilisés, et dont les symptômes entraînent un dysfonctionnement modéré dans différentes sphères de leur vie.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Sources :

OASIS santé mentale

Formulaire 505 (I-CLSC santé mentale) de l'application informatique GESTRED

Donnée « SM ambulatoire 18 ans et + ».

NOMBRE D'INFIRMIÈRES PRATIQUANT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010-2011

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'infirmières pratiquant dans le secteur de la santé mentale pour 100 000 habitants.

Depuis 2007-2008, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a introduit dans le domaine de la santé mentale le concept de soins en santé mentale de première ligne et soins en santé mentale spécialisés et ultraspécialisés.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Direction, Affaires externes

NOMBRE DE PLACES DESTINÉES AUX ADULTES AYANT UN DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE, AU SEIN DES CHSLD PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de lits dressés pour les adultes ayant un diagnostic psychiatrique au sein des CHSLD publics et privés conventionnés pour 100 000 habitants. Les lits dressés sont ceux qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager.

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont des établissements détenant un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour gérer des services correspondant à la mission CHSLD, définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette mission consiste à offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Les CHSLD publics sont des établissements à but non lucratif dont le financement est totalement assumé par le secteur public. Les CHSLD privés conventionnés sont des établissements à but partiellement lucratif, ayant signé une convention de financement avec le MSSS pour une partie de leurs activités (activités de soutien). Le financement de l'autre partie de leurs activités est assumé par le secteur privé.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Rapport statistique annuel des centres hospitaliers, des centres d'hébergement et de soins de longue durée et d'activités en CLSC (formulaire AS-478)

NOMBRE DE PLACES AU SEIN DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES DESTINÉES AUX INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre de places disponibles au sein des ressources intermédiaires destinées aux individus atteints de troubles mentaux pour 100 000 habitants.

Pour qu'une ressource soit reconnue comme « ressource intermédiaire », il faut que chacune des conditions suivantes soit respectée : la ressource est une personne, physique ou morale, autre qu'un établissement public; la ressource est rattachée à un établissement public par un lien contractuel autre que celui de type employeur-employé et la ressource fournit à l'établissement une installation d'hébergement (gîte); elle offre, pour cet établissement public, un ou plusieurs services de soutien ou d'assistance lui permettant de maintenir les usagers dans la communauté ou de les y intégrer et la ressource offre ses services dans des installations physiques dont elle est soit propriétaire, soit locataire.

L'hébergement en ressource intermédiaire se présente sous cinq formes d'organisation résidentielle : appartement supervisé; maison de chambre; maison d'accueil; résidence de groupe; autre type résidentiel. Les données sur les ressources intermédiaires doivent être utilisées avec prudence, car leur saisie dans le système d'information n'était pas encore soutenue par un cadre normatif.

* Les valeurs présentées sont celles au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)

NOMBRE DE PLACES AU SEIN DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL DESTINÉES AUX INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre de places disponibles au sein des ressources de type familial destinées aux individus atteints de troubles mentaux pour 100 000 habitants.

Les ressources de type familial sont définies à l'article 312 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elles regroupent les familles d'accueil, pour les enfants, et les résidences d'accueil, pour les adultes et les personnes âgées. Ces données ne comprennent pas celles des centres jeunesse.

Les données sur les ressources de type familial doivent être utilisées avec prudence, car leur saisie dans le système d'information n'était pas encore soutenue par un cadre normatif.

* Les valeurs présentées sont celles au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)

NOMBRE DE PLACES EN SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE DANS LA COMMUNAUTÉ, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour 100 000 habitants.

Le soutien d'intensité variable regroupe des activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale requises par des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Les difficultés vécues par ces personnes sont telles qu'elles nécessitent un soutien et des soins soutenus à moyen ou à long terme. Ces services spécifiques offerts dans une perspective de rétablissement et de réadaptation devraient permettre le retour d'une personne à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté.

Cette forme de soutien est offerte selon un modèle de *Case Management* par un intervenant pivot qui offre ou coordonne les services cliniques dans la communauté. Ce dernier assure un soutien auprès de personnes dont les besoins peuvent varier sensiblement en intensité d'une période donnée à une autre. Il offre ou coordonne différents services ou activités, tels que la prise de contact, l'évaluation des besoins, la réponse aux besoins de base, le soutien dans le milieu de vie ou dans d'autres milieux, la protection, l'intervention en situation de crise et la liaison avec les partenaires.

Les services prennent la forme de rencontres qui se déroulent presque exclusivement dans le milieu de vie des personnes, que ce soit leur domicile conventionnel, la rue, un centre pour sans-abri, etc., et non dans un établissement.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OASIS santé mentale

NOMBRE DE PLACES EN SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU, POUR 100 000 HABITANTS

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre de places en suivi intensif dans le milieu pour 100 000 habitants.

Le suivi intensif dans le milieu regroupe des activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale requises par des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Les difficultés vécues par ces personnes sont telles qu'elles présentent une condition souvent instable et qu'elles courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées ou prolongées. À peine 3 à 5 % des personnes atteintes d'un trouble mental grave requièrent ce type de services spécialisés. Cette forme de soutien est offerte selon un modèle de travail en équipe de type *Assertive Community Treatment* par des intervenants d'une équipe qui offre les services cliniques dans le milieu. L'intervention demande une coordination continue des services entre la personne et les membres de l'équipe, incluant des médecins et des psychiatres.

Les services prennent la forme de rencontres qui se déroulent presque exclusivement dans le milieu de vie des personnes, que ce soit leur domicile conventionnel, la rue, un centre pour sans-abri, etc., et non dans un établissement. Les services de suivi intensif dans le milieu sont généralement offerts dans le cadre de la mission centre hospitalier des CSSS ou en CHU-CAU-CHPSY. Le ratio intervenant/usagers pour ce type de service est d'environ 1/8 à 1/15. Selon les standards reconnus, environ 70 à 100 usagers pour 100 000 personnes requièrent ce type de service.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OASIS santé mentale

PROPORTION DES INTERVENTIONS EN SANTÉ MENTALE, EN % DU TOTAL DES INTERVENTIONS EN CLSC

Année : 2010-2011

Sens de la variation : indéterminé

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Ne s'applique pas (variation indéterminée)

Définition :

Nombre d'interventions auprès des usagers répondant au profil d'intervention 410 (Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux) du programme Santé mentale en pourcentage du nombre total d'interventions auprès des usagers de tous les programmes en CSSS mission CLSC.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

I-CLSC

TAUX DE RÉTENTION DE LA CLIENTÈLE POUR LES HOSPITALISATIONS EN PSYCHIATRIE, EN %

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion du nombre d'hospitalisations en psychiatrie de la population de la région ayant été traitées dans sa région de résidence par rapport au nombre d'hospitalisations en psychiatrie de la population de la même région, peu importe le lieu de l'hospitalisation (dans et hors région) au cours de l'année à l'étude.

Le taux de rétention décrit la capacité d'une région à retenir sa clientèle hospitalisée résidente, tout en tenant compte de la quantité de ressources utilisées par celle-ci. Un taux de rétention de 75 signifie, par exemple, que 75 % des ressources consacrées aux hospitalisations réalisées pour les résidents d'une région ont lieu dans leur région d'origine.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)

INDICE D'AUTOSUFFISANCE EN PSYCHIATRIE

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Une région est dite autosuffisante lorsque la population pondérée desservie par les hôpitaux de la région est égale en nombre à la population pondérée de la région. Cette situation se présente lorsque le volume des services rendus dans la région aux usagers de l'extérieur est égal au volume des services rendus aux usagers de la région, mais à l'extérieur de celle-ci. Dans un tel cas, l'indice d'autosuffisance est égal à 1. Un indice inférieur à 1 traduit une situation de dépendance : le bassin de desserte des hôpitaux d'une région est alors inférieur à la population pondérée de la région. Un indice supérieur à 1 traduit l'étendue suprarégionale du bassin de desserte des hôpitaux d'une région.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : Consommation et offre normalisées des services offerts par les médecins (CONSOM)

> PRODUCTION

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ AU MOINS UNE RESSOURCE À DES FINS DE SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2003

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale au cours des 12 derniers mois, en %.

Les professionnels de la santé mentale incluent les médecins de famille ou les omnipraticiens, les psychiatres, les psychologues, les infirmières, les travailleurs sociaux et les conseillers.

Source :

Statistique Canada : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT CONSULTÉ UN PSYCHOLOGUE AU SUJET DE SA SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2003

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant vu ou consulté par téléphone un psychologue au cours d'une période de 12 mois (excluant les séjours en établissement hospitalier), par rapport à la population totale de 12 ans et plus dans les ménages privés, en %.

La personne devait répondre à la question suivante pour différents types de professionnels : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux un psychologue ? »

En général, dans les enquêtes, les données sur la consultation ne portent que sur le fait d'avoir eu un contact avec un professionnel sans égard à la nature des services, qui peuvent être très variables, allant d'un conseil obtenu par téléphone à une intervention chirurgicale mineure nécessitant une anesthésie générale. L'information présentée se rapporte aux consultations faites en dehors des séjours hospitaliers et ne devrait donc pas être considérée représentative de la consultation globale, en particulier pour les catégories de professionnels pratiquant principalement en milieu hospitalier, tels les médecins spécialistes. Les données autodéclarées viennent compléter les renseignements d'ordre administratif en provenance de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui ne portent que sur certains types de professionnels, soit presque exclusivement les médecins.

Dans l'ESCC, l'information provient d'un questionnaire assisté par ordinateur rempli par un intervieweur à partir des réponses données par une personne de 12 ans et plus, généralement pour elle-même, en face à face ou par téléphone.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Enquêtes de Statistique Canada

PROPORTION DE LA POPULATION AYANT VU OU CONSULTÉ PAR TÉLÉPHONE UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AU SUJET DE SA SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2003-2004

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion de la population de 12 ans et plus ayant vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé au sujet de sa santé mentale ou émotionnelle, au cours d'une période de 12 mois, par rapport à la population totale de 12 ans et plus, en %.

La personne devait répondre à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté en personne ou par téléphone un professionnel de la santé au sujet de votre santé mentale ? ». On demandait également aux répondants d'indiquer les types de professionnels consultés.

En général, dans les enquêtes, les données sur la consultation portent sur le fait d'avoir eu un contact avec un professionnel sans égard à la nature des services, qui peuvent être très variables. Les données autodéclarées viennent compléter les renseignements d'ordre administratif en provenance de la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui ne portent que sur certains types de professionnels, soit presque exclusivement les médecins.

Dans l'ESCC, l'information provient d'un questionnaire assisté par ordinateur rempli par un intervieweur à partir des réponses données par une personne de 12 ans et plus, pour elle-même, en face à face ou par téléphone.

Source :

Eco-Santé Québec : Enquêtes de Statistique Canada

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX SE TROUVANT DANS LE PREMIER PROFIL D'UTILISATION (HOSPITALISATION), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux ayant au moins un diagnostic de trouble mental dans l'année recensées dans le fichier des hospitalisations, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

La hiérarchie des profils correspond au numéro de la catégorie, 1 étant le profil prioritaire et 5, le profil associé aux individus ne répondant pas aux autres profils. Ainsi, si un individu a été hospitalisé ne serait-ce qu'une seule fois, il sera assigné au profil 1, même s'il a répondu aux autres conditions à de multiples reprises.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX SE TROUVANT DANS LE SECOND PROFIL D'UTILISATION (URGENCE), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux ayant au moins un diagnostic de trouble mental au fichier des paiements à l'acte recensées à l'urgence, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

Comme les profils sont hiérarchiques, le nombre de personnes assignées au profil 2 (urgence) exclut celles ayant été hospitalisées dans l'année (profil 1).

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX SE TROUVANT DANS LE TROISIÈME OU QUATRIÈME PROFIL D'UTILISATION (PSYCHIATRE OU OMNIPRATICIEN EN EXTERNE), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux ayant au moins un diagnostic de trouble mental au fichier des paiements à l'acte facturées par un psychiatre en externe ou au moins un diagnostic de trouble mental au fichier des paiements à l'acte facturées par un omnipraticien en externe, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

Comme les profils sont hiérarchiques, le nombre de personnes assignées aux profils 3 et 4 (psychiatre ou omnipraticien en externe) exclut celles ayant été hospitalisées (profil 1) ou qui ont eu une visite à l'urgence (profil 2) dans l'année.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS SE TROUVANT DANS LE PREMIER PROFIL D'UTILISATION (HOSPITALISATION), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs ayant au moins un diagnostic de trouble anxio-dépressif dans l'année recensées dans le fichier des hospitalisations, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

La hiérarchie des profils correspond au numéro de la catégorie, 1 étant le profil prioritaire et 5, le profil associé aux individus ne répondant pas aux autres profils. Ainsi, si un individu a été hospitalisé ne serait-ce qu'une seule fois, il sera assigné au profil 1, même s'il a répondu aux autres conditions à de multiples reprises.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS SE TROUVANT DANS LE SECOND PROFIL D'UTILISATION (URGENCE), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs ayant au moins un diagnostic de trouble anxio-dépressif au fichier des paiements à l'acte recensées à l'urgence, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

Comme les profils sont hiérarchiques, le nombre de personnes assignées au profil 2 (urgence) exclut celles ayant été hospitalisées dans l'année (profil 1).

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS SE TROUVANT DANS LE TROISIÈME OU QUATRIÈME PROFIL D'UTILISATION (PSYCHIATRE OU OMNIPRATICIEN EN EXTERNE), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs ayant au moins un diagnostic de trouble anxio-dépressif au fichier des paiements à l'acte facturées par un psychiatre en externe ou au moins un diagnostic de trouble anxio-dépressif au fichier des paiements à l'acte facturées par un omnipraticien en externe, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

Comme les profils sont hiérarchiques, le nombre de personnes assignées aux profils 3 et 4 (psychiatre ou omnipraticien en externe) exclut celles ayant été hospitalisées (profil 1) ou qui ont eu une visite à l'urgence (profil 2) dans l'année.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES SE TROUVANT DANS LE PREMIER PROFIL D'UTILISATION (HOSPITALISATION), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles schizophréniques ayant au moins un diagnostic de trouble schizophrénique dans l'année recensées dans le fichier des hospitalisations, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

La hiérarchie des profils correspond au numéro de la catégorie, 1 étant le profil prioritaire et 5, le profil associé aux individus ne répondant pas aux autres profils. Ainsi, si un individu a été hospitalisé ne serait-ce qu'une seule fois, il sera assigné au profil 1, même s'il a répondu aux autres conditions à de multiples reprises.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES SE TROUVANT DANS LE SECOND PROFIL D'UTILISATION (URGENCE), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles schizophréniques ayant au moins un diagnostic de trouble schizophrénique au fichier des paiements à l'acte recensées à l'urgence, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

Comme les profils sont hiérarchiques, le nombre de personnes assignées au profil 2 (urgence) exclut celles ayant été hospitalisées dans l'année (profil 1).

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

PROPORTION DES INDIVIDUS ATTEINTS DE TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES SE TROUVANT DANS LE TROISIÈME OU QUATRIÈME PROFIL D'UTILISATION (PSYCHIATRE OU OMNIPRATICIEN EN EXTERNE), EN %

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre de personnes atteintes de troubles schizophréniques ayant au moins un diagnostic de trouble schizophrénique au fichier des paiements à l'acte facturées par un psychiatre en externe ou

au moins un diagnostic de trouble schizophrénique au fichier des paiements à l'acte facturées par un omnipraticien en externe, en %. Les proportions sont ajustées selon l'âge en prenant pour référence la population du Québec de 2001.

Comme les profils sont hiérarchiques, le nombre de personnes assignées aux profils 3 et 4 (psychiatre ou omnipraticien en externe) exclut celles ayant été hospitalisées (profil1) ou qui ont eu une visite à l'urgence (profil 2) dans l'année.

Source :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

[PROPORTION DE LA POPULATION ASSURÉE AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU QUÉBEC AYANT FAIT USAGE D'ANTIDÉPRESSEURS, EN %](#)

Année : 2009

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes assurées ayant reçu au moins une ordonnance d'antidépresseurs au cours de l'année à l'étude, en %.

La date de la première ordonnance facturée au cours de l'année à l'étude était utilisée à titre de référence (date index). Ces personnes devaient avoir été assurées de façon continue au régime public d'assurance médicaments durant toute l'année étudiée (cinq jours par année sans être assuré au régime étaient tolérés).

Les 20 antidépresseurs inscrits à la *Liste de médicaments* de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à un moment ou à un autre entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2009, dans la sous-sous-classe AHFS 28 :16.04 ont été inclus dans l'étude : amitriptyline, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, maprotiline, nortriptyline, trimipramine, citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, moclobémide, phénelzine, tranylcypromine, venlafaxine, mirtazapine, trazodone et bupropion.

Source :

Conseil du médicament du Québec

[PROPORTION DE LA POPULATION ASSURÉE AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS DU QUÉBEC AYANT FAIT USAGE D'ANTIPSYCHOTIQUES, EN %](#)

Année : 2006

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec ayant reçu au moins une ordonnance pour un antipsychotique au cours de l'année à l'étude, en %.

Les médicaments à l'étude sont les antipsychotiques qui appartiennent à deux classes de médicaments (les APA et les APT) et qui étaient inscrits à la *Liste des médicaments* en 2006, donc remboursables dans le cadre du régime public d'assurance médicaments. Ils ont été sélectionnés dans la banque de données à partir de la classe AHFS, 28 :16 :08 et de leur DIN.

Les antipsychotiques atypiques remboursables en 2006 : la clozapine (comprimé), l'olanzapine (comprimé ou comprimé à dissolution orale), la quétiapine (comprimé) et la rispéridone (comprimé ou comprimé à dissolution orale, solution orale, solution injectable à longue durée d'action).

Les antipsychotiques typiques remboursables en 2006 : la chlorpromazine (comprimé, suppositoire et solution injectable à courte durée), le flupenthixol (comprimé et solution injectable à longue durée), la fluphénazine (comprimé, élixir, solution injectable à longue durée), l'halopéridol (comprimé, solution orale, solution injectable à courte et à longue durée), la loxapine (comprimé, solution orale, solution injectable à courte durée), la méthotriméprazine (comprimé), la péricyazine (capsule, solution orale), la perphénazine (comprimé), le pimozide (comprimé), la pipothiazine (injectable à longue durée), la prochlorpérazine (comprimé, suppositoire et solution injectable), la thiopropérazine (comprimé), le thiotixène (capsule), la trifluopérazine (comprimé, solution orale) et le zuclopropenthixol (comprimé, solution injectable à courte et longue durée d'action).

Source :

Conseil du médicament du Québec

PROPORTION D'USAGERS DONT LE DÉLAI D'ACCÈS AUX SERVICES DE DEUXIÈME OU DE TROISIÈME LIGNE EN SANTÉ MENTALE EST SUPÉRIEUR À 60 JOURS, EN %

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours, en %.

Les usagers sont les personnes ayant pris un rendez-vous aux services spécialisés ou surspécialisés en santé mentale.

Les services de deuxième ligne s'adressent aux personnes dont les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un dysfonctionnement sévère dans le domaine social, professionnel ou scolaire. Les services de troisième ligne s'adressent aux cas très complexes et graves ou très rares et dont les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un dysfonctionnement sévère.

Les services de santé mentale de deuxième ou de troisième ligne sont offerts soit en CSSS, soit en CHU, CAU ou CHPSY. Ils regroupent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence offertes par un professionnel intégré dans une équipe multidisciplinaire de santé mentale.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux : GESTRED.

DÉLAI MOYEN D'ATTENTE DE L'USAGER POUR UNE PREMIÈRE INTERVENTION (ÉVALUATION OU ACTION) EN SANTÉ MENTALE, EN JOURS

Année : 2010-2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre de jours écoulés entre la date de réception de la demande de l'utilisateur et la date de la première intervention auprès de celui-ci. La nature de la première intervention peut être de type évaluation ou action.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux

PROPORTION DES SÉJOURS DE 12 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE À L'URGENCE POUR DES RAISONS DE SANTÉ MENTALE, EN %

Année : 2010-2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre de patients qui ont passé des séjours de 12 heures et plus sur une civière à l'urgence pour des raisons de santé mentale, en % des patients sur civière à l'urgence pour des soins de santé mentale.

Les données sur les patients ambulatoires sont à titre indicatif, car elles ne sont pas obligatoires.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Registre de l'unité d'urgence (J56)

USAGERS DE MOINS DE 18 ANS AYANT REÇU DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE (MISSION CLSC) PAR RAPPORT AUX USAGERS AYANT REÇU DES SERVICES SPÉCIALISÉS, RATIO

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre d'usagers de moins de 18 ans ayant reçu des services de santé mentale de première ligne par rapport aux usagers de moins de 18 ans ayant reçu des services de deuxième ou de troisième ligne.

Les services de première ligne s'adressent aux personnes dont les symptômes sont modérés ou graves, mais stabilisés, et dont les symptômes entraînent un dysfonctionnement modéré dans le domaine social ou scolaire. Ces services regroupent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence offertes par un professionnel généralement intégré dans une équipe multidisciplinaire de santé mentale.

Les services de deuxième ligne s'adressent aux personnes dont les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un dysfonctionnement sévère dans le domaine social, professionnel ou scolaire. Les services de troisième ligne s'adressent aux cas très complexes et graves ou très rares et dont les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un dysfonctionnement sévère.

Les services de santé mentale de deuxième ou de troisième ligne sont offerts soit en CSSS, soit en CHU, CAU ou CHPSY. Ils regroupent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence offertes par un professionnel intégré dans une équipe multidisciplinaire de santé mentale.

*Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OASIS santé mentale

[USAGERS DE 18 ANS ET PLUS AYANT REÇU DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE \(MISSION CLSC\) PAR RAPPORT AUX USAGERS AYANT REÇU DES SERVICES SPÉCIALISÉS, RATIO](#)

Année : 2009-2010

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : 5^e meilleur résultat

Étant donné une distribution atypique des données, la balise a été établie en prenant le résultat classé à la fin du premier tiers de la distribution des données plutôt qu'en prenant la moyenne des résultats de ce tiers ou des 3 meilleurs résultats observés.

Définition :

Nombre d'usagers de plus de 18 ans ayant reçu des services de santé mentale de première ligne par rapport aux usagers de plus de 18 ans ayant reçu des services de deuxième ou de troisième ligne.

Les services de première ligne s'adressent aux personnes dont les symptômes sont modérés ou graves, mais stabilisés, et dont les symptômes entraînent un dysfonctionnement modéré dans le domaine social ou scolaire. Ces services regroupent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence offertes par un professionnel généralement intégré dans une équipe multidisciplinaire de santé mentale.

Les services de deuxième ligne s'adressent aux personnes dont les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un dysfonctionnement sévère dans le domaine social, professionnel ou scolaire. Les services de troisième ligne s'adressent aux cas très complexes et graves ou très rares et dont les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un dysfonctionnement sévère.

Les services de santé mentale de deuxième ou de troisième ligne sont offerts soit en CSSS, soit en CHU, CAU ou CHPSY. Ils regroupent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence offertes par un professionnel intégré dans une équipe multidisciplinaire de santé mentale.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

OASIS santé mentale

[DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS EN SANTÉ MENTALE DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX, EN JOURS](#)

Année : 2009-2010

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Durée moyenne de séjour dans un hôpital général pour des soins en santé mentale, en jours.

Un hôpital général est un hôpital financé par le secteur public qui dispense essentiellement des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients hospitalisés et aux clients atteints d'un vaste éventail de maladies ou de blessures. Les services d'un hôpital général ne se limitent pas à un groupe d'âge précis, ni à un des deux sexes.

Les patients étaient inclus si le diagnostic principal de l'épisode de référence était un trouble lié à la consommation de substances (CIM-10-CA : F55, de F10 à F19); un trouble schizophrénique ou psychotique (CIM-10-CA : F20 à F29); un trouble de l'humeur (CIM-10-CA : F30, F31, F32, F33, F34, F38, F38.1, F38.8, F39); un trouble anxieux (CIM-10-CA : F40, F41, F42, F43.0, F43.1, F43.8, F43.9, F93.0, F93.2); un trouble de la personnalité (CIM-10-CA : F60, F61, F62, F69); un trouble organique (CIM-10-CA : F00 à F09, G30); ou un autre trouble (CIM-10-CA : F43.2, F99, F45, F59, F52, F64, F65, F66, F63, F91, F92, F95, F44, F48, F50, F51, F53, F54, F68, F70 à F73, F84, F98, F79, F78, F80 à F83, F88, F89, F90, F93.3 à F93.9, F94).

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur la morbidité hospitalière

[DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LES HOSPITALISATIONS EN SANTÉ MENTALE DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, EN JOURS](#)

Année : 2009-2010

Sens de la variation : indéterminé

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Durée moyenne de séjour dans un hôpital général pour des soins en santé mentale, en jours.

Au Canada, il n'existe pas de définition normalisée des hôpitaux psychiatriques. Aux fins du présent rapport, les hôpitaux psychiatriques sont des établissements de soins médicaux qui dispensent des services psychiatriques aux patients hospitalisés ou en consultation externe.

Les patients étaient inclus si le diagnostic principal de l'épisode de référence était un trouble lié à la consommation de substances (CIM-10-CA : F55, de F10 à F19); un trouble schizophrénique ou psychotique (CIM-10-CA : F20 à F29); un trouble de l'humeur (CIM-10-CA : F30, F31, F32, F33, F34, F38, F38.1, F38.8, F39); un trouble anxieux (CIM-10-CA : F40, F41, F42, F43.0, F43.1, F43.8, F43.9, F93.0, F93.2); un trouble de la personnalité (CIM-10-CA : F60, F61, F62, F69); un trouble organique (CIM-10-CA : F00 à F09, G30); ou un autre trouble (CIM-10-CA : F43.2, F99, F45, F59, F52, F64, F65, F66, F63, F91, F92, F95, F44, F48, F50, F51, F53, F54, F68, F70 à F73, F84, F98, F79, F78, F80 à F83, F88, F89, F90, F93.3 à F93.9, F94).

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur la morbidité hospitalière

NOMBRE D'INTERVENTIONS PAR USAGER DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CLSC

Année : 2010-2011

Sens de la variation : positif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Nombre d'interventions par usager répondant au profil d'intervention 410 (Services de santé mentale aux personnes présentant des troubles mentaux) du programme Santé mentale en CLSC.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Ministère de la Santé et des Services sociaux

PROPORTION DES PATIENTS AYANT EU DES HOSPITALISATIONS RÉPÉTÉES EN RAISON D'UNE MALADIE MENTALE, EN %

Année : 2008-2009

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion des personnes ayant eu au moins trois épisodes de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée (troubles liés à la consommation de substances, la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques, les troubles de l'humeur ou affectifs, les troubles anxieux et certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte), ajustée selon les risques,

par rapport à toutes les personnes ayant eu au moins un épisode de soins en raison d'une maladie mentale sélectionnée dans les hôpitaux généraux au cours d'un exercice donné.

Les maladies mentales sélectionnées pour les indicateurs liés à la santé mentale sont les troubles liés à la consommation de substances; la schizophrénie, les troubles délirants ou psychotiques non organiques; les troubles de l'humeur; les troubles anxieux; certains troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

On considère cet indicateur comme une mesure indirecte du caractère approprié des soins. Les variations dans cet indicateur selon les provinces et les territoires peuvent refléter les différences dans les services offerts aux personnes atteintes d'une maladie mentale pour les aider à demeurer plus longtemps dans la collectivité sans qu'elles nécessitent une hospitalisation.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires
Ministère de la Santé et des Services sociaux : Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO

TAUX DE RÉADMISSION DANS LES 30 JOURS EN RAISON D'UNE MALADIE MENTALE, EN %

Année : 2010-2011

Sens de la variation : négatif

Résultats retenus pour la balise d'excellence : Moyenne des 3 meilleures régions

Définition :

Proportion de patients réadmis au moins une fois en raison d'une maladie mentale après l'épisode de référence dans la période donnée par rapport au nombre total de patients dont le diagnostic principal de l'épisode de référence était un trouble mental particulier pour 100 habitants. L'analyse est effectuée en fonction de la région de résidence du patient plutôt qu'en fonction de la région sanitaire de l'hospitalisation.

Les patients étaient inclus s'ils étaient âgés d'au moins 15 ans et si le diagnostic principal de l'épisode de référence était un trouble lié à la consommation de substances (CIM-10-CA : F55, de F10 à F19); la schizophrénie, un trouble délirant ou psychotique non organique (CIM-10-CA : F20 (à l'exception de F20.4), F22, F23, F24, F25, F28, F29, F53.1); un trouble de l'humeur ou affectif (CIM-10-CA : F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F53.0); un trouble anxieux (CIM-10-CA : F40, F41, F42, F43.0, F48.8, F48.9, F93.8); ou un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte (CIM-10-CA : F60, F61, F62, F68, F69, F21). Un événement était considéré comme une réadmission lorsque le patient était de nouveau hospitalisé pour un trouble mental dans un hôpital général après l'épisode de référence dans la période donnée.

Les taux sont normalisés selon l'âge à l'aide d'une méthode directe de normalisation fondée sur les estimations démographiques canadiennes de 1991 en tant que population de référence.

Un modèle de régression logistique a été ajusté selon les variables indépendantes que sont l'âge, le sexe, le type de maladie mentale, la sortie contre l'avis du médecin (oui ou non) et les admissions multiples précédentes pour une maladie mentale sélectionnée (au moins deux) au cours des 12 mois précédents. Ces variables ont été saisies par rapport à l'épisode indice de soins. Les coefficients produits par ce modèle logistique ont été utilisés pour calculer la probabilité de réadmission pour chaque épisode. Le nombre prévu de réadmissions dans une région est la somme des probabilités dans cette région. Le taux de réadmission ajusté selon les risques a été calculé en divisant le nombre de réadmissions observé dans chaque région par le nombre prévu de réadmissions dans la région en question. Le résultat est ensuite multiplié par le taux moyen de réadmission au Canada. Un intervalle de confiance de 95 % a également été calculé pour le taux de réadmission ajusté selon les risques.

La réadmission dans les 30 jours est fondée sur les patients ayant eu plus d'un épisode d'hospitalisation et dont le deuxième épisode a eu lieu dans les 30 jours suivant la date de sortie de l'épisode de référence.

* Les valeurs présentées ont comme période de référence l'année financière se terminant au 31 mars de l'année indiquée.

Source :

Institut canadien d'information sur la santé : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier