

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Santé mentale des Montréalais

Portrait des indicateurs du tableau de bord stratégique

2004-2005 à 2006-2007

Santé mentale des Montréalais

Portrait des indicateurs du tableau de bord stratégique

2004-2005 à 2006-2007

Service de la planification,
du développement stratégique et de l'évaluation

Juin 2010

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

**Santé mentale des Montréalais – Portrait des indicateurs du tableau de bord
stratégique – 2004-2005 à 2006-2007**

Rédacteurs :

Michel Roberge

Marik Danvoye

Collaborateurs :

Noé Djawn White

Jocelyn Lavallée

Jean-Pierre Bluteau

Samuel Chagnon

**Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation
personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition
d'en mentionner la source.**

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

ISBN 978-2-89510-748-4 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-749-1 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence :

www.santemontreal.qc.ca

Table des matières

Liste des tableaux et figures	vi
Sigles	ix
Remerciements	xi
Sommaire	1
Introduction générale au Tableau de bord stratégique de la région de Montréal	5
Introduction au Tableau de bord stratégique – Santé mentale	9
La vision stratégique du MSSS	10
La vision régionale du comité d’experts.....	11
La validation du TBS-SM par les partenaires	11
Organisation de la présentation du TBS-SM	12
1.0 Quadrant de l’efficacité	13
1.1 Taux de suicides	14
2.0 Quadrant de l’efficacité	19
2.1 Taux d’intervenants ETC versus la prévision en première ligne	20
3.0 Quadrant de l’adaptation	23
3.1 Taux d’accès versus la prévalence de la dépression majeure.....	24
3.2 Taux de premières visites des schizophrènes ou psychotiques chez un psychiatre avant l’âge de 25 ans.....	28
4.0 Quadrant de la qualité	33
4.1 Taux de continuité du suivi de la dépression par l’omnipraticien	34
4.2 Taux de continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC.....	38
4.3 Taux de continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre	42
4.4 Taux de réhospitalisations en psychiatrie.....	46
4.5 Taux de soins de collaboration en 1 ^e ligne	50
Discussion générale	54
Annexes	57
Annexe 1 Guides de meilleures pratiques	59
Annexe 2 Résultats sommaires par CSSS/RLS	61
Annexe 3 Liste analytique des tableaux et figures des indicateurs.....	62
Références	63

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 – Synthèse des fiches techniques des indicateurs.....	2
Tableau 2 – Synthèse, enjeux, indicateurs et appréciation des résultats des indicateurs	3
Figure 1 – Modèle de performance de l’Agence	6
Figure 2 – Schématisation du jumelage des bases de données	7
Figure 3 – Exemple de Tableau de bord stratégique – vue par radar.....	7
Figure 4 – Exemple de Tableau de bord stratégique – vues par histogrammes et tableaux.....	7
Figure 5 – Exemple d’un Tableau multidimensionnel.....	7
Tableau 3 – Nombre d’actions du PASM dans le modèle de performance	10
Tableau 4 – Les enjeux stratégiques du PASM dans le modèle de performance.....	11
Tableau 5 – Les indicateurs du tableau de bord stratégique en santé mentale (TBS-SM).....	12
Figure 6 – Taux de suicides par 100 000 [indicateur].....	15
Tableau 6 – Nombre de suicides par CSSS/RLS [numérateur]	16
Figure 7 – Comparaison internationale.....	16
Figure 8 – Suicides par sexe et âge dans la région	17
Figure 9 – Taux par sexe et CSSS/RLS	17
Figure 10 – Taux par groupe d’âge et CSSS/RLS	17
Figure 11 – Carte des taux de suicides	18
Figure 12 – Taux d’ETC versus la cible [indicateur].....	21
Tableau 7 – Cibles régionales ETC [dénominateur]	22
Figure 13 – Taux d’ETC jeunes et adultes.....	22
Figure 14 – Taux de dépressifs vus versus prévalence [indicateur].....	25
Tableau 8 – Prévalence estimée des Montréalais avec dépression majeure [dénominateur]	26
Figure 15 – Taux vus selon le lieu de service et le CSSS/RLS.....	26
Figure 16 – Groupes d’âge et sexe.....	27
Figure 17 – Proportion par sexe et CSSS/RLS	27
Figure 18 – Proportion par groupes d’âge et CSSS/RLS.....	27
Figure 19 – Nouveaux schizophrènes vus par un psychiatre avant l’âge de 25 ans [indicateur]	29
Tableau 9 – Nombre de nouveaux schizophrènes ou autres psychoses vus par un psychiatre [dénominateur]	30
Figure 20 – Catégories diagnostiques	30
Figure 21 – Nombre de nouveaux schizophrènes ou autres psychoses par groupes d’âge et de sexe	31
Figure 22 – Visites chez l’omnipraticien ou au CSSS/CLSC	31
Figure 23 – Taux des nouveaux dépressifs ayant une continuité chez l’omnipraticien [indicateur].....	35
Tableau 10 – Nombre d’usagers avec un nouveau diagnostic de dépression chez l’omnipraticien [dénominateur] ...	36
Figure 24 – Groupes d’âge et sexe.....	36
Figure 25 – Visites chez le psychiatre	37
Figure 26 – Nombre moyen de visites chez l’omnipraticien	37
Figure 27 – Taux de dépressifs avec thérapie continue en CSSS/CLSC [indicateur].....	39
Tableau 11 – Nombre d’usagers dépressifs au CSSS/CLSC [dénominateur].....	40
Figure 28 – Âge et sexe des dépressifs au CSSS/CLSC	40
Figure 29 – Nombre moyen de visites	41
Tableau 12 – Usagers dans les groupes de thérapie.....	41

Figure 30 – Continuité de suivi avec le psychiatre [indicateur].....	43
Tableau 13 – Usagers avec un nouveau diagnostic [dénominateur]	44
Figure 31 – Nouveaux schizophrènes ou autres psychoses par groupes d’âge et sexe	44
Figure 32 – Nombre moyen de visites chez le psychiatre.....	45
Figure 33 – Taux de visites à l’omnipraticien ou au CSSS/CLSC	45
Figure 34 – Nombre d’usagers et taux de continuité par département de psychiatrie	45
Figure 35 – Taux de réhospitalisations [indicateur].....	47
Tableau 14 – Nombre d’hospitalisations [dénominateur].....	48
Figure 36 – Âge et sexe des hospitalisations	48
Figure 37 – Nombre moyen d’hospitalisations	48
Figure 38 – Durée moyenne de séjour	48
Tableau 15 – Nombre d’hospitalisations par établissements	49
Figure 39 – Taux de réhospitalisations par établissements	49
Figure 40 – Taux de collaboration en 1 ^{re} ligne [indicateur].....	51
Tableau 16 – Nombre d’usagers de première ligne [dénominateur]	52
Figure 41 – Âge et sexe des usagers en 1 ^{re} ligne	52
Figure 42 – Usagers vus au CSSS/CLSC ou chez l’omnipraticien.....	52
Figure 43 – Usagers du CSSS/CLSC et taux de concertation.....	53
Figure 44 – Taux de concertation et raison principale de l’intervention	53
Tableau 17 – Nombre d’usager avec consultation chez le psychiatre	53
Figure 45 – Taux de retour à l’omnipraticien et nombre de visites	53
Tableau 19 – Résultats synthèses par CSSS/RLS	61

SIGLES

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CMIS	Carrefour montréalais d'information sociosanitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
Comité d'experts	Comité d'experts sur les indicateurs santé mentale du TBS-SM
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
GESTRED	Une application informatique du MSSS pour faire le suivi des ententes de gestion
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (du Québec)
OASIS	Outil d'alimentation de systèmes d'information sociosanitaires : une application informatique du MSSS pour faire le suivi des actions du PASM
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques ; une organisation internationale visant à aider les gouvernements à répondre aux défis économiques, sociaux et de gouvernance, etc.
PASM	<i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010</i> (MSSS, 2005)
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé
SM	Santé mentale
TB / TBS	Tableau de bord / Tableau de bord stratégique
TBS-SM	Tableau de bord stratégique – santé mentale

REMERCIEMENTS

Nous remercions les fort nombreuses personnes qui ont collaboré à la conception, à la validation et à la production du Tableau de bord stratégique – santé mentale :

Les membres du comité d'experts

Nous avons créé un *Comité d'experts sur les indicateurs santé mentale du TBS* dont le mandat fut d'appuyer les analyses et l'élaboration d'indicateurs stratégiques pour l'évaluation *PASM*, dans le cadre du TBS-SM. Ce comité s'est rencontré à plusieurs reprises en 2007-2008; ses travaux ont permis la sélection des indicateurs stratégiques.

Les membres du comité d'experts sur le TBS-SM sont :

- Dr Paul Beaudry du Centre universitaire de santé de McGill;
- M. Daniel Boivin du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord;
- Mme Madeleine Breton du CSSS du Sud-Ouest-Verdun;
- Dr Marie-Josée Fleury du centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas;
- Mme Monique Chicoyne du CSSS Lucille-Teasdale;
- Dr Alain Lesage du centre de recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;
- M. Thaddeus Rezanowicz du CSSS Jeanne-Mance.

Durant ces années, d'autres personnes de l'Agence ont également participé aux rencontres de ce comité : Johanne Trépanier du service de planification et développement stratégique ainsi que Claude Dallaire et Noé Djawn White du service performance ¹. Le comité était animé par Michel Roberge, du service de performance.

Les partenaires consultés

En 2008, nous avons consulté chacun des 12 CSSS avec leurs partenaires des RLS sur les indicateurs sélectionnés pour le TBS-SM; nous remercions les directeurs de santé mentale des CSSS et les participants aux rencontres. Nous avons ensuite consulté plusieurs instances régionales de l'Agence : le Comité aviseur sur la qualité de la mise en œuvre – santé mentale, la Commission infirmière régionale, la Commission multidisciplinaire régionale, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le Comité d'évaluation de la performance des RLS, le Comité interdirection santé mentale et finalement la Comité de gestion des réseaux de Montréal. Au total, c'est près de 300 personnes qui furent consultées, représentant plus de 70 établissements et organismes communautaires, lors d'une vingtaine de rencontres. Les remarques judicieuses de ces gens ont permis d'améliorer les TBS-SM.

Les collègues de l'Agence

Enfin, des remerciements à tous nos collègues du CMIS ¹ pour leurs conseils et contributions au cours des dernières années.

¹ En mars 2010, le CMIS faisait l'objet d'une réorganisation; notamment, le Service performance du CMIS et le service planification et développement stratégique étaient fusionnés pour devenir le Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation. Les expressions « Service performance » et « CMIS » sont donc utilisés dans ce document dans le contexte historique où les travaux furent effectués.

SOMMAIRE

Contexte et objectifs

Les Tableaux de bord stratégiques (TBS) répondent à une volonté partagée de l'Agence, des CSSS et de leurs partenaires de suivre et d'améliorer les résultats et la performance des réseaux locaux de services (RLS). Cette démarche se situe dans le contexte général de nombreuses transformations du système de santé résultant de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, de divers plans d'action ministériels et des planifications régionales et locales.

Le Tableau de bord stratégique – santé mentale (TBS-SM) vise à assurer le suivi des qualités fondamentales et désirées du système des services de santé mentale préconisé ou découlant du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM)* : par exemple, l'accessibilité, la continuité, la collaboration, l'emphase sur la première ligne, le rétablissement, etc.

Le TBS-SM veut principalement appuyer les décideurs du réseau pour un pilotage selon la vision stratégique du *PASM*. Cette vision correspond aux objectifs fondamentaux du *PASM* et des principaux moyens mis en place; le TBS-SM ne vise pas à détailler finement la disponibilité de l'ensemble des services, ni des volumes d'utilisateurs ou de ressources, ce que d'autres systèmes de rétroaction permettent. De plus, le TBS-SM se conforme au modèle de performance de l'Agence.

Ce présent rapport est complémentaire aux applications WEB du CMIS (Agence de Montréal) qui présentent les résultats des indicateurs ainsi que diverses données complémentaires. Ce document explicite davantage le contexte, la pertinence, la méthodologie, les résultats et divers éléments de discussion.

Méthodologie

La sélection des indicateurs fut réalisée avec l'étroite collaboration d'un comité d'experts. Elle répond, à la fois, à la vision stratégique du *PASM*, aux enjeux régionaux, aux guides de meilleures pratiques et à l'intégration de ces indicateurs dans un modèle de performance. Cette sélection fut suivie d'une vaste consultation auprès des CSSS et de leurs partenaires en santé mentale ainsi que de diverses instances et comités régionaux concernés par la santé mentale. Une vingtaine de rencontres eurent lieu et près de 300 personnes participèrent lors de ces consultations.

Le TBS-SM s'harmonise avec la vision populationnelle en privilégiant des indicateurs sur la base des territoires de CSSS où résident les usagers; ainsi, les résultats présentés portent sur les populations résidentes de ces territoires. Cette présentation est conforme à la responsabilité populationnelle confiée aux CSSS telle que le spécifie la loi sur la Santé et les services sociaux. Selon l'indicateur, les usagers d'un territoire de CSSS peuvent recevoir des services de leur CSSS, d'un autre établissement du territoire, mais aussi parfois d'un établissement à l'extérieur du territoire du CSSS; néanmoins, les résultats de l'indicateur correspondent aux services reçus par la population du territoire.

Enfin, les indicateurs peuvent être mis à jour annuellement, selon la disponibilité des données. Dans ce rapport, les indicateurs sont documentés pour les années 2004-05 à 2006-07; certains le sont pour des années plus récentes.

L'approche de l'Agence pour les TBS est d'éviter le plus possible les collectes d'information auprès des partenaires. Elle privilégie plutôt l'utilisation des bases de données nationales jumelées via les numéros cryptés d'assurance maladie. Cependant, un manque important dans les bases de données est l'absence d'information sur les services ambulatoires des CH. Certains indicateurs nécessiteront néanmoins des enquêtes ou requêtes de données.

Pour certains des indicateurs, deux troubles témoins servent à documenter et représenter les qualités désirées du système. La dépression majeure représente la clientèle de première ligne et la schizophrénie celle de deuxième ligne.

Ce rapport présente une dizaine d'indicateurs actuellement quantifiés, sur 19 retenus par le comité d'experts, pour le suivi stratégique du *PASM*. Les fiches techniques pour ces indicateurs sont présentées de façon synthétique au tableau 1 qui suit.

Résultats

Une synthèse et appréciation globale des résultats figure dans le tableau 2, ci-après.

Tableau 1 – Synthèse des fiches techniques des indicateurs

Quadrant	No	Titre	Définition sommaire	Mesure	Cible	Numérateur	Dénominateur
Efficacité	1,2	Taux de suicides	Taux suicides /100 000 h.	/100 000	▼	Nb de suicides	Population du territoire divisée par 100 000
Efficiencie	2,1	Taux d'intervenants ETC versus la prévision en première ligne.	% ETC en 1 ^{re} ligne / planification	%	100%	Nb d'ETC (heures travaillées durant l'année selon l'AS-471) dans les équipes de santé mentale en première ligne	ETC prévus par la planification régionale [583 intervenants pour les jeunes et les adultes]
Adaptation	3,1	Taux d'accès versus prévalence de la dépression majeure	Dépressifs vus / prévalence	%	▲	Nb de Montréalais (12 ans et plus) vus dans le système public pour dépression	Nb estimé de Montréalais (12 ans et plus) souffrant de dépression (selon l'ESCC)
	3,2	Taux de premières visites des schizophrènes ou psychotiques chez un psychiatre avant l'âge de 25 ans	Nouveaux schizo. de moins de 25 ans / total chez psychiatres	%	▲	Nb de personnes avec un nouveau diagnostic de schizophrénie ou d'autres psychoses vues par un psychiatre avant l'âge de 25 ans	Nb de personnes avec un nouveau diagnostic de schizophrénie ou d'autres psychoses vues par un psychiatre
Qualité	4,1	Continuité du suivi de la dépression par l'omnipraticien	Nouveaux dépressifs vus avec continuité / nouveaux dépressifs chez omnipraticien	%	▲	Nb d'usagers ayant un nouveau diagnostic de dépression, suivi par un ou des omnipraticiens et qui, durant les 6 premiers mois, sont vus au moins une fois par mois, 4 mois sur 6	Nb d'usagers ayant un nouveau diagnostic de dépression, vus par un omnipraticien au moins une fois durant l'année
	4,2	Continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre	Nouveaux schizo. vus avec continuité / nouveaux schizo chez psychiatres	%	▲	Nb d'usagers ciblés vus par un psychiatre avec au moins une visite par mois lors d'au moins quatre mois durant l'année	Nb d'usagers qui ont eu un nouveau diagnostic de schizophrénie ou autres psychoses dans l'année de référence ou l'une des deux précédentes
	4,3	Continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC	Dépressifs vus avec continuité de thérapie / dépressifs au CSSS/CLSC	%	▲	Nb d'usagers dont la raison de l'intervention est trouble de l'humeur ou dépressif, qui ont reçu au moins 12 rencontres de psychothérapies en CSSS/CLSC à l'intérieur d'une période d'un an	Nb d'usagers avec trouble dépressif ou trouble de l'humeur comme raison de l'intervention
	4,4	Taux de réhospitalisation en psychiatrie	Réhospitalisations < 30 jours / hospitalisations	%	10%	Nb d'admissions pour troubles mentaux (diagnostic principal) dans les 30 jours suivant le congé à la suite de soins pour de tels troubles	Nb total d'hospitalisations pour troubles mentaux
	4,5	Soins de collaboration en première ligne	Usagers ayant soins de collaboration / usagers 1 ^{re} ligne	%	▲	Nb d'usager ayant bénéficié d'au moins une pratique de collaboration	Nb d'utilisateurs de la première ligne (omnipraticien ou CSSS/CLSC) avec un diagnostic de santé mentale

Notes. Pour plus de détails, consulter les fiches techniques dans le rapport ou sur le site WEB du CMIS.

Tableau 2 – Synthèse, enjeux, indicateurs et appréciation des résultats des indicateurs

Quadrant	Enjeux	Indicateurs	Résultats	Cibles	Discussion
EFFICACITÉ	Améliorer la santé mentale de la population.	1,2 Taux de suicides	12,2 suicides par 100 000 personnes; stable sur 3 ans	6 suicides par 100 000 [vs pays OCDE]	Bonne performance versus autres régions du Québec, mais loin des meilleures performances internationales.
	Améliorer la qualité de vie et le rétablissement des usagers et diminuer leurs incapacités	<i>Autres indicateurs à venir :</i> - Santé mentale de la population - Qualité de vie usagers et proches - Rétablissement des usagers	---		
EFFICIENCE	Répartir plus équitablement les ressources et intervenants entre RLS	2,1 Taux d'intervenants ETC versus la prévision en première ligne	33% des ETC prévus en 2008-09 (48 % au 31 mars 2009); progression importante par année.	100 % en 2010	Enjeu régional très important; travaux majeurs à finaliser.
	S'assurer d'une meilleure utilisation des ressources	<i>Autres indicateurs à venir :</i> - Taux de la gamme des services - Coût de production - Rétention ressources humaines	---		
ADAPTATION	Améliorer l'accessibilité en 1^{re} ligne	3,1 Taux de personnes vues avec un trouble de dépression majeure versus la prévalence estimée	66 % sur trois ans, mais tendance à la baisse	Cible non précisée; place à amélioration	Performance intéressante, mais lien à établir avec indicateurs de continuité; usagers sont vus principalement par les omnipraticiens
	Améliorer l'accès à la gamme des services par RLS	3,2 Taux de premières visites des schizophrènes ou psychotiques chez un psychiatre avant l'âge de 25 ans	4,9 % sur trois ans; mais tendance à la baisse.	Cible non précisée; place importante à amélioration	Compte tenu des études épidémiologiques, ce taux est bien bas.
	Améliorer l'accès et implication des omnipraticiens	<i>Autres indicateurs à venir :</i> - Guichet d'accès - Accès aux org. communautaires - Accès pour les plus jeunes - Satisfaction usagers et proches	---		
QUALITÉ	Améliorer la continuité	4,1 Continuité du suivi de la dépression chez l'omnipraticien	9,2 % sur trois ans; légère tendance à la hausse.	Cible non précisée; place importante à amélioration	Compte tenu des guides de meilleures pratiques, des travaux importants sont requis.
	Mettre l'accent sur les meilleures pratiques	4,2 Continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC	15 % sur trois ans; stable sur ces années.		
		4,3 Continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre	16 % sur deux ans; stable.		
	S'assurer du soutien de la 1^{re} par la 2^e ligne	4,5 Soins de collaboration en 1 ^{re} ligne	1,8 % sur trois ans; stable.	Cible 10 %; Cible atteinte pour plusieurs CSSS/RLS	Bonne performance; s'assurer de ne pas augmenter. Des CSSS/RLS devraient s'améliorer.
		4,4 Taux de réhospitalisations en psychiatrie	9,7 % sur trois ans, mais tendance à la hausse.		
Autres aspects	Rejoindre les clientèles cibles : population générale, personnes suicidaires, personnes avec troubles mentaux jeunes et adultes, proches		---		La disponibilité des autres indicateurs permettra de compléter l'appréciation de la performance du réseau.

Discussion

Les indicateurs des TBS doivent être interprétés comme un reflet des qualités désirées du système. Rappelons que la sélection de l'ensemble des indicateurs du TBS-SM veut témoigner de l'amélioration des éléments suivants : (a) la santé mentale de la population, (b) la qualité de vie et le rétablissement des usagers, (c) la répartition plus équitable des ressources et intervenants entre RLS, (d) l'utilisation des ressources, (e) l'accessibilité en 1^{re} ligne, (f) l'accès à la gamme des services par RLS, (g) l'accès et l'implication des omnipraticiens, (h) la continuité des services, (i) l'accent sur les meilleures pratiques et (j) du soutien de la 1^{re} par la 2^e ligne.

Tous les indicateurs prévus ne sont pas développés, mais les indicateurs disponibles donnent déjà des rétroactions et des pistes significatives pour le réseau. Par quadrant du modèle de performance, les résultats suivants s'observent :

Efficacité. Le taux régional de suicides est mieux que celui des autres régions du Québec, mais faible versus les meilleures performances internationales.

Efficience. La moitié des ressources humaines prévues pour la santé mentale de première ligne au CSSS est disponible. C'est un chantier majeur qu'il faut compléter pour atteindre le plein potentiel des impacts du PASM sur l'ensemble du réseau.

Adaptation. L'accessibilité en première ligne, telle que mesurée chez les usagers dépressifs, est assez bonne, mais cet accès se fait surtout chez l'omnipraticien. Par ailleurs, l'accès en deuxième ligne, reflété par l'accès avant 25 ans des schizophrènes chez le psychiatre, est faible; les usagers sont vus pour la première fois à un âge plus avancé.

Qualité. La continuité se révèle relativement faible. Même s'ils ont un bon accès pour la dépression chez les omnipraticiens, les nouveaux usagers dépressifs obtiennent une faible continuité. La continuité de la psychothérapie pour dépression au CSSS/CLSC est également faible, mais devrait changer avec l'augmentation des ressources. La continuité du suivi des nouveaux schizophrènes est également à améliorer. Enfin, la collaboration est encore assez faible entre les partenaires de première ligne.

Divers facteurs peuvent être avancés pour expliquer ces résultats : la transformation du réseau de la santé mentale dans la perspective du PASM n'en est qu'au début, toutes les ressources et les services de santé mentale ne sont pas en place, les transformations impliquent également des changements de pratiques et de culture, etc. De plus, l'accent dans le PASM a plus porté sur le suivi des volumes de services et d'activités que sur les qualités désirées du système. Il faut aussi noter que la culture du monitoring ou de l'évaluation utilise encore peu ce type d'indicateurs, possiblement dû à un manque de sensibilisation et aux difficultés d'accès et de jumelage de ces bases de données.

Conclusions

Les indicateurs actuellement développés soulignent un besoin important d'axer la transformation en santé mentale sur les qualités désirées du système et non seulement sur les volumes de services ou d'usagers.

Bien que comportant diverses limites, l'intérêt pour la performance et les tableaux de bord au Québec et ailleurs est grandissant. L'approche de l'Agence, en mettant l'accent sur les indicateurs stratégiques dans ses divers tableaux de bord et l'exploitation de bases de données jumelées, permet de composer des indicateurs pour suivre la vision stratégique des transformations et pour apprécier les qualités désirées du système.

INTRODUCTION GÉNÉRALE AU TABLEAU DE BORD STRATÉGIQUE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL

Origine

En 2004, l'adoption de la *Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* a amorcé une profonde réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi a créé les réseaux locaux de services (RLS) avec le mandat :

- ♦ D'assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne;
- ♦ De garantir à la population de son territoire, l'accès à des services spécialisés et surspécialisés.

Deux principes soutiennent la réorganisation du réseau : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. C'est plus qu'un changement de structures; il s'agit de mieux répondre aux besoins sociosanitaires de la population locale, en visant à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont responsables de la coordination de ces nouveaux RLS. Les CSSS, en collaboration avec les partenaires de leurs territoires, poursuivent les objectifs d'améliorer la santé et le bien-être de la population locale et d'intégrer les services aux clientèles les plus vulnérables, leurs familles et leurs proches. Ils se voient confier le mandat d'offrir, à proximité du milieu de vie de la population dont elle a la responsabilité, une large gamme de services de première ligne avec des mécanismes de référence et de suivi pour les services de deuxième et de troisième ligne, soit les services spécialisés et surspécialisés.

À cette fin, les CSSS et leurs partenaires des RLS doivent concevoir des projets cliniques communs, répondant aux besoins sociosanitaires de la population et tout particulièrement pour les personnes plus vulnérables. Des projets communs qui permettront en outre une plus grande complémentarité entre les services de première ligne, tout en assurant l'arrimage

avec les services spécialisés. Notamment, ces projets cliniques doivent tenir compte des plans d'action du MSSS et de l'Agence, dont celui pour la santé mentale.

Les CSSS ont une mission unique sur le territoire, qui comporte quatre volets :

- ♦ Connaître l'état de santé et de bien-être de la population de son territoire et assurer la direction des actions visant à l'améliorer;
- ♦ Gérer et coordonner l'utilisation des services généraux et spécialisés mis à la disposition de la population de son territoire et prendre les mesures appropriées afin de prendre en charge, accompagner et soutenir les usagers, de façon à assurer la continuité entre les différents épisodes de soins requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux;
- ♦ Gérer de façon optimale la gamme des services qui y sont offerts en s'assurant de leur efficacité, de leur efficience, de leur pertinence et de leur adaptation aux attentes des usagers et aux besoins de la population, et
- ♦ Informer la population, la consulter, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard des services offerts et des résultats obtenus.

Dans la région de Montréal, 12 CSSS ont été créés pour répondre à cette mission. Dans le cadre de cette importante réorganisation régionale, quatre pistes stratégiques ont été ciblées par l'Agence et les CSSS :

- ♦ Créer des équipes multidisciplinaires d'omnipraticiens et de professionnels de la santé responsables de clientèles inscrites;
- ♦ Poursuivre l'élaboration et l'implantation du projet clinique;
- ♦ Développer l'autonomisation (*empowerment*) des personnes, c.-à-d. reconnaître et agir sur les facteurs qui influencent leur état de santé, et
- ♦ Définir les indicateurs de résultats et de performance qui permettront d'évaluer l'atteinte des objectifs.

Afin d'atteindre ce quatrième objectif stratégique, l'infrastructure unique d'information du CMIS est mise à profit pour développer le projet d'évaluation de la performance et supporter la construction du tableau de bord stratégique.

² Cette introduction générale reprend largement le texte du dépliant « Tableau de bord stratégique – Évaluer pour s'améliorer » disponible sur le site WEB du Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (CMIS) de l'Agence de Santé et de Services sociaux de Montréal : www.santemontreal.qc.ca/tb

Le tableau de bord stratégique

Ainsi, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et les 12 CSSS de la région développent conjointement un important projet d'évaluation de la performance du réseau de la santé et des services sociaux. Cette initiative vise à soutenir concrètement les directions des CSSS et de leurs partenaires des RLS dans la réalisation de leurs tâches importantes.

Cette démarche d'évaluation s'articule autour de la création d'un tableau de bord stratégique qui fait le pont entre les orientations et les priorités ministérielles, la planification régionale de l'Agence et les plans d'action locaux des CSSS. En plus de fixer les paramètres d'évaluation de la performance, ce tableau de bord agit comme un instrument dynamique de mobilisation du réseau et guide le processus de changement dans toutes ses étapes. Ce tableau de bord se veut un outil pertinent et convivial facilitant la vision stratégique de l'évolution des services du réseau et de la santé des Montréalais.

Ce tableau de bord est constitué d'une sélection d'indicateurs stratégiques permettant d'appuyer le démarrage des transformations prioritaires, de décrire et suivre les changements désirés par le réseau et d'évaluer les résultats. Ainsi, ce tableau de bord présente une vision cohérente de la performance des services dans un milieu urbain où l'on trouve de nombreux producteurs, différents types de trajectoires recoupant plusieurs réseaux locaux.

Une perspective stratégique

Ce tableau de bord régional présente une perspective stratégique qui le distingue d'autres instruments de suivi ou de reddition de compte :

- ♦ Une perspective globale qui couvre l'ensemble des « chantiers » de transformation des RLS;
- ♦ Une vision stratégique basée sur une sélection restreinte d'indicateurs clés représentant les qualités désirées du système des services, et
- ♦ Un regroupement de ces indicateurs dans un modèle de performance du réseau.

Ainsi, ce tableau de bord devient l'instrument privilégié pour :

- ♦ Refléter la vision populationnelle;
- ♦ Mesurer l'évolution de la performance des services dispensés à la population sur la base des réseaux locaux de services;
- ♦ Suivre l'implantation des plans d'action prioritaires;
- ♦ Supporter le démarrage et suivre les projets cliniques prioritaires;
- ♦ Décrire et suivre les transformations du réseau et en évaluer les résultats.

Des innovations

Ce tableau de bord innove de façon fort intéressante :

- ♦ L'utilisation prioritaire des bases de données sociosanitaires pour alimenter des indicateurs populationnels;
- ♦ Une intégration (jumelage) de ces bases de données permettant une vision du cheminement des usagers au travers de trajectoires de services complètes;
- ♦ Une application WEB qui facilite la consultation.

Quel modèle de performance?

Le modèle de performance de l'Agence illustre le choix des qualités valorisées pour le système de santé et des services sociaux. L'évaluation de la performance est la correspondance du système avec ces qualités.



Figure 1 – Modèle de performance de l'Agence

Le modèle régional retenu comprend quatre quadrants : efficacité, efficience, qualité et adaptation. Ceux-ci totalisent treize qualités mesurées par les indicateurs. La figure, ci-dessus, présente ce modèle.

Choix des indicateurs

Le choix des indicateurs du tableau de bord résulte de travaux importants réalisés conjointement avec les CSSS; ils visent à traduire les stratégies des plans d'action en indicateurs concrets pouvant être extraits des bases de données jumelées. Un bon indicateur doit :

- ♦ correspondre à une priorité stratégique des services de santé dans la région;
- ♦ refléter les préoccupations des gestionnaires, cliniciens et usagers;
- ♦ être valide et fidèle;
- ♦ être lié aux meilleures pratiques cliniques et administratives;
- ♦ permettre de comparer les RLS entre eux et dans le temps.

Enfin, la sélection des indicateurs doit être complète et équilibrée selon les dimensions des programmes de santé et selon les quadrants du modèle de performance.

Sources des données

La principale source de données pour alimenter les indicateurs du tableau de bord est les bases de données sociosanitaires du Québec. Ces données sont intégrées dans une base de données jumelées par les numéros d'assurance maladie cryptés des usagers. Il devient ainsi possible de suivre l'évolution des parcours de

soins dans les différents points de services du réseau sur plusieurs années.

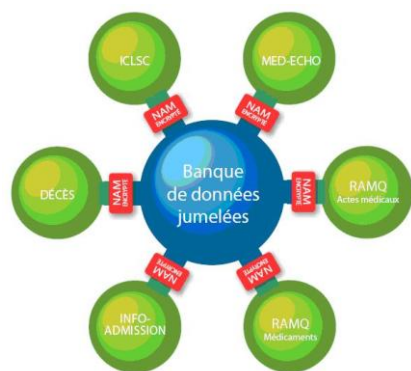


Figure 2 – Schématisation du jumelage des bases de données

Cette intégration des différentes bases de données a été rendue

possible à la suite d'un accord de la *Commission d'accès à l'information* incluant la garantie de protection et de respect de la confidentialité des informations nominatives. La figure ci-dessus présente schématiquement l'intégration des bases de données.

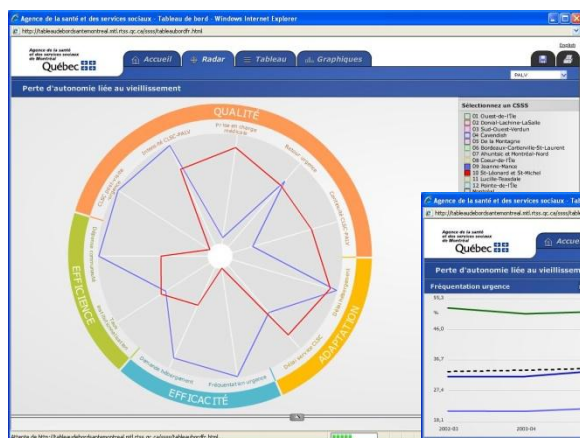


Figure 3 – Exemple de Tableau de bord stratégique – vue par radar

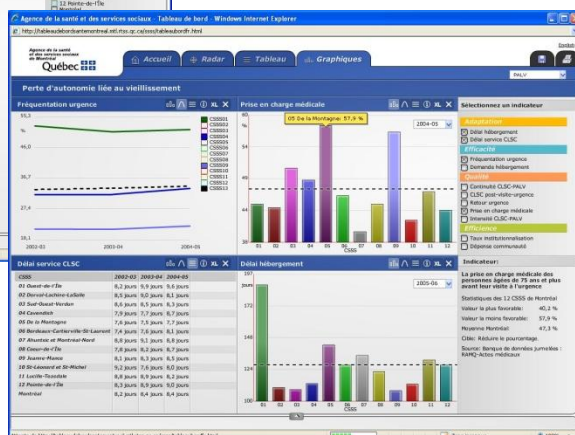


Figure 4 – Exemple de Tableau de bord stratégique – vues par histogrammes et tableaux

Le tableau de bord est sur le web

Un des objectifs est d'avoir une présentation conviviale et attrayante du tableau de bord, de façon cohérente avec la vision stratégique. À cette fin, une application WEB a été développée en misant sur des vues graphiques et des tableaux. Cette application permet ainsi les comparaisons selon les RLS et les années.

Le tableau de bord devient non seulement utile, mais aussi agréable à consulter. C'est une application « clé en main », les graphiques et les tableaux sont prêts, aisément disponibles, en quelques « clics » de souris. De plus, le format WEB permet d'offrir une large diffusion et d'être à jour. En un seul coup d'œil, l'utilisateur peut obtenir une vision globale et synthétique des données recherchées.

L'utilisateur accède à la page d'accueil du tableau de bord sur Internet. Il choisit alors un plan d'action dont il veut voir l'évolution. Puis il précise le mode de visualisation désiré : radar, tableaux ou graphiques (voir figures 3 et 4). Selon le cas, il est possible de choisir un RLS ou plusieurs, un ou des indicateurs pour une ou des années. De plus, il est possible d'ouvrir une fenêtre présentant la fiche technique de l'indicateur.

L'exploration du tableau de bord se fait donc en ligne, individuellement ou collectivement (avec l'aide d'un projecteur). Par exemple, lors d'une présentation, l'animateur peut répondre aux questions en explorant d'autres tableaux ou graphiques.

Enfin, une autre application, les *Tableaux multidimensionnels* (voir figure 5), fournit des données complémentaires pour chacun des indicateurs du tableau de bord : par exemple, âge, sexe, accès à divers services, etc.

Voir le site WEB : www.santemontreal.qc.ca/tb.

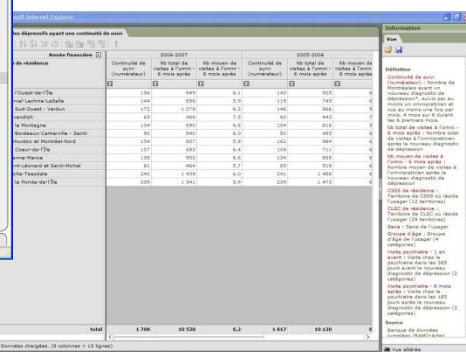


Figure 5 – Exemple d'un Tableau multidimensionnel

INTRODUCTION AU TABLEAU DE BORD STRATÉGIQUE – SANTÉ MENTALE

Ce document présente les indicateurs du Tableau de bord stratégique – santé mentale (TBS-SM) de la région de Montréal.

Cette publication est un complément aux résultats du TBS-SM présenté sur le site WEB de l'Agence, où les résultats sont présentés dans deux applications informatiques : le *Tableau de bord* pour les indicateurs stratégiques et les *Tableaux multidimensionnels* pour les données complémentaires (voir p. 7).

Les indicateurs dans le modèle de performance

Les indicateurs du TBS-SM sont intégrés et présentés selon le modèle d'évaluation de la performance ³ adopté par l'Agence (voir p.6).

L'analyse du *PASM* montre que les actions préconisées se situent largement dans deux des quadrants du modèle de performance de l'Agence : ces actions ont trait principalement à l'accessibilité (quadrant de l'adaptation), puis à la continuité et aux meilleures pratiques (quadrant de la qualité). Il n'y a pas d'action spécifique dans les quadrants de l'efficacité et de l'efficience du modèle de performance. Néanmoins, dans les annexes, plusieurs cibles sont fixées pour établir la gamme des services et qui peuvent être assimilées à l'efficience.

Des indicateurs qui reflètent la perspective stratégique

La perspective est celle d'un niveau stratégique. Il s'agit donc d'indicateurs reflétant les grandes orientations des plans d'action, les buts ou principaux objectifs. Ces indicateurs se distinguent donc des indicateurs de gestion, tels ceux présentés dans les

systèmes de GESTRED et de OASIS. Comme le soulignent Boix et Féminier (2004) « Les tableaux de bord concentrent souvent des indicateurs qui se rapportent aux notions de volumes d'activité, négligeant de ce fait les autres catégories d'indicateurs. » (p.16).

La sélection des indicateurs

L'ensemble des indicateurs proposés résulte d'une analyse des perspectives stratégiques de la santé mentale pour la région de Montréal, la consultation de nombreuses sources documentaires, les avis d'un comité d'experts et les commentaires de plusieurs rencontres de validation auprès des partenaires régionaux et locaux.

De nombreuses sources documentaires ont alimenté cette analyse, notamment :

- ♦ La documentation du MSSS : soit la vision stratégique des transformations sociosanitaires du MSSS, dont sa *Planification stratégique 2005-2010* et le *PASM* (présentée aux pages suivantes);
- ♦ La planification régionale en santé mentale élaborée en partenariat avec le réseau;
- ♦ La documentation internationale sur les indicateurs pour la santé mentale, par ex., les publications de l'American Psychiatric Association, de la Commission of the European Communities, des États-Unis (Healthy people 2010), de l'Institut canadien d'information sur la Santé (ICIS), etc. Des indicateurs de performance en santé mentale sont adoptés ailleurs. Ils se retrouvent dans la littérature administrative et scientifique qui donnent des perspectives et suggèrent des pistes.
- ♦ De nombreux guides de meilleures pratiques : par ex. ceux de l'American Psychiatric Association, du National Institute for Clinical Excellence (NICE), de l'American Psychological Association, du Canadian Psychiatric Association, du Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, etc.
- ♦ Enfin, de façon significative, les publications sur les modèles de performance en santé et les indicateurs qui y sont associés.

³ En fait, il existe de nombreux modèles d'évaluation de la performance en santé, lesquels peuvent retenir des indicateurs plus ou moins différents. En effet, un modèle de performance est une construction théorique qui permet non seulement de classer les indicateurs, mais surtout qui en oriente la sélection sur la base d'une vision ou conception de ce qu'est la performance. Ainsi, ces modèles mettent l'accent sur des perspectives différentes de la performance : l'atteinte des qualités désirées du système de santé (par ex., NHS, 1999), les déterminants et l'atteinte de la santé (par ex., Kelley & Hurst, 2006 [modèle de l'OCDE]), le cheminement stratégique (par ex., Niven, 2003), etc.

La vision stratégique du MSSS

Le TBS-SM doit présenter des indicateurs qui reflètent la vision stratégique; celle-ci se traduit en qualités privilégiées du système de santé. Pour identifier la stratégie du MSSS pour la santé mentale, quatre analyses furent initialement réalisées.

1. Vision stratégique des transformations socio-sanitaires

Le gouvernement du Québec adoptait en 2003, la *Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Deux principes soutiennent cette vision stratégique (<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>) :

- ♦ *La responsabilité populationnelle*. Créer des réseaux locaux de services (RLS), chacun autour d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS), responsables de la mise en place des services de première ligne accessibles, mieux coordonnés et continus pour la population du territoire local.
- ♦ *La hiérarchisation des services*. Établir des mécanismes de référence entre les différents producteurs de services pour assurer une meilleure complémentarité entre eux et faciliter le cheminement des personnes entre services de 1^{re} (services médicaux et sociaux généraux), 2^e (services médicaux et sociaux spécialisés) et de 3^e ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés). Il s'agit donc de permettre un passage fluide entre services généraux et spécialisés.

2. Le Plan stratégique 2005-2010 du Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dans ce Plan (2005b), se retrouvent les éléments que le gouvernement considère les plus stratégiques. Pour la santé mentale, l'orientation consiste à « traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire. » Quatre cibles sont précisées avec diverses actions pour chacune : le suicide, les services de crise et d'intégration dans la communauté, les services de première ligne et ceux de deuxième ligne.

En résumé, cette planification stratégique vise la réduction du taux de suicides, la résolution des crises (psychosociales) dans la population, l'amélioration de l'intégration sociale des personnes ayant des troubles

mentaux graves et l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale en 1^{re} et 2^e ligne dans les RLS.

3. Les pages introductives du PASM

La perspective stratégique du PASM est présentée dans les premières pages (Mots du ministre, Préambule et Introduction; p. 5 à 8) :

- « La santé mentale a été identifiée par notre gouvernement comme axe prioritaire d'intervention »;
- La stratégie est de développer les services de première ligne et d'y assurer un accès rapide; ainsi, les services de deuxième et troisième lignes deviendront plus accessibles aux personnes qui en ont besoin;
- Cinq populations sont principalement ciblées par les mesures du PASM : la population en générale, les enfants et les jeunes avec des troubles mentaux, les adultes avec des troubles mentaux, leurs proches et les personnes avec un risque suicidaire élevé;
- Pour chacune de ces populations, le plan préconise un ensemble de services;
- Les principales qualités recherchées de ces services sont l'accessibilité et la continuité;
- Pour atteindre ces objectifs, le MSSS escompte des liens entre les établissements et la collaboration entre les intervenants (afin de permettre la continuité et la « fluidité ») et
- Les effets attendus sont l'amélioration de l'état de santé, du mieux-être et de la qualité de vie des usagers et de leurs proches.

4. L'analyse des actions prévues dans le PASM

Les pages subséquentes du PASM présentent les actions retenues par le MSSS; on en recense 67, dont 32 sont spécifiques aux CSSS/RLS. L'analyse de ces actions nous permet de les répartir selon les quadrants du modèle de performance de l'Agence.

Le tableau suivant montre la répartition des actions du PASM dans le modèle de performance.

Tableau 3 – Nombre d'actions du PASM dans le modèle de performance

Quadrant	Qualités visées	CSSS/RLS		Total	
Efficacité	- Santé et bien-être - Prévention et promotion	1	3%	4	6%
Efficience	-	0	0%	0	0%
Qualité	- Continuité - Meilleures pratiques	5	16%	20	30%
Adaptation	- Accessibilité	26	81%	43	64%
Total		32	100%	67	100%

Notes. Répartition des actions du PASM dans le modèle de performance; actions relevant des CSSS/RLS versus l'ensemble. Les autres actions relèvent du MSSS, des Agences, des RUIS, des partenaires intersectoriels, etc.

On constate que la grande majorité des actions du PASM concerne l'accessibilité; c'est l'accès à la gamme de services pour une variété de clientèles cibles. Les principales autres actions visent les meilleures pratiques et la continuité. La santé et le bien-être sont peu directement ciblés par les actions. Il n'y a pas d'action spécifique pour l'efficacité, sinon la présence de cibles de volumes de clientèle ou de services dans les annexes du PASM.

Ce constat pour la présente planification se place dans une continuité historique, depuis la *Politique de Santé mentale* (Ministère de la santé et des services sociaux, 1989), qui plaçait l'accent sur l'accès à une gamme de services. Dans les planifications subséquentes du

MSSS (1998) l'accent demeurait sur l'accès à une gamme de services, mais mieux définie et ciblée.

La vision régionale du comité d'experts

Le comité d'experts, en tenant compte des éléments précédents, a défini sa vision des enjeux stratégiques du PASM pour la région de Montréal et l'a inscrite dans le modèle de performance ^(Tab. 4). Les travaux subséquents du comité d'experts pour le choix des indicateurs sont fondés sur cette vision ^(Tab. 5).

Tableau 4 – Les enjeux stratégiques du PASM dans le modèle de performance

EFFICACITÉ ■ Améliorer la santé mentale de la population ■ Améliorer la qualité de vie et le rétablissement des usagers et diminuer leurs incapacités	EFFICIENCE ■ Répartir plus équitablement les ressources et intervenants entre RLS ■ S'assurer d'une meilleure utilisation des ressources
ADAPTATION ■ Améliorer l'accessibilité en 1^{re} ligne ■ Améliorer l'accès à la gamme des services par RLS ■ Améliorer l'accès et implication des omnipraticiens	QUALITÉ ■ Améliorer la continuité ■ Mettre l'accent sur les meilleures pratiques ■ S'assurer du soutien de la 1^{re} par la 2^e ligne

Notes. Tel que défini par le Comité d'experts (déc. 2007) et validé lors des diverses rencontres avec les partenaires régionaux et locaux (2008 et 2009).

La validation du TBS-SM par les partenaires

L'année 2008 en fut une de validation : nous avons consulté les partenaires des CSSS/RLS sur la proposition de sélection des indicateurs pour le TBS-SM. Également, nous avons rencontré les instances régionales de l'Agence : le Comité aviseur sur la qualité de la mise en œuvre – santé mentale, la Commission infirmière régionale, la Commission multidisciplinaire régionale, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le Comité d'évaluation de la performance des RLS, le Comité interdirection santé mentale et finalement le Comité de gestion des réseaux de Montréal (CGRM).

Généralement, de ces consultations nous retenons que :

- La réaction est généralement positive envers le tableau de bord.
- Les cadres supérieurs, principal public visé, manifestent leur intérêt et adhésion.
- Des questionnements des cliniciens, des usagers et des proches indiquent qu'ils sont généralement moins familiers avec les instruments de gestion, notamment les tableaux de bord. Or, ces personnes sont aussi un public visé et ils auront à comprendre et à composer avec les décisions des directions des établissements prises sur la base des informations stratégiques du TBS-SM.

Divers ajustements furent proposés lors de ces rencontres puis intégrés à la sélection des indicateurs.

Tableau 5 – Les indicateurs du tableau de bord stratégique en santé mentale (TBS-SM)			
EFFICACITÉ		EFFICIENCE	
1,1	Santé mentale de la population	2,1	Taux ETC de 1 ^{re} ligne SM vs prévus
1,2	Taux de suicides	↳ (Taux de la gamme des services)	
1,3	Qualité de vie	2,2	Coûts de production
	↳ (Rétablissement)	2,3	Rétention des ressources humaines SM
ADAPTATION		QUALITÉ	
3,1	Accès dépression vs prévalence	4,1	Continuité du suivi de l'omnipraticien chez les dépressifs
3,2	Accès précoce des schizophrènes	4,2	Continuité de la psychothérapie au CSSS/CLSC chez les dépressifs
3,3	Guichet d'accès	4,3	Continuité du suivi psychiatrique chez les schizophrènes
3,4	Accès aux organismes communautaires	4,4	Réhospitalisation
3,5	Accès pour les plus jeunes	4,5	Soins de collaboration
3,6	Satisfaction des usagers et proches		
Notes. ☒ Indicateurs disponibles ☐ Indicateurs en développement ☐ Indicateur qui remplacera le précédent La sélection des indicateurs stratégiques du TBS-SM retenue au terme des travaux du Comité d'experts, en décembre 2007, et ajustée suite aux consultations.			

Organisation de la présentation du TBS-SM

La présentation des indicateurs se fera dans les sections suivantes sous forme de fiches descriptives des indicateurs. Chacun des indicateurs présentés suit un format similaire, généralement sur quatre pages. Les deux premières pages portent sur l'indicateur stratégique : pertinence de l'indicateur, fiche technique, résultat de l'indicateur et discussion. Les deux pages suivantes portent sur la présentation de données complémentaires : par exemple, les effectifs au dénominateur, l'âge et le sexe des usagers, les diagnostics, la fréquentation concomitante d'autres services, etc.

Dans ce rapport, les résultats des indicateurs sont présentés sous forme graphique. Ce qui permet d'apprécier rapidement la performance des organisations ou la contribution relative de variables associées à celle-ci. Généralement, les figures représentent des taux. Un tableau avec les dénominateurs de l'indicateur est ajouté et devrait permettre au lecteur intéressé de déduire les valeurs; il pourra aussi retrouver dans les tableaux multidimensionnels les données précises ainsi que dans les extractions présentées sous format PDF, le tout disponible sur le site du tableau de bord de l'Agence.

1.0 QUADRANT DE L'EFFICACITÉ

L'efficacité correspond à la capacité du système à produire des résultats. Ainsi, les résultats présentés dans ce quadrant doivent principalement refléter l'amélioration de la santé des usagers et de la population, c'est la contribution principale attendue du système de santé. Dans les publications, les indicateurs sont de deux types : présenter (a) l'état de santé ou de bien-être de la population ou de groupe cible ou (b) la diminution de la maladie, de la morbidité, etc.

Quatre indicateurs sont retenus par le Comité d'experts.

Trois portent sur l'amélioration de l'état de santé de la population ou des usagers :

- ♦ La santé mentale de la population,
- ♦ La qualité de vie des usagers et
- ♦ Le rétablissement des usagers.

Ces trois premiers indicateurs sont en développement. Les données seront obtenues d'enquêtes puisque les bases de données sociosanitaires ne comprennent pas d'information de cette nature.

Un autre indicateur examine la diminution de la maladie et de la morbidité :

- ♦ Le taux de suicides.

Celui-ci est documenté dans les pages subséquentes.

1.1 Taux de suicides

Pertinence de l'indicateur

Au Québec, le suicide est une importante question de santé publique compte tenu du taux de décès et du nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP). En 2007, 1 091 personnes s'enlevaient la vie; il s'agit d'une amélioration comparativement au pic de 1999 où 1 620 personnes l'avaient fait (M. Gagné & Saint-Laurent, 2009). Il s'agit de taux ajustés de 14,0 et de 22,2 suicides par 100 000. Il faut noter que ces suicides représentent environ 10 % des APVP de toutes les causes de décès (Institut de la statistique du Québec, 2009).

Entre 2005 et 2007, 78 % des suicides est le fait des hommes (Institut de la statistique du Québec, 2009) et le groupe d'âge le plus à risque est celui des 35-49 ans (M. Gagné & Saint-Laurent, 2009).

Évidemment, cette problématique de santé a des répercussions économiques, sociales et psychologiques sur la famille, les proches, le réseau de la santé et la société en général.

Le suicide est fortement lié aux troubles mentaux, notamment les troubles de l'humeur et la schizophrénie (American Psychiatric Association, Fochtmann, & Gelenberg, 2005; European Commission, 2001; Korkeila, 2000; U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Une meilleure disponibilité des soins de santé mentale, dont les antidépresseurs, est considérée comme un facteur favorable à la diminution du taux de suicides (European Commission, 2004).

Le *PASM* spécifie qu'une clientèle des programmes de santé mentale est constituée des personnes avec risque suicidaire; il préconise diverses actions pour diminuer l'incidence des suicides (pp.57-61). L'Agence a adopté une planification sur le suicide dans le cadre de la phase II de sa planification régionale en santé mentale (Trépanier, 2008).

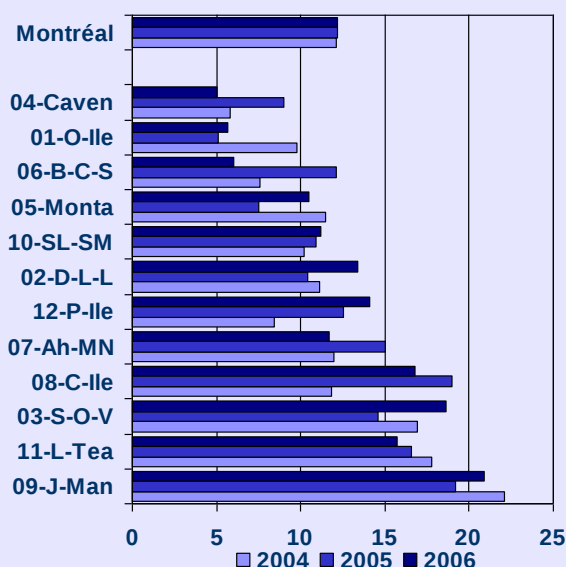
Définition technique

Quadrant	Efficacité
Pertinence	Le suicide est une problématique importante de santé publique et un enjeu du <i>PASM</i> . L'amélioration du taux représente une diminution du nombre de suicides.
Définition	Le taux de suicides par 100 000 h de 15 ans et plus.
Cible	Diminuer le taux
Mise en garde	Compte tenu de la prévalence relativement faible par territoire de CSSS, ce taux n'est pas standardisé selon l'âge et le sexe.
Calcul	Numérateur : Nombre de suicides Dénominateur : Population du territoire divisée par 100 000.
Mesure	Taux par 100 000 h.
Source	Fichier des décès (MSSS)
Notes	Comparaison possible avec d'autres juridictions, ex. le Québec : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm Les données sur les décès par suicides sont complétées après les enquêtes du coroner, ce qui entraîne des délais de 2 à 3 ans pour accéder aux données.

Résultats de l'indicateur

La moyenne montréalaise pour ces trois années est de 12,2 suicides par 100 000 personnes; c'est une donnée stable sur ces trois ans. Cependant, il y a une grande variation des taux entre les CSSS/RLS; parmi les trois ans, le minimum est de 5 % et la maximum de 22,1 %. La variation annuelle par CSSS/RLS est petite ou modérée.

Figure 6 – Taux de suicides par 100 000 [indicateur]



Notes. Résultats de l'indicateur, soit les taux de suicides dans les territoires de CSSS/RLS et de la région pour les années 2004-05 à 2006-07. Les territoires sont ordonnés selon le taux moyen croissant.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent;
07-Ah-MN : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

Les nombres de suicides de Montréalais sont de 226, 229 et 227 pour les années 2004-05 à 2006-07 (Tab. 6). Lors des années 2001-02 à 2003-04 ces nombres étaient de 239, 245 et 223; c'est donc une légère amélioration.

Dans la région, les hommes ont commis 74 % des suicides; cependant, ce taux varie selon les CSSS/RLS entre 64 % et 86 % (Fig. 9).

Par groupes d'âge, les taux de suicides par 100 000 les plus élevés sont, au plan régional, chez les gens de 45-64 ans (18,7), suivi des 25-44 ans (16,2), des 65 et plus (10,5) puis des 15-24 ans (8,3). Ces taux varient de façon importante entre les CSSS/RLS (Fig. 8 et 10).

Au plan régional, les nombres de suicides par groupes d'âge diffèrent selon le sexe; chez les hommes, les suicides sont plus nombreux dans le groupe des 25-44 ans alors que les femmes se suicident davantage dans la tranche d'âge de 45-64 ans (Fig. 8).

Enfin, la carte sur les taux de suicides par codes postaux montre que les taux les plus élevés sont localisés du côté sud-est; les taux les plus faibles sont généralement du côté ouest de l'île et les taux moyens du côté est (Fig. 11).

Ces résultats peuvent se comparer avec ceux des autres régions du Québec ainsi qu'avec les pays de l'OCDE. Le taux 2006 au Québec est de 15,4 par 100 000 (M. Gagné & Saint-Laurent, 2009); la région de Montréal a le second meilleur taux après celui de Laval pour les années 2004 à 2006. Cependant, comparativement aux pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique, 2009), le Québec se situe environ au 85^e percentile (soit vers la queue du peloton) et la région de Montréal serait près du 65^e percentile (Fig. 7).

Discussion

La région de Montréal se classe bien parmi les autres régions du Québec.

Cependant, il existe une grande variabilité entre les CSSS/RLS. La carte de la région (Fig. 11) montre les taux les plus élevés du côté sud-est de l'île.

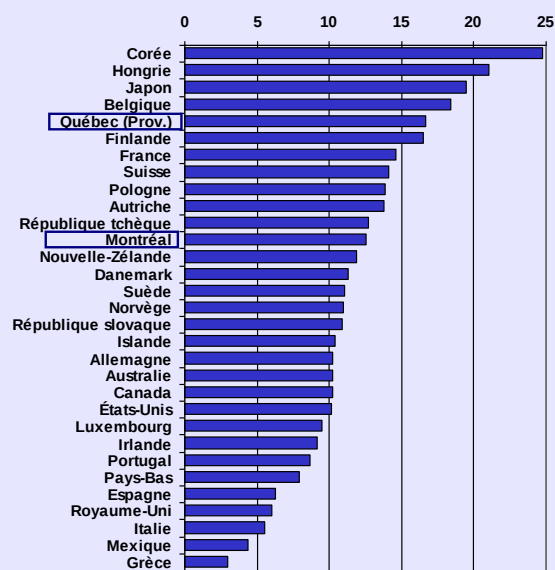
Il n'y a pas de cible nationale ou régionale de définie. Nous pouvons néanmoins noter, à titre indicatif, qu'en 2005 parmi les pays de l'OCDE (2009) le 50^e percentile est au environ de 11 suicides par 100 000 et le 10^e percentile est aux environs de 6.

Tableau 6 – Nombre de suicides par CSSS/RLS [numérateur]

CSSS/RLS	2004	2005	2006
01-O-Ile	21	11	12
02-D-L-L	15	14	18
03-S-O-V	23	20	26
04-Caven	7	11	6
05-Monta	26	17	23
06-B-C-S	10	16	8
07-Ah-MN	17	25	19
08-C-Ile	16	21	18
09-J-Man	31	27	29
10-SL-SM	13	14	14
11-L-Tea	31	29	27
12-P-Ile	16	24	27
Montréal	226	229	227

Notes. Nombre de suicides par CSSS/RLS et pour la région, années 2004-05 à 2006-07

Figure 7 – Comparaison internationale



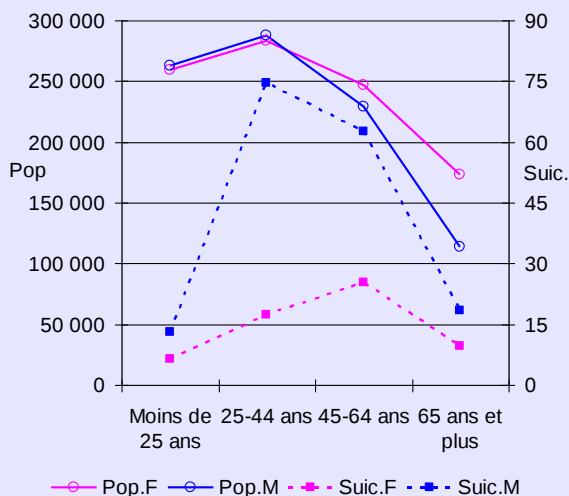
Notes. Comparaison du Québec, de la région de Montréal et des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique, 2009)

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

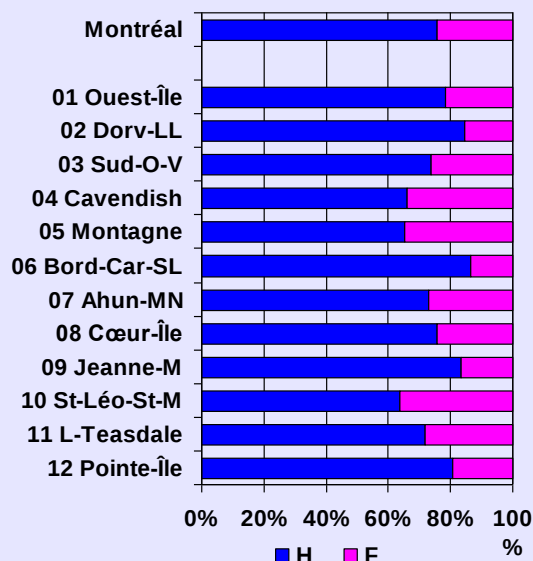
1.1 Taux de suicides

Figure 8 – Suicides par sexe et âge dans la région



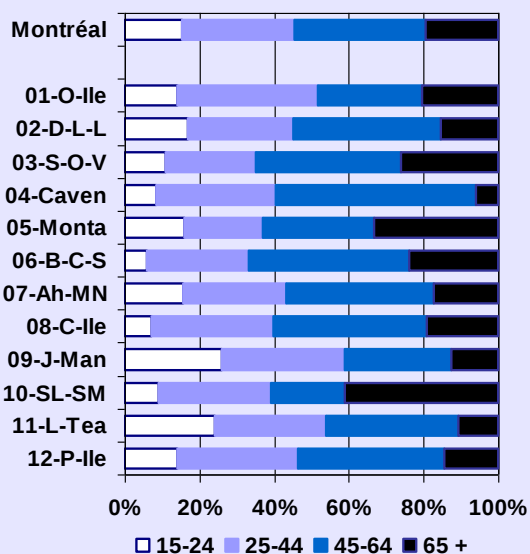
Notes. Comparaison de la population (recensement 2006) et des taux de suicides selon les groupes d'âge et le sexe dans la région.

Figure 9 – Taux par sexe et CSSS/RLS



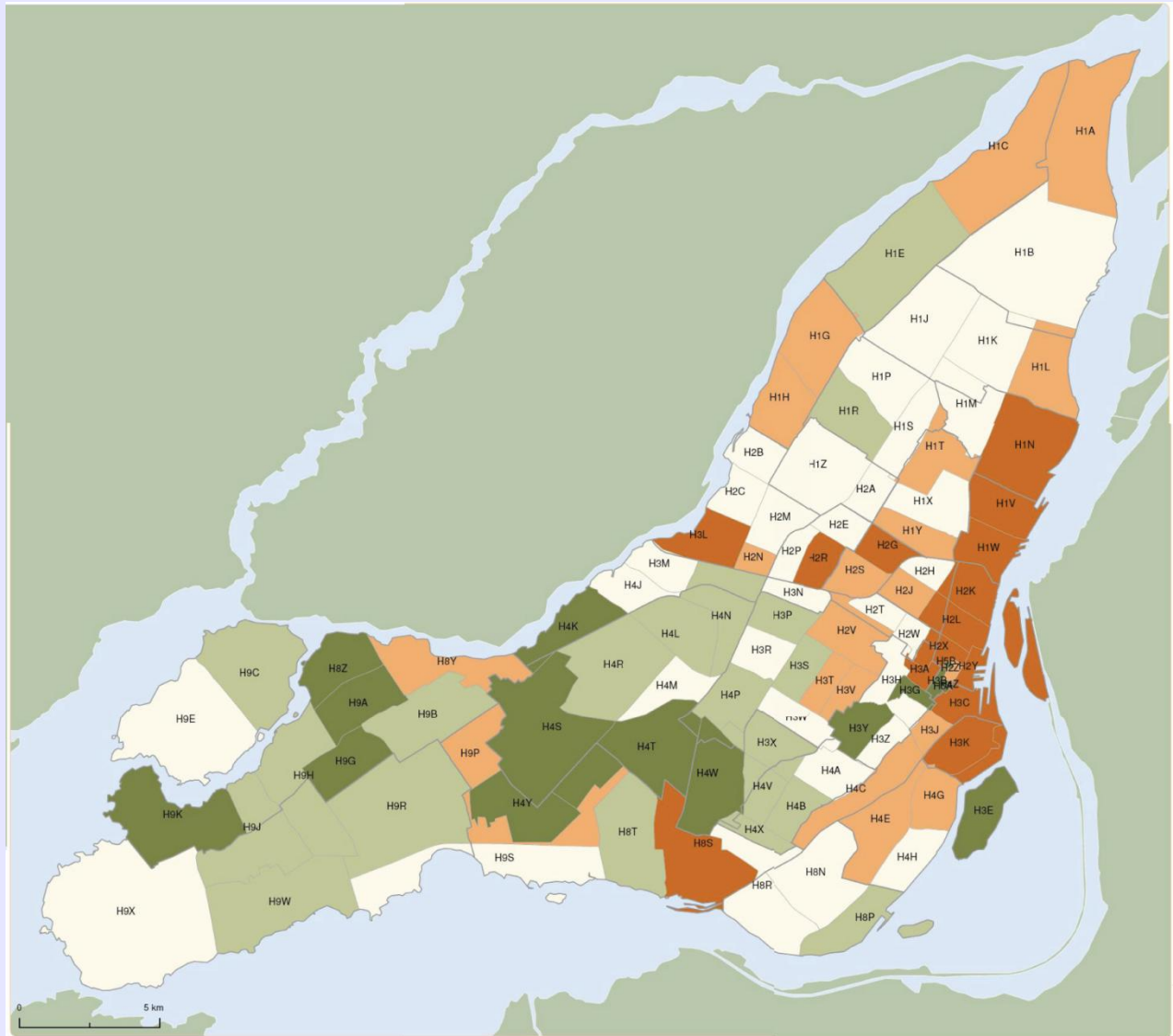
Notes. Proportion des femmes et hommes par CSSS/RLS et la région (moyenne de 2003 à 2006)

Figure 10 – Taux par groupe d'âge et CSSS/RLS



Notes. Proportion des groupes d'âge par CSSS/RLS et la région (moyenne de 2003 à 2006)

Figure 11 – Carte des taux de suicides



Notes. Taux de suicides par 100 000 h.par codes postaux (3 positions), moyenne de 2001 à 2004

Il est possible d'établir la concordance de ces codes postaux et des territoires de CSSS avec la carte des Codes postaux (trois positions) sur le site du CMIS dans la section Atlas :
(http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/atlas/cartes_pdf/decoupages/codepost_csss.pdf)

2.0 QUADRANT DE L'EFFICIENCE

L'efficacité est le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées pour les atteindre. Dans la gestion axée sur les résultats, on dira plutôt que l'efficacité est le rapport entre les biens produits ou les services livrés et les ressources utilisées; par exemple, la gestion efficace des ressources humaines, administratives et financières pour produire des services.

Même si le *PASM* indique que « L'objectif général poursuivi par le présent plan d'action est de doter le Québec d'un système efficace de santé mentale... (p.12) », il ne prévoit pas spécifiquement d'action relative à l'efficacité. C'est plutôt indirectement par ses diverses actions que cet objectif serait atteint : « Le plan d'action vise une organisation des ressources disponibles de nature à entraîner un rendement optimal (p. 12). », « le Plan d'action prend en considération les mesures dont l'efficacité a été démontrée (p. 14) » et « des changements importants devront avoir lieu pour que soient mobilisées différemment les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assurer une couverture de base des besoins dans le domaine de la santé mentale sur le plan local (p. 86). »

S'il ne détermine pas d'action spécifique pour l'efficacité, le *PASM* fixe, dans ses annexes, des taux de ressources et de services à rendre disponibles pour la population.

De plus, le TBS-SM postule une amélioration de l'efficacité par l'amélioration des qualités des services tels que l'accessibilité, la continuité, les meilleures pratiques, etc.

Lors de la planification régionale en santé mentale, deux problématiques ressortaient de l'analyse des ressources :

- ♦ Les ressources sont surtout concentrées dans les centres hospitaliers alors qu'il y en a très peu en CSSS.
- ♦ L'équité n'est pas atteinte entre CSSS notamment chez la clientèle des jeunes.

Conséquemment, la planification régionale prévoit des transferts majeurs de ressources des CHSGS et CHSP vers les CSSS afin d'atteindre les normes du MSSS pour la disponibilité des services en première ligne pour les enfants et les jeunes ainsi que pour les adultes avec troubles mentaux.

Ainsi, compte tenu de l'importance stratégique régionale, un indicateur porte sur la mise en place des ressources pour les équipes de première ligne santé mentale pour les jeunes et les adultes dans les CSSS :

- ♦ Taux d'équivalents temps complet versus la prévision en première ligne SM (jeunes et adultes) par RLS.

Cet indicateur est présenté dans les pages suivantes.

Trois autres indicateurs sont envisagés et pourraient être développés pour compléter ce quadrant de performance : la rétention des ressources humaines et les coûts de production. Enfin, un indicateur portera sur la disponibilité de la gamme des services par territoire de CSSS/RLS.

2.1 Taux d'intervenants ETC versus la prévision en première ligne

Pertinence de l'indicateur

Le *PASM* prévoit la mise en place d'une gamme de services dans chaque territoire de CSSS; il met notamment l'accent sur le développement des services de première ligne dans les CSSS. Une équipe de première ligne santé mentale est prévue pour les adultes et une autre pour les jeunes. Dans la région de Montréal, la phase I de la planification régionale prévoit un transfert de ressources de près de 45 M\$ des départements de psychiatrie vers les CSSS pour développer ces équipes (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal & Trépanier, 2006).

Ultimement, c'est la gamme des services dans chacun des territoires de CSSS qui est visée par le *PASM*; mais, les équipes de première ligne sont un élément stratégique du *PASM* et un enjeu montréalais primordial. L'implantation de ces équipes incombe au CSSS. Il doit aussi mettre en place d'autres éléments : guichet d'accès, pédopsychiatres et psychiatres-répondants, mécanisme d'accès aux services de deuxième ligne, etc., mais les équipes de première ligne en santé mentale constituent le cœur de ces services.

En santé mentale, dans une perspective de disponibilité des ressources et d'équité, divers indicateurs figurent dans plusieurs tableaux d'indicateurs internationaux; par ex., le taux de dépense par citoyen, le taux de dépense en santé mentale versus celles de la santé physique et l'équilibre financier (Commission for Health Improvement, 2003; Conference Board of Canada, 2006; European Commission, 2001; Statistique Canada & Institut canadien d'information sur la santé, 2005).

L'indicateur retenu par le comité d'experts rend compte de la mise en place des équivalents temps complets (ETC) dans ces équipes de première ligne de santé mentale dans les CSSS. Il fait le ratio sur les ETC prévus par le service de planification stratégique régionale de l'Agence en 2006.

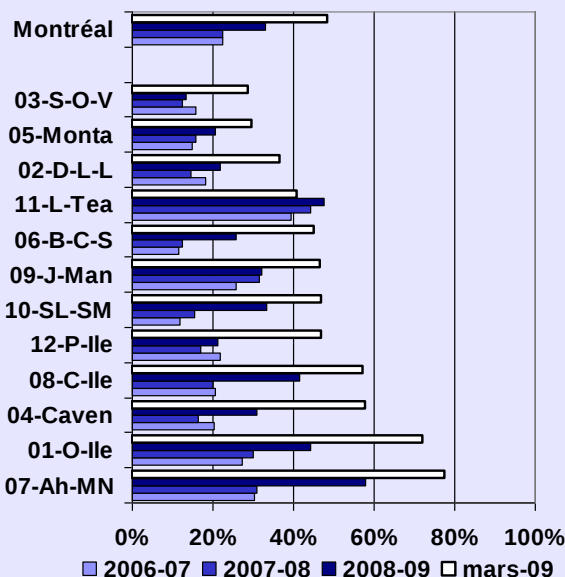
Définition technique

Quadrant	Efficienne
Pertinence	La mise en place des équipes de première ligne santé mentale (CSSS/CLSC) est un élément stratégique du <i>PASM</i> et un enjeu montréalais. Les cibles ETC visent à assurer la disponibilité appropriée et équitable de ces services entre les CSSS de la région. Ces ressources sont essentielles pour de nombreux éléments du <i>PASM</i> .
Définition	Taux d'ETC pour les équipes de santé mentale de 1 ^{re} ligne en CSSS pour les jeunes et celles pour les adultes versus les ETC prévus par la planification régionale.
Cible	100 % de la planification régionale
Mise en garde	La disponibilité des ressources documentée par cet indicateur influe sur les résultats d'autres indicateurs de ce tableau de bord.
Calcul	Méthode 1 pour le numérateur : ETC est déduit des heures travaillées durant l'année au AS-471 pour les centres d'activité : 5938 (HT) et 5939 (NR) – Services ambulatoires de santé mentale en première ligne. ETC = heures travaillées / 1 527 Méthode 2 pour le numérateur : Estimé des ETC disponibles au 31 mars 2009 transmis par les CSSS. Dénominateur : ETC prévus par la planification régionale en 2006.
Mesure	%
Source	AS-471 et information des CSSS.
Notes	Les centres d'activité 5938 et 5939 ne distinguent pas entre services pour les adultes et pour les jeunes. Les cibles furent déterminées par le service de planification stratégique de l'Agence et adoptées par le conseil d'administration (juin 2006). La base de données OASIS du MSSS permet de distinguer les ETC pour adultes de ceux des jeunes; cependant, la base est disponible plus tard.

Résultats de l'indicateur

Les moyennes régionales annuelles pour 2006-07 à 2008-09 sont de 22 %, 23 % et 33 % (voir définition technique, méthode 1) alors qu'en mars 2009, le taux atteint 48 % (méthode 2 de la définition technique). En 2008-09, les données de l'AS-471 montrent un taux variant entre CSSS de 13 % à 58 %; les données rapportées par les CSSS en mars 2009 vont de 29 % à 78 %⁴.

Figure 12 – Taux d'ETC versus la cible [indicateur]



Notes. Taux d'ETC versus la cible pour les CSSS et la région pour les années 2006-07 à 2008-09 et en mars 2009. Les territoires sont ordonnés selon le taux croissant de mars 2009. Les résultats de la Clinique communautaire Pointe-St-Charles ne sont pas inclus dans ceux de 03-S-O-V.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

La disponibilité des ressources est prévue pour la fin du PASM. Des équipes sont prévues pour les adultes et d'autres équipes pour les jeunes.

Au global, en mars 2009, c'est 282 ETC sur les 582 ciblés qui sont en place, soit 48 % de la cible régionale (Tab 7). Le taux varie par CSSS de 29 % à 78 %.

Pour les adultes, c'est 235 sur les 454 ETC prévus qui sont en place, soit 52 % de la cible. Les résultats varient entre 30 % et 90 % (Fig. 13).

Pour les jeunes, il y a 47 ETC sur les 128 prévus, soit 37 % de la cible avec une variation entre 12 % et 87 % (Fig. 13).

Discussion

Rappelons que cet élément est un des enjeux montréalais fondamentaux; la disponibilité de ces services aura un impact majeur sur l'ensemble du système.

Pour cet indicateur, il y a des cibles disponibles; ce sont les cibles adoptées par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2006.

Or, à une année de la fin du PASM, les ressources ETC de 1^{re} ligne atteignent la moitié de la cible; de plus, pour les services aux jeunes le taux est inférieur à celui pour les adultes. Au total, c'est 300 ETC qu'il reste à rendre disponible dans les CSSS.

⁴ La différence des résultats entre l'année 2008-09 (tiré de l'AS-471) et l'estimé de mars 2009 (fourni par les CSSS) s'explique principalement par le fait que l'AS-471 cumule les heures sur toute l'année versus l'estimé des CSSS à la fin de l'année. Notons que l'AS-471 constitue les résultats officiels tels qu'inscrits dans les bases de données nationales.

Résultats complémentaires

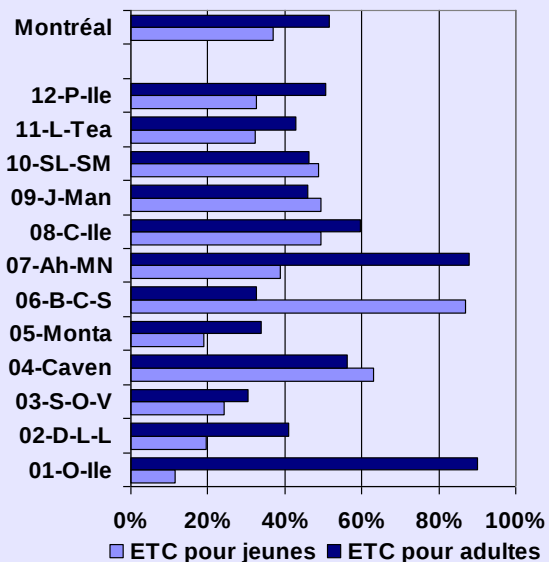
2.1 ETC versus la prévision en 1^e ligne

Tableau 7 – Cibles régionales ETC [dénominateur]

CSSS/RLS	Adultes	Jeunes	Total
01-O-Ile	35,0	10,4	45,4
02-D-L-L	36,3	9,2	45,5
03-S-O-V	40,0	12,4	52,4
04-Caven	30,0	9,5	39,5
05-Monta	44,5	15,9	60,4
06-B-C-S	28,6	8,5	37,1
07-Ah-MN	48,6	12,9	61,5
08-C-Ile	27,2	8,1	35,3
09-J-Man	31,8	7,7	39,5
10-SL-SM	30,0	8,8	38,8
11-L-Tea	53,1	12,4	65,5
12-P-Ile	49,0	12,3	61,3
Montréal	454,1	128,1	582,2

Notes. Les cibles régionales en ETC des équipes de 1^{re} ligne SM dans les CSSS pour 2010

Figure 13 – Taux d'ETC jeunes et adultes



Notes. Taux d'ETC des équipes pour les jeunes et pour les adultes versus les cibles tel que rapporté par les CSSS pour mars 2009

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

3.0 QUADRANT DE L'ADAPTATION

L'adaptation pour une organisation consiste à modifier une conduite, une situation ou des règles en fonction de l'évolution du milieu, de conditions nouvelles ou d'une situation particulière (Office québécois de la langue française, 2002). L'examen des actions préconisées dans le *PASM* relatives à l'adaptation porte sur un seul aspect : l'accessibilité. C'est sur cet aspect d'ailleurs que se situe la grande majorité des actions du *PASM*; les indicateurs devraient donc refléter cette situation.

Le Comité d'experts retient six indicateurs, dont deux sont actuellement documentés. L'approche du choix des indicateurs est de couvrir l'accessibilité pour diverses populations.

Pour l'accessibilité des personnes avec des troubles mentaux, deux troubles ont été identifiés comme troubles témoins : la dépression et la schizophrénie.

La dépression majeure est généralement reconnue comme pouvant être suivie en première ligne par un personnel qualifié (Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), 1997; American Psychiatric Association, Karasu, Gelenberg, Merriam, & Wang, 2000; Aubé, Beaucage, & Duhoux, 2007; British Columbia Medical Association, 2004), parfois avec consultation ou prise en charge en deuxième ligne. C'est une des affections les plus fréquentes en santé mentale (Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), 1997).

La schizophrénie est parmi les troubles les plus graves, plus généralement suivie en deuxième ligne, au moins lors des premières années de la maladie (American Psychiatric Association, et al., 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009b; Société canadienne de schizophrénie, 2003).

Ainsi, les deux indicateurs retenus sont :

- ♦ Le taux d'accès versus la prévalence de la dépression
- ♦ Le taux de première visite des schizophrènes ou psychotiques chez le psychiatre avant l'âge de 25 ans

Trois autres indicateurs porteront sur l'accessibilité : Le guichet d'accès, les organismes communautaires et l'accès pour les plus jeunes.

Enfin, un dernier indicateur devrait porter sur la satisfaction des usagers et des proches; une enquête de satisfaction pourra être réalisée comme celles qui ont déjà été effectuées récemment pour la clientèle PALV et les services posthospitaliers (Jolicoeur et Associés, 2007; SCOR Recherche – Marketing, 2009).

Par ailleurs, le TBS-SM ne vise pas à mesurer l'accès à tous les services de la gamme ni pour toutes les clientèles; le système OASIS du MSSS couvre largement cet aspect.

3.1 Taux d'accès versus la prévalence de la dépression majeure

Pertinence de l'indicateur

Le préalable du suivi des troubles mentaux est de rencontrer et d'identifier la population en besoin.

La dépression majeure est un des troubles mentaux les plus répandus (Kessler, et al., 2003); elle a des conséquences cliniques, sociales et économiques majeures (Berto, D'Ilario, Ruffo, Di Virgilio, & Rizzo, 2000; Hirschfeld, et al., 2000).

Ce trouble peut être suivi en première ligne par l'omnipraticien avec, lorsque requis, la collaboration de psychothérapeutes et de psychiatres. Il se traite efficacement à l'aide d'antidépresseurs et de psychothérapies (National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Par ailleurs, la dépression est sous diagnostiquée et sous traitée.

Ainsi, le groupe témoin des personnes avec trouble de dépression majeure vues dans le système peut refléter l'accessibilité des troubles mentaux de première ligne dans le système public.

Le dépistage des troubles mentaux devrait être une activité majeure des services médicaux et psychosociaux de 1^{re} ligne.

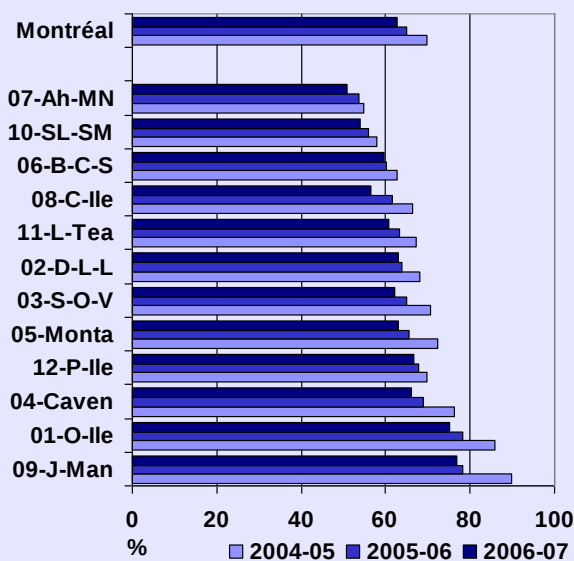
Définition technique

Quadrant	Adaptation
Pertinence	L'indicateur permet une estimation de l'accessibilité des troubles mentaux de première ligne dans le système public, tel qu'observé dans le groupe témoin des personnes avec dépression majeure.
Définition	Taux des personnes ayant été vues par un omnipraticien, un psychiatre, en CSSS/CLSC ou hospitalisées pour un diagnostic de dépression majeure versus la prévalence estimée de la dépression selon l'ESCC.
Cible	Augmenter le taux
Mise en garde	Il ne s'agit pas d'un indicateur de qualité du suivi, mais du taux de personnes vues au moins une fois dans le système public. Une partie des personnes dépressives peuvent être suivies en privé et ne sont pas comptabilisées dans les bases de données publiques.
Calcul	Numérateur : Nombre de Montréalais (12 ans et plus) vus dans le système public pour dépression majeure ¹ . Dénominateur : Nombre estimé de Montréalais (12 ans et plus) souffrant de ce trouble selon l'ESCC ² .
Mesure	%
Source	Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux, MED-ECHO, I-CLSC), ASSS de Montréal / StatCan : ESCC 2005 / ISQ, projections de population à partir du recensement de StatCan 2001
Notes	¹ Les diagnostics de dépression majeure sont ceux du CIM-9 : 296,2, 296,3, 296,9, 300,4 et 311.9 ² La prévalence estimée pour les Montréalais selon l'ESCC (2005) est de 5,9 %; ce taux est pondéré par CSSS/RLS selon un indice de besoins (Côté, 2005; Roberge, 2005)

Résultats de l'indicateur

Sur les trois ans, le taux de personnes vues avec un trouble de dépression majeure versus la prévalence estimée est de 66 %. Cependant, ce taux baisse durant ces années (69,7 %, 65,0 % et 62,6 %). De plus, il voit une grande variation entre les territoires (53 % à 82 %; moyenne par CSSS sur trois ans).

Figure 14 – Taux de dépressifs vus versus prévalence [indicateur]



Notes. Taux de personnes vues avec un trouble de dépression majeure versus la prévalence estimée par CSSS/RLS et la région, années 2004-05 à 2006-07. Les territoires sont présentés en ordre croissant de la moyenne des trois ans

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle; **03-S-O-V** : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish; **05-Monta** : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance; **10-SL-SM** : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

C'est en moyenne 63 886 Montréalais par année, lors de ces trois ans, qui furent vus dans le système sanitaire public avec une dépression majeure. L'estimé des Montréalais présentant un tel trouble est de 97 173 personnes ^(Tab.8); ainsi, c'est 65,7 % de ces personnes qui sont vues au moins une fois par le système public.

Il y a une diminution annuelle du taux d'utilisateurs avec un diagnostic de dépression majeure vus dans le système public versus la prévalence estimée, de 69,7 % à 62,6 %. Cette diminution peut provenir d'une part de l'augmentation légère de la population montréalaise de 12 ans et plus (projetée par l'ISQ à partir des données du recensement de Statistique Canada 2001), mais aussi par une légère diminution du nombre absolu d'utilisateurs avec un diagnostic de dépression majeure vus dans le système public au cours de ces années.

En moyenne par année, les personnes vues le sont principalement par les omnipraticiens (plus de 45 000 utilisateurs vus, soit 63 % des utilisateurs), puis par les psychiatres (plus de 18 000, 25 %), au CSSS/CLSC (près de 7 000, 10 %) et en hospitalisation (près de 950, 1 %; ^{Fig. 15}).

En termes d'âge et de sexe, sur les trois ans, 66 % des personnes vues avec dépression majeure sont des femmes; le groupe d'âges des 12-24 ans comprend 8 % des personnes, les 25-44 ans en représentent 37 %, les 45-64 ans ont 38 % et les 65 ans et plus regroupent 17 % de ces personnes ^(Fig. 16 à 18).

Discussion

Le taux des utilisateurs vus versus la prévalence constitue un assez bon résultat. Il faudra cependant observer si la tendance à la diminution se renverse, tel que le demande la cible fixée (c.-à-d. augmenter).

Ce sont principalement les omnipraticiens qui voient cette clientèle. D'ailleurs, des études montrent que 20 % de la clientèle vue par ces professionnels le sont pour raison de santé mentale au Québec (Ouadahi, Lesage, Rodrigue, & Fleury, 2009).

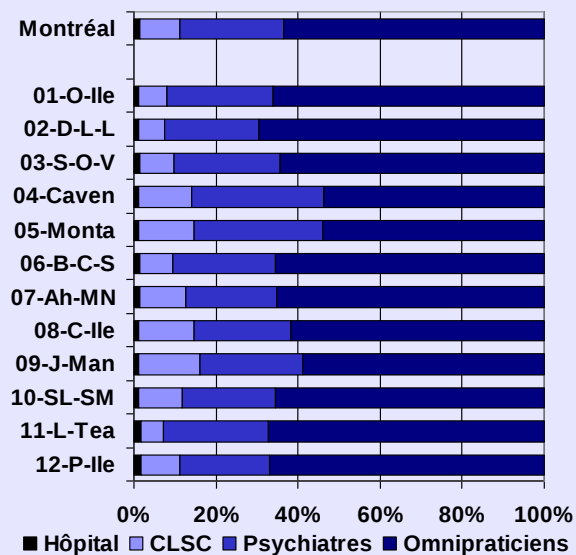
Dans les prochaines années, avec les transformations découlant du PASM, on devrait observer une augmentation importante des utilisateurs vus dans les équipes de première ligne des CSSS/CLSC.

Il faudra également voir quel est le suivi fait pour ces utilisateurs; deux autres indicateurs répondent à cette question : « Continuité du suivi de la dépression chez l'omnipraticien » et « Continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC ».

Tableau 8 – Prévalence estimée des Montréalais avec dépression majeure [dénominateur]

	2004-05	2005-06	2006-07
01-O-Ile	7 433	7 479	7 534
02-D-L-L	7 723	7 771	7 828
03-S-O-V	8 495	8 548	8 611
04-Caven	6 371	6 411	6 458
05-Monta	9 461	9 519	9 589
06-B-C-S	6 082	6 119	6 165
07-Ah-MN	10 329	10 393	10 470
08-C-Ile	5 792	5 828	5 871
09-J-Man	6 758	6 799	6 849
10-SL-SM	6 371	6 411	6 458
11-L-Tea	11 295	11 365	11 448
12-P-Ile	10 426	10 490	10 568
Montréal	96 536	97 133	97 850

Notes. Prévalence estimée du nombre de personnes avec un trouble de dépression majeure par CSSS/RLS et par année

Figure 15 – Taux vus selon le lieu de service et le CSSS/RLS

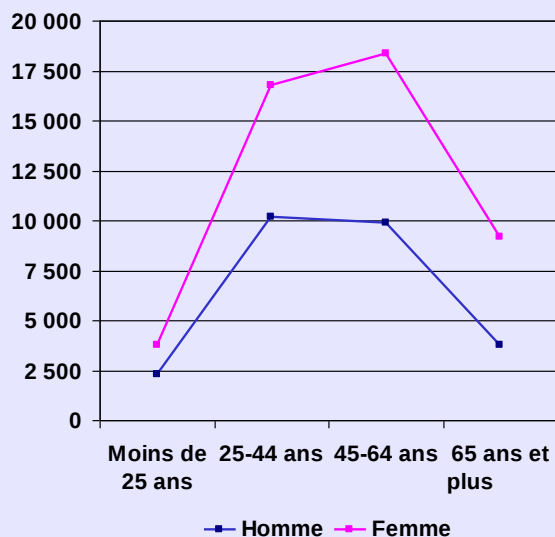
Notes. Taux de Montréalais (12 ans et plus) avec un diagnostic de dépression majeure vus selon le lieu de service et le territoire (moyenne de 2004-05 à 2006-07). Les nombres pour les lieux de services (hospitalisation, CSSS/CLSC, vus par psychiatres ou par omnipraticiens) ne sont pas mutuellement exclusifs; une personne peut avoir reçu des services dans plusieurs de ces lieux. Ce sont les usagers Montréalais vus dans le système public.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

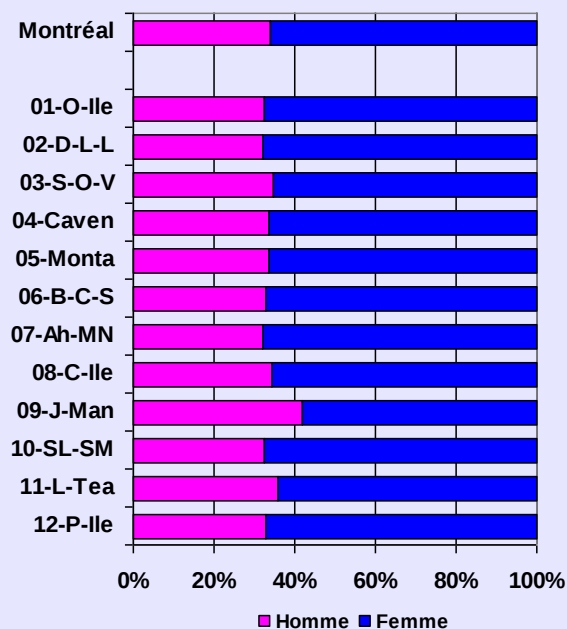
3.1 Taux d'accès versus la prévalence de la dépression majeure

Figure 16 – Groupes d'âge et sexe



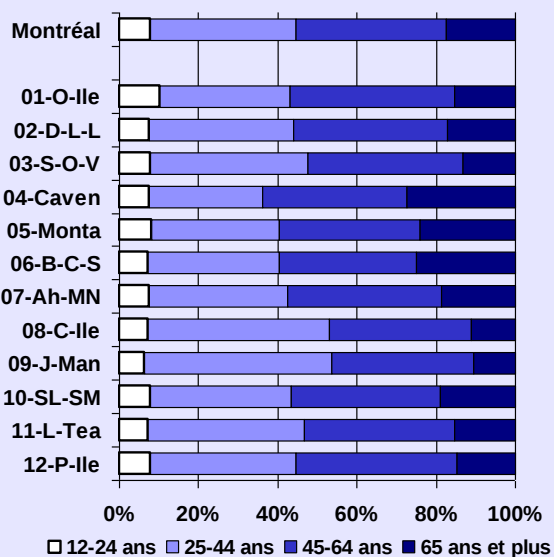
Notes. Sexe et groupe d'âge des usagers vus dans la région (moyenne de 2004-05 à 2006-07)

Figure 17 – Proportion par sexe et CSSS/RLS



Notes. Proportion des femmes et hommes par CSSS/RLS et la région (moyenne de 2004-05 à 2006-07)

Figure 18 – Proportion par groupes d'âge et CSSS/RLS



Notes. Proportion des groupes d'âge par CSSS/RLS et la région, moyenne de 2004-05 à 2006-07

3.2 Taux de premières visites des schizophrènes ou psychotiques chez un psychiatre avant l'âge de 25 ans

Pertinence de l'indicateur

Les publications scientifiques montrent que l'apparition de la schizophrénie pour les trois quarts des personnes se situe entre 15 et 25 ans. Ces études indiquent qu'une intervention précoce chez les schizophrènes, parfois dans la phase prodromale, diminue la détérioration du fonctionnement de la personne et de son réseau social, le risque de chronicisation et de décès, améliore le pronostic et la rapidité du rétablissement, etc. (American Psychiatric Association et al., 2004, p.110; Canadian Psychiatric Association, 2005). Les pertes du fonctionnement social, académique et occupationnel débutent durant la phase prodromale de la maladie, avant la survenue claire des caractéristiques psychotiques.

De plus, la maladie apparaît de trois à quatre ans plus tôt chez les hommes que chez les femmes (American Psychiatric Association et al., 2004, p. 65); de plus, il y a une deuxième période d'apparition chez elles vers le début de la ménopause (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005).

Par ailleurs, les publications notent qu'il peut y avoir un délai d'un à deux ans entre le premier diagnostic et les premiers traitements adéquats. Compte tenu des impacts, il est donc essentiel de détecter puis traiter le plus précocement possible ces personnes.

Les interventions initiales doivent être les plus précoces possible, intensives et durer au moins trois à cinq ans (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005).

Rappelons que la schizophrénie est le trouble témoin retenu par le comité d'experts pour rendre compte des services de deuxième ligne.

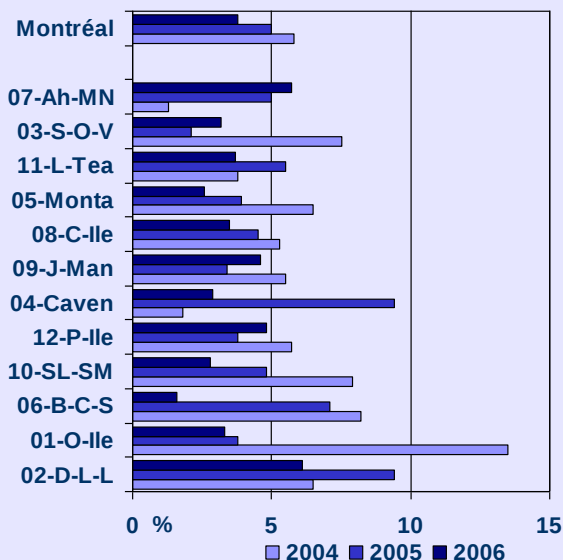
Définition technique

Quadrant	Adaptation
Pertinence	Une intervention précoce chez les schizophrènes, parfois dans la phase prodromale, diminue la détérioration de son fonctionnement et de son réseau social, le risque de chronicisation et de décès, améliore le pronostic et la rapidité du rétablissement, etc. Il faut donc viser un suivi le plus précoce possible.
Définition	Taux de première visite avant l'âge de 25 ans chez un psychiatre pour schizophrénie ou autres psychoses ¹
Cible	Augmenter le taux
Mise en garde	Les publications indiquent qu'il peut y avoir un délai d'un à deux ans entre le diagnostic initial et le suivi régulier.
Calcul	Numérateur : nombre de personnes avec un nouveau ¹ diagnostic de schizophrénie ou d'autres psychoses ² vues par un psychiatre avant 25 ans. Dénominateur : nombre de personnes avec un nouveau diagnostic de schizophrénie ou d'autres psychoses vues par un psychiatre ^{3 et 4}.
Mesure	%
Source	Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux, MED-ECHO, I-CLSC), ASSS de Montréal
Notes	¹ Un nouveau diagnostic est l'absence d'un tel diagnostic posé par un psychiatre dans les bases de données durant les deux années précédant une visite où ce diagnostic apparaît. ² Les diagnostics sont : psychoses schizophréniques (CIM-9 295.0 à 295.9); paranoïa et états délirants (297.0 à 297.9); autres psychoses non organiques (298.0 à 298.9). ³ L'année de référence est celle où ce diagnostic est posé par un psychiatre. ⁴ Tous lieux de visites inclus.

Résultats de l'indicateur

De 2004-05 à 2006-07, le taux moyen régional de première visite chez le psychiatre avant l'âge de 25 ans est à la baisse (de 5,8 % à 3,8 %), pour une moyenne annuelle de 4,9 %. Au cours de ces trois années, la valeur la plus favorable dans un territoire de CSSS est 13,5 % et la moins favorable est 1,3 %. Il y a une variation importante d'une année à l'autre pour un même CSSS.

Figure 19 – Nouveaux schizophrènes vus par un psychiatre avant l'âge de 25 ans [indicateur]



Notes. Taux d'utilisateurs ayant leur première visite chez le psychiatre avant l'âge de 25 ans pour un nouveau diagnostic de schizophrénie ou autre psychose pour les années 2004-05 à 2006-07. Les territoires sont ordonnés selon le taux moyen croissant.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

Sur les trois ans, c'est en moyenne 1 042 usagers avec un nouveau diagnostic de schizophrénie et autres psychoses qui est posé par les psychiatres chez les Montréalais. Par CSSS, c'est en moyenne 87 nouveaux usagers diagnostiqués par année avec une variation de 38 à 165 (Tab. 9).

Dans la région, parmi ces nouveaux diagnostics seulement 49 par année sont vus avant 25 ans.

Sur le plan des catégories diagnostiques, la grande majorité (77 % des usagers) a une psychose schizophrénique, 7 % ont une paranoïa ou un état délirant et 16 % sont vus pour d'autres psychoses non organiques. Chez les 25 ans et moins, ces taux sont de 63 %, 4 % et 33 % respectivement. Entre CSSS/RLS, il y a une variation modérée de ces taux (Fig. 20).

Parmi les usagers de tout âge avec un nouveau diagnostic, les femmes constituent 49 %.

Par groupe d'âge, les moins de 25 ans représentent 4,7 % des usagers, les 25-44 ans sont 36,9 %, les 45-64 ans 41,6 % et les 65 ans et plus sont 16,8 %. L'âge le plus prévalent du premier diagnostic est chez les 25-44 ans pour les hommes, mais il est dans le groupe des 45-64 ans chez les femmes (Fig. 21).

Dans les trois mois avant le diagnostic chez le psychiatre, les usagers avaient eu une visite ou plus chez l'omnipraticien dans près de 50 % des cas. Par groupe d'âge, avant le diagnostic du psychiatre, aucun usager de moins de 25 ans n'a fréquenté le CSSS/CLSC, moins d'un pour cent des 24-44 et des 45-64 ans l'avait fait et le taux atteint 17 % chez les 65 ans et plus (Fig. 22).

Discussion

Le taux d'utilisateurs vus avant l'âge de 25 ans est passablement bas versus l'incidence du trouble avant cet âge. Ce phénomène reflète probablement une insuffisance des programmes de détection et de collaboration dans le réseau et de collaboration intersectorielle. De tels programmes existent au Québec, dont Montréal ("AQPPPEP - Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques,") ainsi qu'ailleurs dans le monde (Korn, 2001; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010).

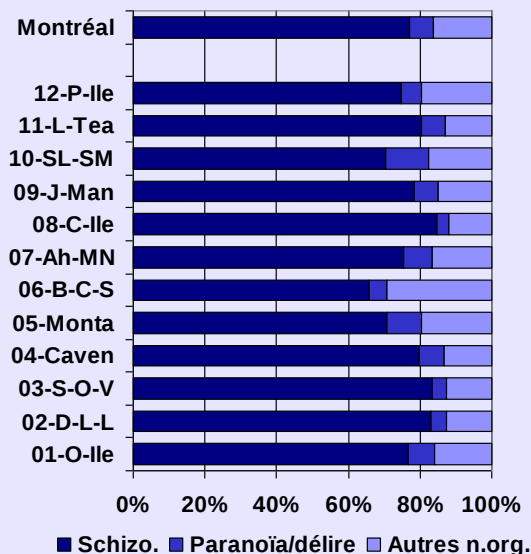
Notons que la moitié des usagers avaient vu un omnipraticien pour des troubles mentaux dans les trois mois avant la visite au psychiatre. Très peu avaient consulté au CSSS/CLSC pour troubles mentaux avant la visite au psychiatre et aucun avant l'âge de 25 ans. Il y a donc un problème de dépistage par les partenaires.

Tableau 9 – Nombre de nouveaux schizophrènes ou autres psychoses vus par un psychiatre [dénominateur]

CSSS/RLS	2004-05	2005-06	2006-07	Tot
01-O-Ile	52	52	60	164
02-D-L-L	46	64	66	176
03-S-O-V	80	95	94	269
04-Caven	56	64	69	189
05-Monta	93	127	155	375
06-B-C-S	49	70	62	181
07-Ah-MN	75	101	106	282
08-C-Ile	57	67	86	210
09-J-Man	109	116	153	378
10-SL-SM	38	62	72	172
11-L-Tea	106	165	161	432
12-P-Ile	88	105	105	298
Montréal	849	1088	1189	3126

Notes. Nombre de Montréalais de tous âges qui ont reçu d'un psychiatre un nouveau diagnostic de schizophrénie ou autres psychoses, selon le territoire de CSSS de résidence de l'utilisateur, de 2004-2005 à 2006-2007.

Figure 20 – Catégories diagnostiques



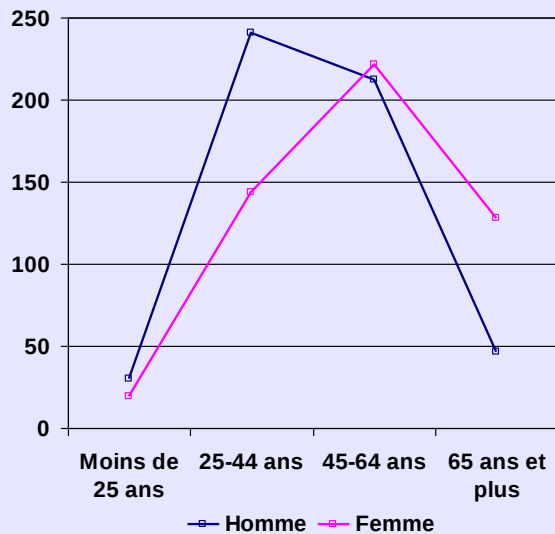
Notes. Taux d'utilisateurs par catégories diagnostiques pour l'ensemble des utilisateurs de tout âge avec un nouveau diagnostic. Moyenne des trois ans

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

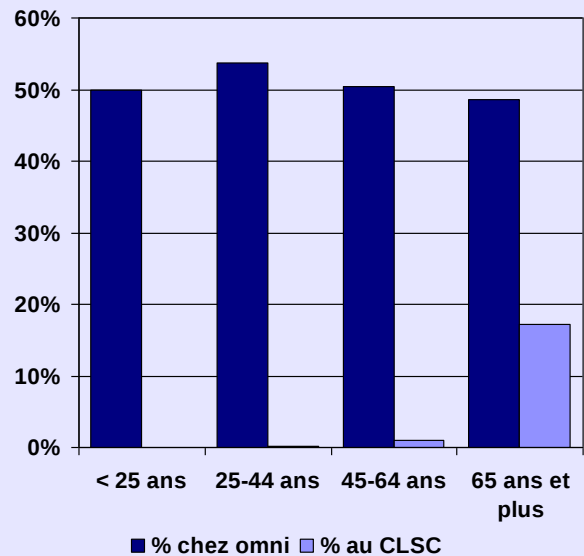
3.2 Première visite des schizophrènes ou psychotiques chez un psychiatre avant l'âge de 25 ans

Figure 21 – Nombre de nouveaux schizophrènes ou autres psychoses par groupes d'âge et de sexe



Notes. Moyenne des Montréalais, sur trois ans, avec un nouveau diagnostic de schizophrénie ou autres psychoses par groupes d'âge et de sexe

Figure 22 – Visites chez l'omnipraticien ou au CSSS/CLSC



Notes. Taux des nouveaux schizophrènes ou autres psychoses vus par le psychiatre et qui ont eu aussi au moins une visite chez l'omnipraticien ou au CSSS/CLSC pour des problèmes de santé mentale dans les 3 mois avant le diagnostic du psychiatre

4.0 QUADRANT DE LA QUALITÉ

La qualité est constituée des attributs du processus favorisant les meilleurs résultats possibles tels que définis par rapport aux connaissances, technologies, attentes et normes sociales. C'est la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus (Champagne et al. 2005).

Un total de cinq indicateurs est retenu dans la sélection finale du comité d'experts. Quatre ont principalement trait à la continuité, une des qualités fondamentales préconisées par le *PASM*, et une dernière porte sur les soins de collaboration.

- Continuité du suivi de la dépression chez l'omnipraticien
- Continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC
- Continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre
- Taux de réhospitalisation en psychiatrie
- Soins de collaboration

Tous ces indicateurs de ce quadrant de performance sont documentés.

4.1 Taux de continuité du suivi de la dépression par l'omnipraticien

Pertinence de l'indicateur

La littérature scientifique montre que l'absence de traitement, un traitement trop bref ou l'ajustement insuffisant de la médication s'avèrent des facteurs défavorables à la rémission de la dépression. Ces éléments peuvent entraîner des rechutes, une chronicisation du trouble, un risque accru de mortalité (Gelenberg & Hopkins, 2007). Le respect des meilleures pratiques favorise la guérison; l'une de ces pratiques est la nécessité d'une continuité optimum du suivi médical par l'omnipraticien (National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; Solberg, et al., 2006).

Le PASM préconise la continuité des services à de nombreuses reprises : par ex. « ...le projet clinique doit toucher tous les groupes concernés et viser trois objectifs : l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. »^(p.64).

Les guides de meilleures pratiques recommandent pour le traitement de la dépression majeure modérée ou sévère un suivi par l'omnipraticien et une médication (par ex., Bettinger, Crismon, Trivedi, Brannemann, & Shon, 2004; National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Reid, Haggerty et McKendry (2002) présentent une synthèse des concepts et des indicateurs sur la continuité : continuité relationnelle, informationnelle et d'approche; ils notent néanmoins qu'il n'y a pas de mesure valide reconnue. Compte tenu de l'accent de l'Agence sur l'exploitation des bases de données disponibles, la continuité chronologique demeure l'approche à privilégier.

Selon les guides des meilleures pratiques, le traitement de la dépression nécessite une continuité de suivi durant un minimum d'un an, composé de différentes phases, chacune ayant une durée minimale, une fréquence de visites requises et des objectifs spécifiques (American Psychiatric Association, et al., 2005; National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Nous retenons, aux fins d'apprécier la continuité, une formule minimale de la continuité.

Rappelons que la dépression représente le trouble mental témoin des services de 1^{re} ligne.

Définition technique

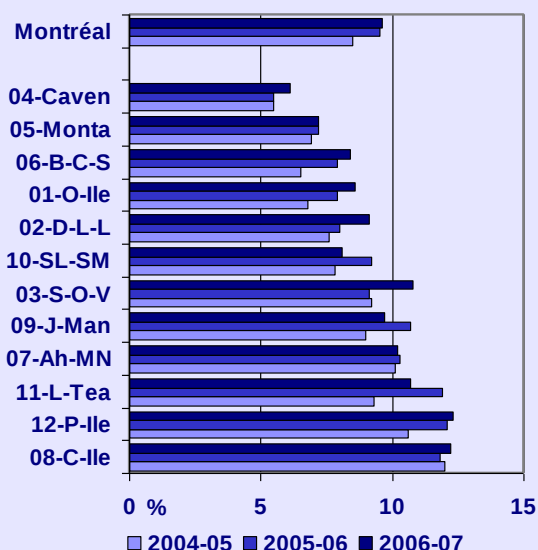
Quadrant	Qualité
Pertinence	La continuité du suivi est un enjeu important dans le PASM et dans la Loi.
Définition	Taux de Montréalais ayant un nouveau diagnostic de dépression, vus par un ou des omnipraticiens au moins une fois par mois, 4 mois sur 6 durant les 6 premiers mois qui suivent le diagnostic initial.
Cible	Augmentation du taux.
Mise en garde	Cette fréquence de visite est une simplification des guides de pratique aux fins de faciliter la comptabilisation à partir des bases de données; le clinicien se référera aux guides pour sa pratique. C'est une mesure de la continuité chez l'omnipraticien seulement.
Calcul	Numérateur : Nombre d'usagers avec nouveau ¹ diagnostic de dépression ² , vus par un ou des omnipraticiens, au moins une fois par mois, 4 mois sur 6 durant les 6 premiers mois ^{3, 4 et 5} . Dénominateur : Nombre d'usagers ayant ce nouveau diagnostic, vus par un omnipraticien au moins une fois durant l'année.
Mesure	%
Source	Banque données jumelées (RAMQ-Actes médicaux), ASSS de Montréal
Notes	¹ Un nouveau diagnostic de dépression est l'absence d'un tel diagnostic dans les bases de données pour la personne 365 jours auparavant. ² Diagnostics de dépression retenus : CIM-9 : 296.2, 296.3, 296.9, 300.4, 309.0 et 311.9. ³ Un des diagnostics de dépression doit apparaître au moins à deux des visites, dont la première. Les autres visites comprennent un acte de santé mentale (acte RAMQ 360-394). ⁴ Les lieux inclus sont les cabinets privés, CSSS/CLSC et GMF. ⁵ L'année à laquelle est attribuée la séquence des visites est celle où la dernière visite des 6 mois est effectuée.

Résultats de l'indicateur

Ces données montrent au plan régional qu'en moyenne, au cours des trois années à l'étude, la continuité du suivi des nouveaux dépressifs par les omnipraticiens est observée pour 9,2 % des usagers.

Durant ces trois ans, la moyenne la plus favorable par CSSS/RLS est de 12,3 % alors que la moins favorable est de 5,5 %. Il y a peu de variation annuelle, mais on observe une légère tendance régionale à la hausse.

Figure 23 – Taux des nouveaux dépressifs ayant une continuité chez l'omnipraticien [indicateur]



Notes. Taux d'usagers dépressifs ayant bénéficiés d'une continuité avec un ou des omnipraticiens lors des années 2004-2005 à 2006-2007. Les résultats sont présentés en ordre croissant de la moyenne des trois ans

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

Sur les trois ans, c'est en moyenne 17 372 Montréalais qui reçoivent un nouveau diagnostic de dépression chez l'omnipraticien. Il y a une variation assez importante entre les CSSS/RLS; mais pour chacun d'eux les nombres sont assez stables d'une année à l'autre (Tab. 10).

Parmi les usagers avec un nouveau diagnostic de dépression, ceux qui ont bénéficié de continuité chez l'omnipraticien sont à 70 % des femmes, notamment dans les groupes d'âges des 25-44 ans et 45-64 ans.

Parmi les usagers ayant bénéficié de continuité chez l'omnipraticien, une moyenne de 11 % (sur les trois ans) avait vu un psychiatre dans les 12 mois précédant le diagnostic de l'omnipraticien; de plus, 24 % de ces usagers ont vu un psychiatre dans les six mois subséquents à ce diagnostic. (Fig. 25).

Chez ceux qui ont eu de la continuité, le nombre moyen de visites est de 6,3. Il y a peu de différences entre les CSSS/RLS ou entre les années (Fig. 26).

Discussion

En général, c'est moins de 10 % de la continuité attendue qui est observée. Il faut dire cependant qu'avant le PASM et les réformes récentes, il y avait peu d'accent sur l'implication des omnipraticiens en santé mentale ni de lien préconisé de ceux-ci avec la première ligne de santé mentale en CSSS/CLSC.

De plus, après avoir eu un nouveau diagnostic de dépression chez l'omnipraticien, un usager sur quatre fut vu par le psychiatre dans les six mois.

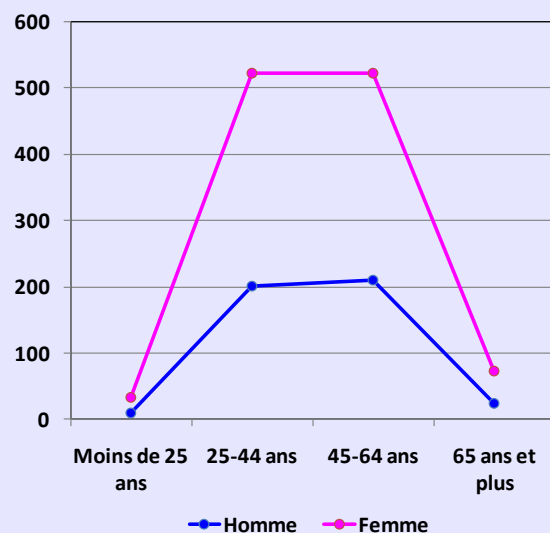
S'il ne semble pas y avoir de cible précise quant à la continuité, les guides de meilleures pratiques sont clairs sur les actes à tenir auprès des usagers et la fréquence des visites. Des gains majeurs devraient donc être attendus à cet égard.

Tableau 10 – Nombre d'utilisateurs avec un nouveau diagnostic de dépression chez l'omnipraticien [dénominateur]

CSSS	2004-05	2005-06	2006-07
01-O-Ile	1958	1807	1823
02-D-L-L	1495	1496	1575
03-S-O-V	1597	1611	1596
04-Caven	1161	1096	1069
05-Monta	1541	1441	1448
06-B-C-S	1025	1017	1071
07-Ah-MN	1452	1573	1506
08-C-Ile	877	883	878
09-J-Man	1463	1257	1396
10-SL-SM	948	923	999
11-L-Tea	1990	2033	2243
12-P-Ile	1797	1971	2099
Montréal	17304	17108	17703

Notes. Nombre de Montréalais avec un nouveau diagnostic de dépression vus au moins une fois chez l'omnipraticien au cours de l'année financière par territoire de CSSS/RLS pour les années 2004-2005 à 2006-2007

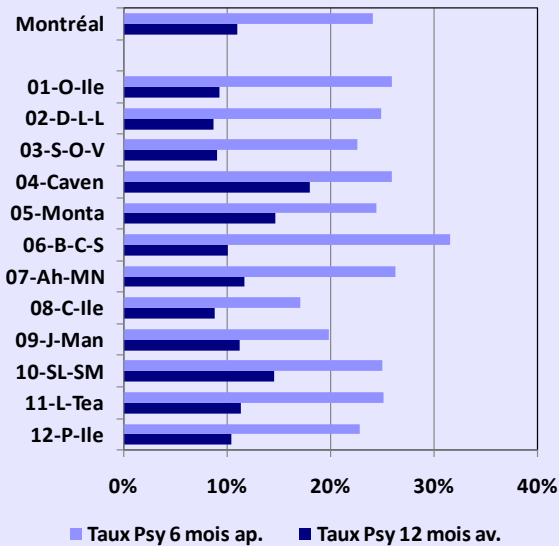
Figure 24 – Groupes d'âge et sexe



Notes. Nombre d'utilisateurs (« total » ou ceux « avec » continuité) ayant un nouveau diagnostic de dépression selon le groupe d'âge et le sexe. Moyenne sur les trois ans

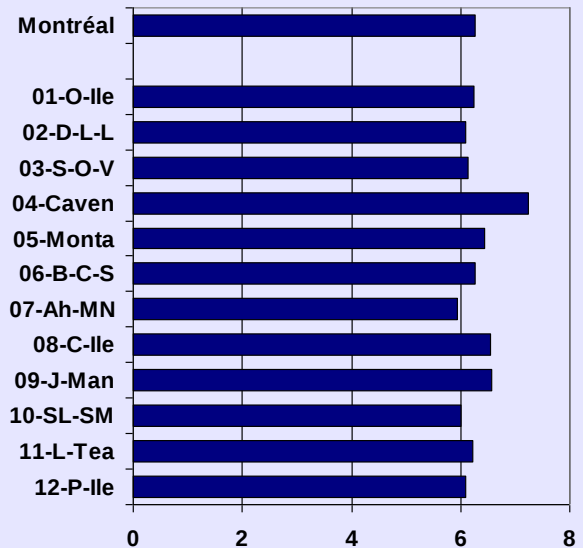
4.1 Taux de continuité du suivi de la dépression par l'omnipraticien

Figure 25 – Visites chez le psychiatre



Notes. Taux moyens sur les trois ans, parmi les usagers qui ont reçu un nouveau diagnostic de dépression et la continuité chez l'omnipraticien, de ceux vus chez un psychiatre 12 mois avant et 6 mois après

Figure 26 – Nombre moyen de visites chez l'omnipraticien



Notes. Nombre moyen de visites sur les trois ans de ceux qui ont eu la continuité du suivi de la dépression chez l'omnipraticien

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

4.2 Taux de continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC

Pertinence de l'indicateur

Le PASM indique que « Le traitement offert par les services de première ligne aux adultes ayant un trouble mental doit être mieux soutenu et structuré. ^(p.42) » et « Deux formes principales de traitement sont préconisées dans les évaluations mesurant l'efficacité des interventions : la psychothérapie et la thérapie médicamenteuse. ^(p.43) »

L'ACMQ (ACMQ - Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale) recommande certaines des meilleures pratiques pour les troubles de l'humeur : la disponibilité de la psychothérapie : « Des interventions psychosociales reposant sur des données probantes et adéquates pour l'état du patient devraient être disponibles en plus du traitement pharmacologique d'entretien »

L'APA recommande la psychothérapie pour une dépression légère ou modérée; elle doit être combinée à une médication pour une dépression sévère, une comorbidité à l'axe II, une récurrence ou une réponse partielle à la médication (American Psychiatric Association, et al., 2000).

De plus, la littérature spécifie que la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle sont les approches psychothérapeutiques dont l'efficacité est la mieux documentée dans la littérature pour le traitement spécifique du trouble dépressif majeur (American Psychiatric Association, et al., 2000; Gelenberg & Hopkins, 2007). Le British Columbia Medical Association (2004, p. 9) note que les données probantes indiquent que les thérapies cognitivo-comportementales et la thérapie interpersonnelle sont aussi efficaces que les antidépresseurs, mais ont un effet qui perdure plus longtemps. Le BCMA souligne que, malheureusement, les médecins de première ligne de la Colombie Britannique réfèrent fréquemment leurs patients à des spécialistes de la santé mentale qui ne respectent pas ces données probantes et que ces traitements peuvent être moins efficaces.

Les guides de meilleures pratiques indiquent qu'un minimum de sessions de psychothérapie est requis pour assurer un succès avec une dépression de niveau modéré (American Psychiatric Association, et al., 2000, p. 58; National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2004, p. 29).

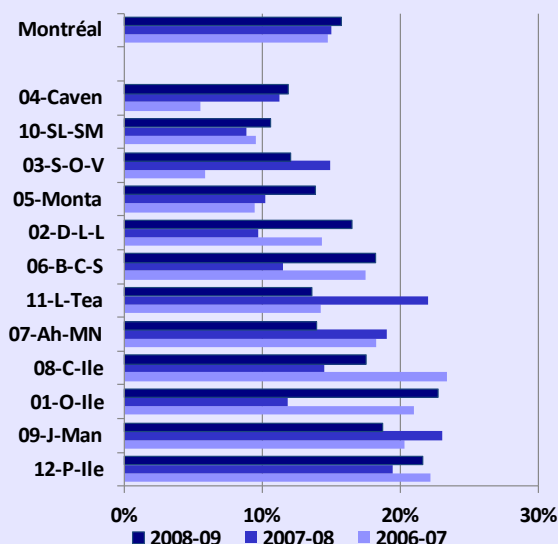
Définition technique

Quadrant	Qualité
Pertinence	La psychothérapie est recommandée pour la dépression. Les guides de meilleures pratiques recommandent une série de sessions individuelles ou de groupe, notamment de thérapie cognitivo-comportementale ou de psychothérapie interpersonnelle. Cet indicateur représente, avec le trouble témoin de la dépression, la continuité des services de santé mentale en CSLC.
Définition	Taux, parmi les usagers dont la raison de l'intervention est la dépression, de ceux qui reçoivent une série d'au moins 12 sessions de thérapie de groupe ou individuelle dans l'année.
Cible	Augmenter le taux
Mise en garde	La littérature fixe à un minimum de 12 sessions l'atteinte d'une certaine efficacité de la psychothérapie avec la dépression. Plus de sessions peuvent être requises selon les cas.
Calcul	Numérateur : Nombre d'usagers dont la raison de l'intervention est 5120-Troubles de l'humeur ou 5121-Trouble dépressif, qui ont reçu au moins 12 rencontres de psychothérapie en CSSS/CLSC (acte d'intervention : 7700-Actions à caractère psychosocial) à l'intérieur d'une période d'un an ¹. Dénominateur : Nombre d'usagers avec trouble dépressif ou troubles de l'humeur comme raison de l'intervention.
Mesure	%
Source	I-CLSC
Notes	¹ Les 12 sessions doivent avoir eu lieu au cours de l'année de référence. Les années disponibles sont 2006-07 à 2008-09

Résultats de l'indicateur

Sur les trois ans, la moyenne régionale est de 15,1 %; elle augmente légèrement sur ces années (14,7 %, 15,0 % et 15,7 %). Le minimum d'un CSSS pour une des trois années est de 5,5 % et le maximum est de 23,4 %.

Figure 27 – Taux de dépressifs avec thérapie continue en CSSS/CLSC [indicateur]



Notes. Taux des dépressifs vus au CSSS/CLSC qui ont bénéficié d'une continuité de thérapie. Les territoires sont ordonnés en ordre croissant sur la moyenne des trois années.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle; **03-S-O-V** : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish; **05-Monta** : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance; **10-SL-SM** : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

C'est 2026 usagers par année en moyenne qui sont vus aux CSSS/CLSC pour troubles dépressifs ou de l'humeur ^(Tab. 11). Parmi eux, c'est 306 en moyenne (15,1 %) qui obtiennent une continuité de psychothérapie ^(Fig. 27).

Les femmes constituent les trois quarts des usagers suivis pour dépression au CSSS/CLSC tant pour ceux qui ont eu une continuité de suivi (77 %) que pour l'ensemble (74 %) ^(Fig. 28).

En terme de groupes d'âge, les dépressifs du CSSS/CLSC de moins de 25 ans comptent pour 10 % des usagers, les 25-44 sont 35 %, les 45-64 sont 37 % et les usagers de 65 ans et plus sont 17 %. Cette proportion par groupe d'âge est relativement similaire chez les usagers ayant une continuité de suivi : 7 %, 39 %, 42 % et 12 %.

En moyenne, c'est 5,7 visites pour l'ensemble des usagers; chez ceux qui ont de la continuité (i.e. 12 sessions et plus), c'est 19,1 visites en moyenne ^(Fig. 28).

Il y a encore peu de groupes de thérapie pour ce trouble dans les CSSS/CLSC ^(Tab. 12).

Discussion

Le taux des usagers dépressifs bénéficiant d'une continuité de psychothérapie est faible dans les services de santé mentale de première ligne. Ce phénomène peut possiblement s'expliquer par les équipes qui sont encore incomplètes et l'organisation qui n'est pas encore consolidée. Il sera intéressant de voir l'évolution dans les prochaines années.

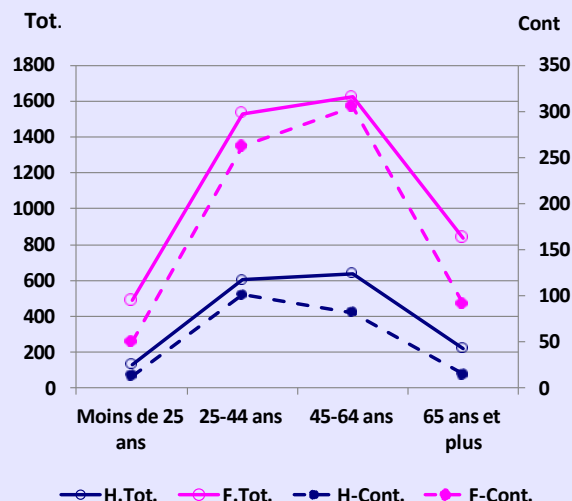
Dans un contexte où il faut rejoindre de façon large et efficiente la population en besoin, il faut noter que l'approche des thérapies de groupes a démontré son efficacité et son efficience (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009a) et pourrait s'avérer un précieux complément aux approches individuelles.

Tableau 11 – Nombre d'utilisateurs dépressifs au CSSS/CLSC [dénominateur]

CSSS	2006-07	2007-08	2008-09
01-O-Ile	119	186	225
02-D-L-L	70	62	79
03-S-O-V	137	154	158
04-Caven	220	187	151
05-Monta	233	325	298
06-B-C-S	63	61	44
07-Ah-MN	374	337	446
08-C-Ile	64	55	80
09-J-Man	207	213	193
10-SL-SM	148	160	180
11-L-Tea	141	91	88
12-P-Ile	176	160	194
Montréal	1952	1991	2136

Notes. Nombre d'usages avec un trouble dépressif ou de l'humeur au CSSS/CLSC pour les trois années

Figure 28 – Âge et sexe des dépressifs au CSSS/CLSC



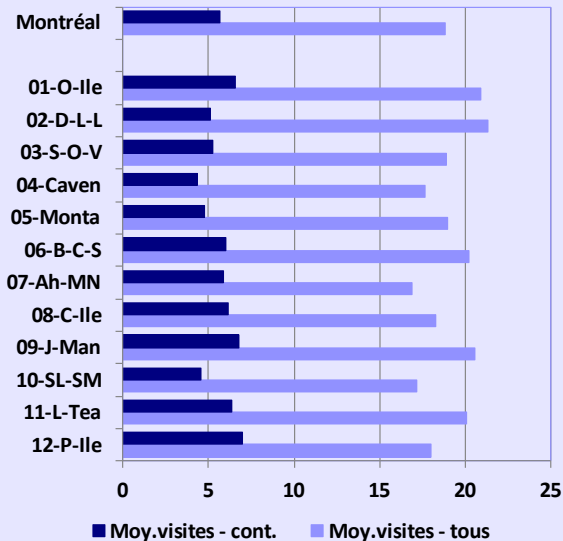
Notes. Nombres d'utilisateurs dépressifs (moyenne sur les trois ans) vus au CSSS/CLSC, avec ou sans continuité, selon l'âge et le sexe. Il s'agit des utilisateurs avec dossiers « individus » et non des utilisateurs avec dossiers « groupes » puisque les données d'âge ou sexe ne sont pas disponibles pour ceux-ci.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

4.2 Taux de continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC

Figure 29 – Nombre moyen de visites



Notes. Nombres moyens de visites des usagers dépressifs suivis au CSSS/CLSC sur les trois ans par CSSS/RLS et la région selon le total des usagers dépressifs ou ceux qui ont eu de la continuité

Tableau 12 – Usagers dans les groupes de thérapie

CSSS	Variables	2006-07	2007-08	2008-09
07-Ah-MN	Us. 12 sessions +	0	15	9
	Us. dans groupes	30	32	9
	Nb groupes	4	4	1
05-Monta	Us. 12 sessions +	0	0	0
	Us. dans groupes	8	10	17
	Nb groupes	1	1	2
01-O-Ile	Us. 12 sessions +			6
	Us. dans groupes			12
	Nb groupes			2
08-C-Ile	Us. 12 sessions +		0	0
	Us. dans groupes		5	4
	Nb groupes		1	1
Montréal	Us. 12 sessions +	0	15	15
	Us. dans groupes	38	47	42
	Nb groupes	5	6	6
Us. : Usagers				

Notes. Nombre de groupes, d'usagers et d'usagers avec 12 sessions et plus. Quatre CSSS ont offert de tels services.

4.3 Taux de continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre

Pertinence de l'indicateur

La continuité du suivi est un élément déterminant lorsqu'on commence le traitement avec une personne schizophrène (Miller, Hall, Crismon, & Chiles, 2003). Beaucoup d'éléments doivent être intégrés dans le traitement : éduquer l'usager et sa famille, favoriser l'adhérence au traitement, identifier la médication et le dosage approprié à la personne, suivre les résultats de la médication et l'ajuster, contrôler la comorbidité, amorcer la réadaptation, etc.

Par ailleurs, ce traitement durera de nombreuses années. Les guides de meilleures pratiques indiquent que (a) durant trois à cinq ans, les premières médications seront appliquées, (b) les visites médicales devraient avoir lieu au moins chaque mois pour les premiers mois du suivi puis passer à des visites au moins aux trois mois lorsque l'état est relativement stable et (c) la réadaptation doit se poursuivre tout au long de cette période (Canadian Psychiatric Association, 2005; Miller, et al., 2003; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009b).

L'insuffisance du suivi peut amener l'usager à ne pas respecter sa médication, entraîner des rechutes, développer d'autres problèmes, être plus difficile à traiter et à s'améliorer par la suite, etc. Le suivi est généralement plus intensif en début de traitement. Après les traitements et la réadaptation en deuxième ligne et selon l'évolution de la maladie, l'usager pourrait être référé aux services de première ligne.

Ce trouble touche les jeunes adultes et peut hypothéquer sévèrement leur avenir. Des interventions précoces avec le suivi approprié peuvent faire une différence importante.

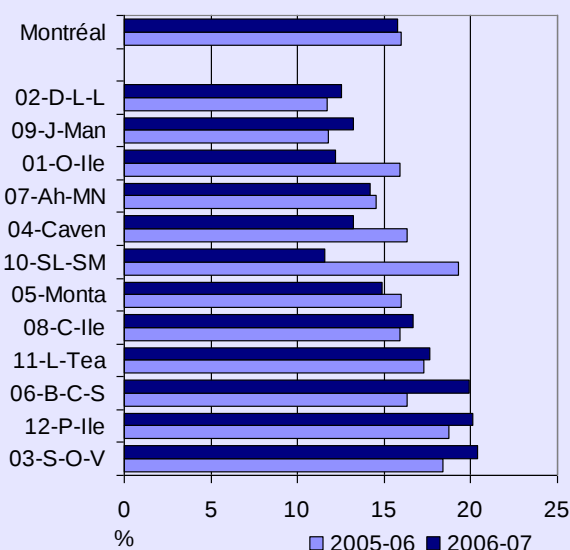
Définition technique

Quadrant	Qualité
Pertinence	La continuité du suivi est un élément déterminant pour les personnes schizophrènes ou psychotiques. Le traitement actif dure plusieurs années. Durant les premières années, il comprendra une médication, de la réadaptation et le suivi avec le psychiatre.
Définition	Taux d'usagers ayant reçu un nouveau diagnostic de schizophrénie (ou autres psychoses) au cours des trois dernières années (l'année de référence et les deux précédentes) et qui sont vus par un psychiatre lors d'au moins 4 mois comprenant chacun une visite ou plus au cours de l'année de référence.
Cible	Augmenter le taux
Mise en garde	Il s'agit des usagers ayant eu un nouveau diagnostic dans l'année de référence ou l'une des deux précédentes.
Calcul	Les usagers ciblés sont ceux qui ont eu un nouveau ¹ diagnostic de psychose schizophrénique ou autres ² dans l'année de référence ou l'une des deux précédentes ³ . Numérateur : Nombre d'usagers ciblés vus par un psychiatre au moins une fois par mois, lors de quatre mois différents durant l'année. Dénominateur : Nombre d'usagers ciblés.
Mesure	%
Source	Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux, MED-ECHO, I-CLSC), ASSS de Montréal
Notes	¹ Un nouveau diagnostic implique que celui-ci ne se retrouve pas dans les bases de données au cours des deux années antérieures pour cet usager. ² Diagnostic et codes CIM-9 : - Psychoses schizophréniques (295.0 à 295.9) - Paranoïa et états délirants (297.0 à 297.9); - Autres psychoses non organiques (298.0 à 298.9). ³ Tous lieux.

Résultats de l'indicateur

Pour les deux années présentées, la moyenne de ceux qui ont obtenu une continuité de suivi chez le psychiatre avoisine les 16 %. Les scores des CSSS/RLS sont relativement stables entre ces années. Parmi ces deux ans, le minimum est de 11,6% parmi les CSSS/RLS et le maximum de 20,4 %.

Figure 30 – Continuité de suivi avec le psychiatre [indicateur]



Notes. Taux d'usagers schizophrènes ou autres psychoses recevant une continuité du suivi en psychiatrie. Deux ans peuvent être présentés : 2005-06 et 2006-07

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle; **03-S-O-V** : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish; **05-Monta** : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance; **10-SL-SM** : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

Pour les années 2005-06 et 2006-07, 2633 et 3126 usagers sont ciblés respectivement (Tab. 13).

Les femmes constituent 50 % des usagers tant chez celles suivies qu'au total (Fig. 31). Pour l'ensemble des nouveaux diagnostics, les moins de 25 ans constituent 5 % du groupe, les 25-44 sont 37 %, les 45-64 sont 41 % et les 65 ans et plus sont 17 %. Chez ceux qui ont une continuité, les taux par groupes d'âge sont légèrement différents : 8%, 43%, 37% et 12%.

Les taux par catégories de diagnostics ont déjà été présentés dans l'indicateur sur l'accès avant l'âge de 25 ans (Fig. 20).

La moitié des usagers ciblés ont aussi eu, en plus de la consultation chez le psychiatre, au moins une visite chez l'omnipraticien (variation moyenne sur les deux ans entre 35 % et 56 % selon le territoire) et environ 11 % eurent au moins une intervention SM au CSSS/CLSC (variation de 6 % à 21 %) (Fig. 33).

Chez l'ensemble des usagers ciblés, la moyenne des visites annuelles est de 3,5, donc tout près de la cible. Cette moyenne varie entre 1,4 et 5,6 visites annuelles par CSSS/RLS au cours des deux années de l'étude (Fig. 32).

Dans les départements de psychiatrie de la région, le nombre total de visites ainsi que les taux de continuité ont une importante variation (Fig. 34).

Discussion

Il n'y a pas de cible de préciser dans la littérature, néanmoins les guides de meilleures pratiques fournissent des indications précieuses.

Le taux d'usagers avec continuité est relativement faible à 16 %; néanmoins en observant le taux moyen de visites annuelles, la performance pourrait facilement s'améliorer.

Tableau 13 – Usagers avec un nouveau diagnostic [dénominateur]

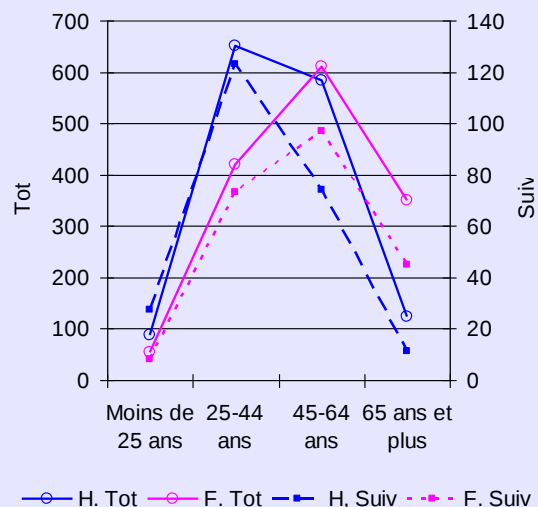
CSSS	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	Usagers cibles 05-06	Usagers cibles 06-07
					[Tot. 03-04 à 05-06]	[Tot 04-05 à 06-07]
01-O-Ile	28	52	52	60	132	164
02-D-L-L	35	46	64	66	145	176
03-S-O-V	64	80	95	94	239	269
04-Caven	40	56	64	69	160	189
05-Monta	86	93	127	155	306	375
06-B-C-S	34	49	70	62	153	181
07-Ah-MN	65	75	101	106	241	282
08-C-Ile	77	57	67	86	201	210
09-J-Man	63	109	116	153	288	378
10-SL-SM	40	38	62	72	140	172
11-L-Tea	105	106	165	161	376	432
12-P-Ile	59	88	105	105	252	298
Montréal	696	849	1 088	1 189	2 633	3 126

Notes. Usagers cibles pour les années 2005-06 et 2006-07, c.-à-d. nombre de Montréalais avec un nouveau diagnostic de schizophrénie (et autres psychoses) vus par un psychiatre. Les usagers ciblés sont ceux des deux dernières colonnes.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

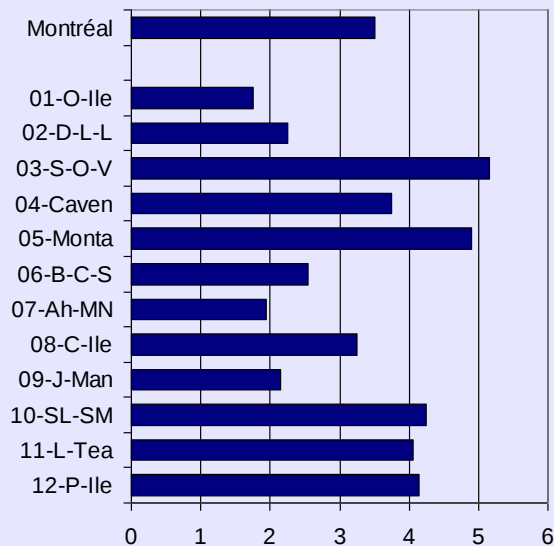
Figure 31 – Nouveaux schizophrènes ou autres psychoses par groupes d'âge et sexe



Notes. Nombre de nouveaux diagnostics de schizophrénie ou autres psychoses par groupes d'âge et sexe, avec continuité ou au total; moyenne sur deux ans

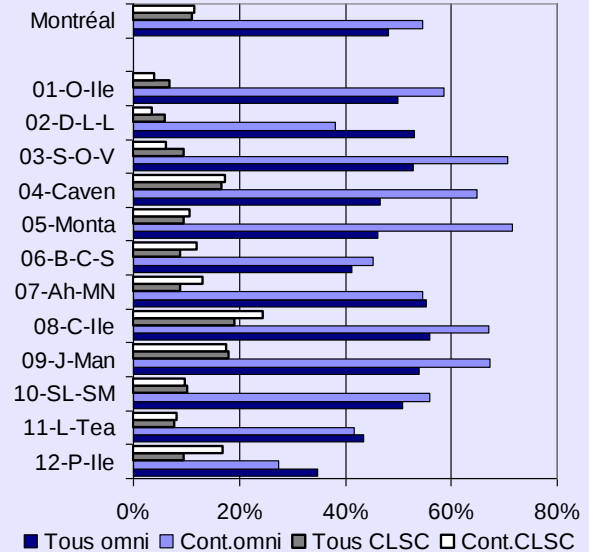
4.3 Taux de continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre

Figure 32 – Nombre moyen de visites chez le psychiatre



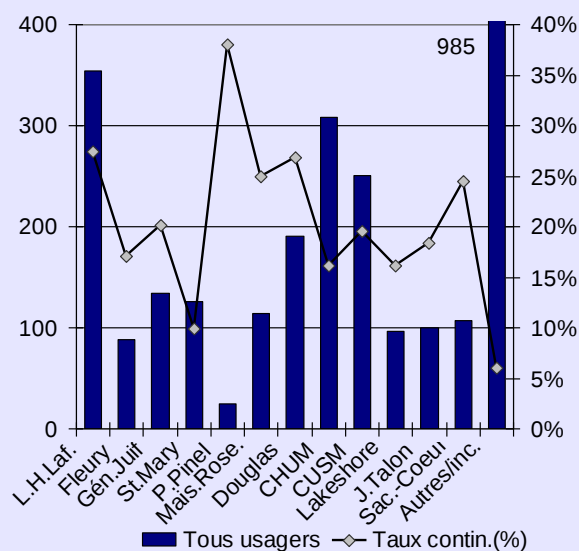
Notes. Nombre moyen de visites des usagers ayant un nouveau diagnostic de schizophrénie ou autres psychoses chez le psychiatre par CSSS/RLS, moyenne de 2005-06 et 2006-07

Figure 33 – Taux de visites à l'omnipraticien ou au CSSS/CLSC



Notes. Taux des usagers ayant un nouveau diagnostic de schizophrénie ou autres psychoses avec une ou des visites à l'omnipraticien ou au CSSS/CLSC, avec ou sans continuité, moyenne de 2005-06 et 2006-07

Figure 34 – Nombre d'usagers et taux de continuité par département de psychiatrie



Notes. Nombre d'usagers nouveaux schizophrènes ou autres psychoses et taux de continuité par établissements (le plus fréquenté pour l'utilisateur), moyenne de 2 ans

4.4 Taux de réhospitalisations en psychiatrie

Pertinence de l'indicateur

Selon le *PASM*, (Ministère de la santé et des services sociaux, 2005a), l'hospitalisation doit faire partie des services de deuxième ligne offerts par les départements de psychiatrie des hôpitaux; elle vise les jeunes et les adultes « dont les symptômes sont les plus graves ». De plus, dans ce *PASM*, le MSSS fixe des normes de lits disponibles par 100 000 habitants.

Des études montrent que les principales raisons de l'hospitalisation en psychiatrie sont surtout les troubles psychotiques et les troubles névrotiques sévères, la non-observance de la médication, le danger pour soi ou les autres, les délais importants avant de consulter, le soutien social déficient, l'absence de ressources alternatives appropriées dans la communauté, etc. (par ex., Abas, et al., 2003; Amiel-Lebigre, 2003; Wheeler, Robinson, & Robinson, 2005).

En psychiatrie, de tels motifs sont mentionnés pour la réhospitalisation : par exemple, insuffisances des interventions psychosociales, des services de crises ou d'autres programmes spécialisés tels les soins psychiatriques intensifs dans la communauté (ACT), des services psycho éducatifs pour les schizophrènes, du milieu résidentiel, des relations sociales ou familiales, du respect du traitement pharmacologique, etc. (American Psychiatric Association, et al., 2004; Canadian Psychiatric Association, 2005; Geller, 2000; National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2003; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005).

Le taux de réhospitalisation est donc un indicateur important et reconnu sur la qualité du système : disponibilité des services, continuité, coordination, etc. Le délai le plus fréquemment rencontré en psychiatrie pour définir qu'il s'agit d'une réhospitalisation est de 30 jours.

McEwan, K. et Goldner (2001) proposent que le taux de réhospitalisation soit suivi au Canada et ils donnent comme exemple de critère un taux maximal de 10 % ; ce taux est le plus sévère trouvé dans les publications administratives.

Définition technique

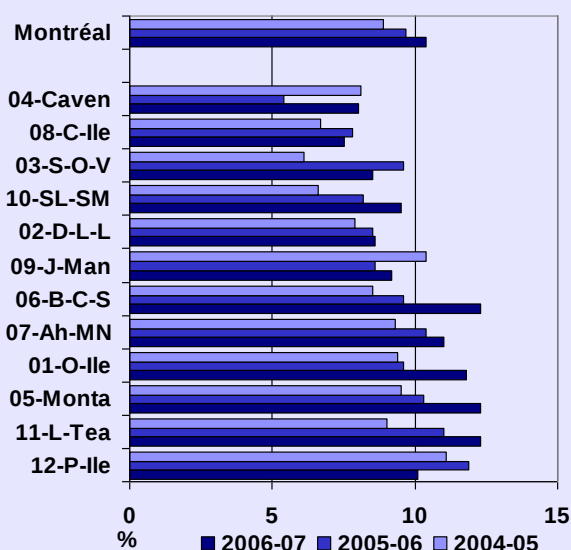
Quadrant	Qualité
Pertinence	Un taux élevé de prompts réhospitalisations peut indiquer une faible qualité des soins, des congés prématurés ou un soutien insuffisant des services communautaires. Une augmentation du taux pourrait également témoigner de difficultés relatives à l'implantation des mesures du <i>PASM</i> .
Définition	Taux de réhospitalisations pour troubles mentaux au cours des 30 jours suivant une hospitalisation pour de tels troubles (CIM-9 = 290 à 319).
Cible	10 % ou moins de réadmissions en 30 jours ou moins (McEwan et Goldner, 2001)
Mise en garde	L'indicateur ne spécifie pas les causes de la réadmission.
Calcul	Numérateur : Nombre d'admissions pour troubles mentaux (diagnostic principal) dans les 30 jours suivants le congé à la suite de soins pour de tels troubles ¹ . L'année de référence correspond au 1 ^{er} jour de la réadmission. Dénominateur : Nombre total d'hospitalisations pour troubles mentaux. L'année de référence correspond au jour du congé.
Mesure	%
Source	MED-ECHO
Notes	¹ Excluant les transferts entre hôpitaux. Contrairement aux autres indicateurs, il ne s'agit pas du nombre d'usagers. Ce sont les hospitalisations, conformément à l'indicateur généralement utilisé, ce qui permettra de se comparer à d'autres juridictions.

Résultats de l'indicateur

Le taux moyen régional des réhospitalisations pour les trois ans est de 9,7 %. Cependant, la moyenne régionale est à la hausse au cours de ces années : 8,9 %, 9,7 % et 10,4 %, soit une hausse de 1,5 % sur trois ans.

Entre les CSSS/RLS, il y a une bonne variation sur la moyenne des trois ans : de 7,2 % à 11 %. Sur les trois années, le minimum observé est de 5,4 % (territoire du CSSS Cavendish en 2005-06) alors que le maximum est de 12,3 % (ex æquo aux territoires des CSSS de la Montagne, Lucille-Teasdale et Bordeaux-Cartierville-St-Laurent en 2006-07).

Figure 35 – Taux de réhospitalisations [indicateur]



Notes. Taux de réhospitalisation par CSSS/RLS pour les années 2004-05 à 2006-07

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle; **03-S-O-V** : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish; **05-Monta** : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance; **10-SL-SM** : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

En moyenne, il y a 8 179 hospitalisations de Montréalais par année pour un trouble mental (Tab. 14).

Il y a une interaction entre le sexe et le groupe d'âge pour les hospitalisations et réhospitalisations : il y a plus d'hommes hospitalisés que de femmes s'ils ont 44 ans ou moins alors que l'inverse se produit chez les 45 ans ou plus (Fig. 35). Le nombre des hospitalisations des femmes de 65 ans et plus est particulièrement marqué. Globalement, les femmes représentent 53 % des hospitalisations avec une variation entre les CSSS/RLS de 46 % à 58 %. Les femmes et les hommes sont égaux au niveau des réhospitalisations avec des variations par CSSS/RLS de 40 % à 60 %.

Le nombre moyen d'hospitalisations par usagers, sur les trois ans, est de 1,3 (Fig. 37). Il est quasi identique pour les hommes et les femmes et il diminue légèrement avec l'âge.

Le délai entre la première hospitalisation et la réhospitalisation est de 11,7 jours (non illustré); les variations sont plutôt faibles entre les CSSS/RLS (de 9,8 à 12,7 jours), les sexes (11,6 et 11,9) ou les groupes d'âge (10,8 à 12,1 jours).

La durée moyenne de séjour est de 23,3 jours (Fig. 38), presque identique chez les femmes (23,2 j.) et les hommes (23,5). De plus, elle est à la hausse d'un groupe d'âge à l'autre.

Le nombre d'hospitalisations et de réhospitalisations varie beaucoup selon l'établissement (Tab. 15 et Fig. 39).

Discussion

Nous observons une légère tendance à la hausse de la moyenne régionale des réhospitalisations et cette tendance se remarque pour la plupart des CSSS/RLS. Il faudra s'assurer que ce phénomène ne se poursuive pas.

Par ailleurs, il faut noter que la durée moyenne de séjour observée en psychiatrie (DMS; 23,3 j.) est un peu plus importante que la cible de 20 jours qu'avait fixé le MSSS (1998) pour 2002.

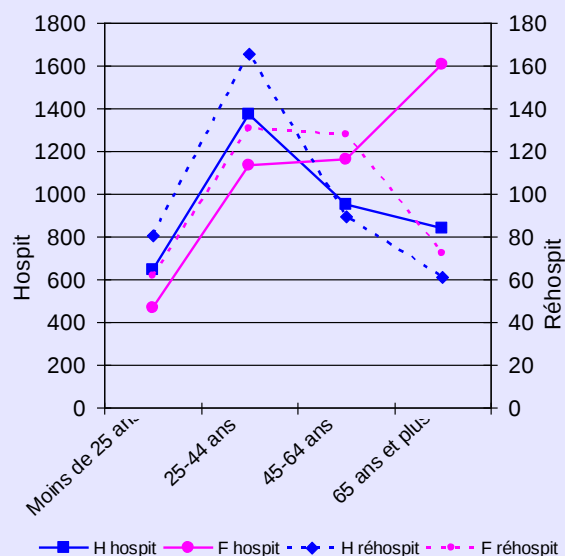
Si une cible de 10 % de réhospitalisation (McEwan & Goldner, 2001) était retenue, la région serait près de la cible. Il faudra voir si la tendance à la hausse se poursuivra, ce qui pourrait indiquer des difficultés d'implantation du PASM.

Tableau 14 – Nombre d'hospitalisations
[dénominateur]

CSSS	2006-07	2005-06	2004-05	Moy
01-O-Ile	468	489	519	492
02-D-L-L	419	401	392	404
03-S-O-V	719	678	574	657
04-Caven	411	428	506	448
05-Monta	826	857	781	821
06-B-C-S	473	542	508	508
07-Ah-MN	812	1 031	903	915
08-C-Ile	467	514	536	506
09-J-Man	749	712	693	718
10-SL-SM	455	534	441	477
11-L-Tea	1 163	1 163	1 153	1 160
12-P-Ile	1 086	1 147	987	1 073
Montréal	8 048	8 496	7 993	8 179

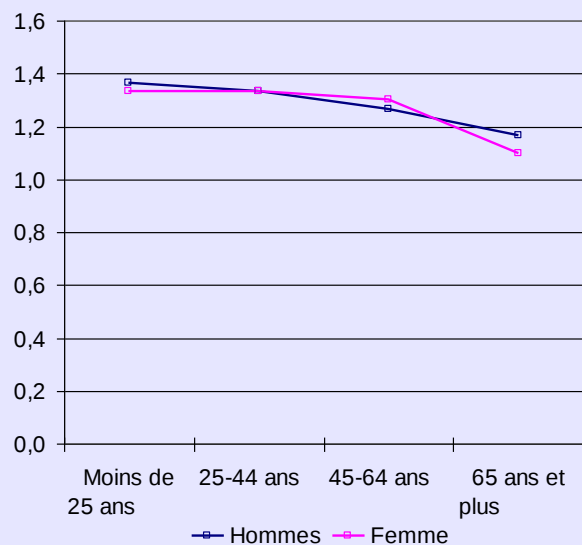
Notes. Total des hospitalisations des Montréalais par territoires de CSSS/RLS et de la région par année et la moyenne des années

Figure 36 – Âge et sexe des hospitalisations



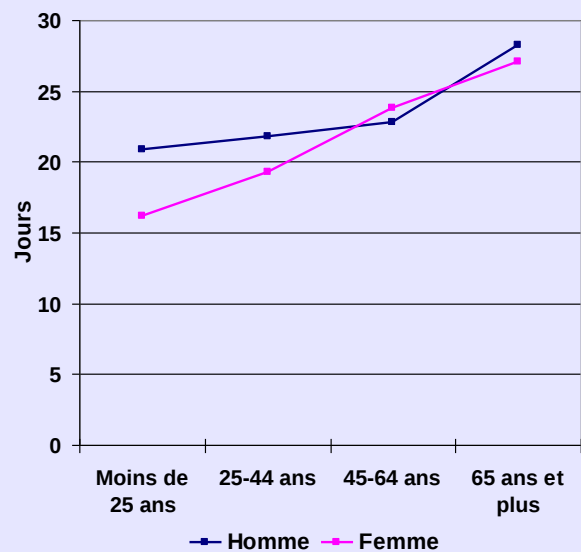
Notes. Nombre d'hospitalisations et réhospitalisations selon le sexe et le groupe d'âge, moyenne des années 2004-05 à 2006-07

Figure 37 – Nombre moyen d'hospitalisations



Notes. Nombre moyen d'hospitalisations (2004-05 à 2006-07) par usagers par sexe et groupes d'âge; il faut noter qu'il s'agit de toutes les hospitalisations et réhospitalisations, en deçà et au-delà de 30 jours

Figure 38 – Durée moyenne de séjour



Notes. Durée moyenne de séjour (DMS; en jours) par sexe et groupes d'âge lors de la première hospitalisation, moyenne des années 2004-05 à 2006-07. Seules les hospitalisations de moins de 90 jours sont incluses pour mieux refléter les hospitalisations de courte durée (c.-à-d. exclure la longue durée).

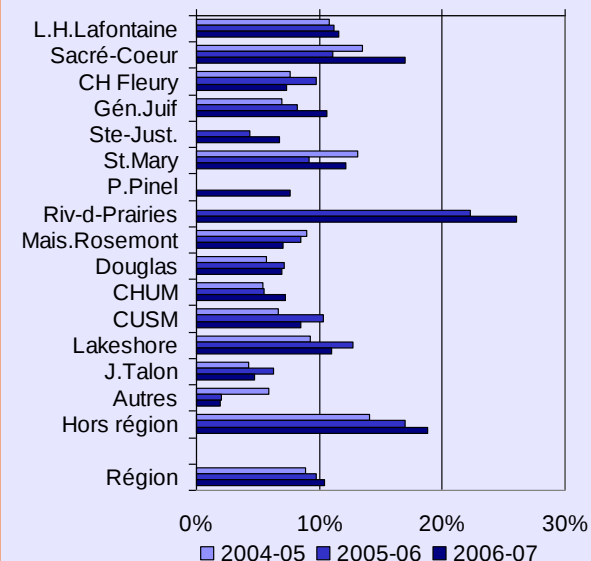
4.4 Taux de réhospitalisations en psychiatrie

Tableau 15 – Nombre d'hospitalisations par établissements

Établissements	2004-05	2005-06	2006-07
Hôp. Louis-Lafontaine	1 504	1 583	1 477
Hôp. du Sacré-Cœur de Mtl	672	640	529
Centre Hospitalier Fleury	423	402	343
Hôp. General Juif	640	624	518
Hôp. Sainte-Justine	44	46	44
Centre Hospitalier de St.Mary	427	435	433
Institut Philippe-Pinel de Mtl	ND	ND	290
Hôp. Rivière-des-Prairies	ND	220	227
Hôp. Maisonneuve-Rosemont	555	520	543
Hôp. Douglas	510	549	612
CHUM	887	941	931
CUSM	642	671	598
Hôp. Général du Lakeshore	418	418	362
Hôp. Jean-Talon	380	447	255
Autres établis. montréalais	374	398	359
Établissements hors région	511	600	527
Région	7 993	8 496	8 048

Notes. Nombre d'hospitalisations en psychiatrie par établissement pour les années 2004-05 à 2006-07. Les établissements ciblés ont un département de psychiatrie. Les nombres sont des hospitalisations des Montréalais.

Figure 39 – Taux de réhospitalisations par établissements



Notes. Taux de réhospitalisations en psychiatrie par établissement pour les années 2004-05 à 2006-07. Les établissements ciblés ont un département de psychiatrie. Les nombres sont des réhospitalisations des Montréalais.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord;
08-C-Ile : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

4.5 Taux de soins de collaboration en 1^e ligne

Pertinence de l'indicateur

Le *PASM* souligne parmi les conditions de succès de l'organisation des services de « Mettre en place des pratiques axées sur les soins partagés, tant sur le plan médical qu'interdisciplinaire, et ce, à tous les niveaux de services. » (p.74). Il y est également indiqué que « ...l'organisation des services de première ligne doit d'abord être efficace et s'appuyer sur des pratiques de soins partagés. »

Toutefois, des difficultés importantes sont mentionnées dans les publications : par ex., les médecins de famille de l'Ontario indiquent la difficulté d'obtenir des services psychiatriques en temps opportun, la qualité médiocre de la communication, etc. (Canadian Psychiatric Association, 2002).

La collaboration prend une variété de formes et se développe de plus en plus au Canada (Canadian Psychiatric Association, 2006; Craven & Bland, 2006; M.-A. Gagné, 2005).

Dans les bases de données sociosanitaires, la relation entre les intervenants n'est pas directement mesurée; c'est en comptabilisant les références ou les rencontres dans les bases de données qu'on peut l'approcher. Trois aspects sont représentatifs et mesurables de la collaboration : (a) la concertation entre intervenants du CSSS/CLSC, (b) la référence de l'omnipraticien au CSSS/CLSC pour problèmes de santé mentale et (c) la consultation du psychiatre suite à une référence de l'omnipraticien.

Nous avons privilégié les deux premiers éléments pour témoigner de la collaboration en première ligne; ces éléments sont reconnus encore peu prévalent contrairement à la référence de l'omnipraticien au psychiatre.

Définition technique

Quadrant	Qualité
Pertinence	Le <i>PASM</i> insiste sur la mise en place de pratiques axées sur les soins partagés, tant sur le plan médical qu'interdisciplinaire à tous les niveaux de services. Ces pratiques sont liées au principe de responsabilité populationnelle, de hiérarchisation des services et à la fluidité des services.
Définition	Taux d'utilisateurs ayant bénéficié de la collaboration en première ligne.
Cible	Augmenter le taux
Mise en garde	Les bases de données sociosanitaires ne reflètent qu'une partie des pratiques de collaboration.
Calcul	Numérateur : Nombre d'utilisateurs ayant bénéficié d'au moins une pratique de collaboration ¹ . Dénominateur : Nombre d'utilisateurs de 1 ^{re} ligne (omnipraticien ou CSSS/CLSC) avec un diagnostic SM ² .
Mesure	%
Source	Banque de données jumelées (RAMQ-Actes médicaux, MED-ECHO, I-CLSC), ASSS de Montréal
Notes	¹ Pratiques de collaboration retenues : 1) Soins de collaboration : omni – CLSC => Référence de l'omni au CLSC (SM) 2) Concertation entre intervenants du CLSC => Acte de concertation CLSC (9000, 9002, 9003, 9004) ² Usager / intervention 410 dans I-CLSC ou diagnostic CIM-9 = 290 à 319 chez l'omnipraticien durant l'année financière

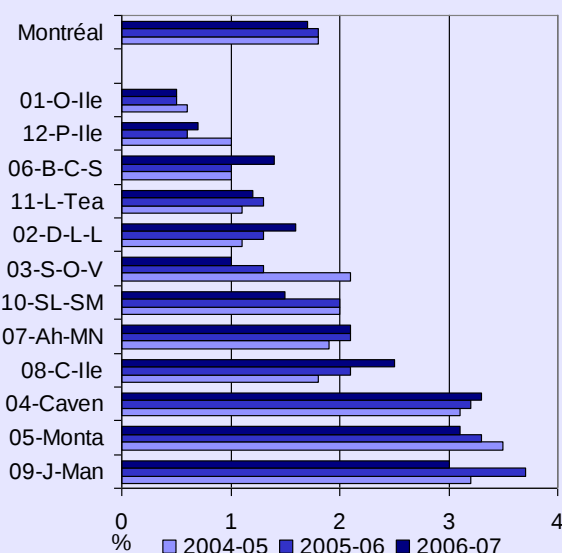
Définitions

Soins de collaboration	Les soins de santé mentale axés sur la collaboration reposent sur un concept qui met l'accent sur les occasions d'améliorer, par la collaboration interdisciplinaire, l'accessibilité et la prestation des services de soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires (M.-A. Gagné, 2005).
Soins partagés	Les soins partagés sont un processus de collaboration entre le médecin de famille et le psychiatre, où les responsabilités sont réparties suivant les besoins de traitements du patient à différentes étapes d'un problème de santé mentale, et les compétences respectives de chacun. (Kates, et al., 1997). La tendance récente est d'utiliser ce terme comme synonyme de « soins de collaboration ».
Concertation	Un des actes d'intervention mentionné au Cadre normatif I-CLSC : « Actes reliés à la planification et à l'organisation des services visant à optimiser l'ensemble des interventions destinées à l'utilisateur. La discussion (souvent multidisciplinaire) entraîne une décision quant à l'orientation ou à la réorientation du plan d'intervention ou du plan d'action, et entraîne la rédaction d'une note significative qui sera versée au dossier de l'utilisateur » (MSSS, 2007).
Consultation	Un des actes d'intervention du psychiatre mentionné au Manuel des médecins spécialistes « Examen suivi de l'avis que donne le médecin à un confrère, à la demande de celui-ci. » (Office québécois de la langue française). Un supplément d'honoraires est accordé pour une consultation en plus du tarif de la visite principale. (Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 2006).

Résultats de l'indicateur

Sur les trois années, le taux régional d'utilisateurs ayant bénéficié de collaboration en première ligne est de 1,8 %. Le taux des utilisateurs qui bénéficient de services de collaboration varie largement par CSSS/RLS; les minimum et maximum parmi les trois ans sont de 0,5 % à 3,7 %. Par ailleurs, les variations annuelles pour chacun sont habituellement peu importantes.

Figure 40 – Taux de collaboration en 1^{re} ligne [indicateur]



Notes. Taux de collaboration chez les utilisateurs en 1^{re} ligne pour les années 2004-05 à 2006-07. Les territoires sont ordonnés selon le taux moyen croissant.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle; **03-S-O-V** : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish; **05-Monta** : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent; **07-Ah-MN** : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance; **10-SL-SM** : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale; **12-P-Ile** : Pointe-de-l'Île

Résultats complémentaires

Le nombre moyen d'utilisateurs de première ligne (CSSS/CLSC et omnipraticiens) est passé 160 099 à 155 412 utilisateurs, ce qui représente une légère tendance à la baisse (Tab. 16).

On constate que près de 99 000 femmes et 59 000 hommes sont vus en santé mentale en première ligne, soit un total d'environ 158 000. Parmi ces gens, c'est en moyenne 1 864 femmes et 936 hommes par année qui obtiennent des soins de collaboration.

Dans la région, les utilisateurs ont principalement vu l'omnipraticien (moyenne de près de 151 000) alors qu'un peu moins de 10 000 sont allés au CSSS/CLSC (Fig. 42).

Par raison d'intervention, les troubles mentaux de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles schizophréniques ou psychotiques sont les plus nombreux au CSSS. Cependant, ce sont les troubles des conduites alimentaires, troubles schizophréniques ou psychotiques ainsi que les troubles de la personnalité qui font l'objet des taux de collaboration les plus élevés (Fig. 44).

Notons, de façon complémentaire, deux tableaux qui explorent les soins partagés entre omnipraticiens et psychiatres : en moyenne, entre 2004-05 et 2006-07, 19 453 utilisateurs ont bénéficié de consultation chez le psychiatre avec une variation entre 971 et 2 341 utilisateurs pour les CSSS/RLS en 2006-07. De plus, 27 % de ces utilisateurs sont retournés voir l'omnipraticien en moins de six mois (Tab. 17 et Fig. 45).

Discussion

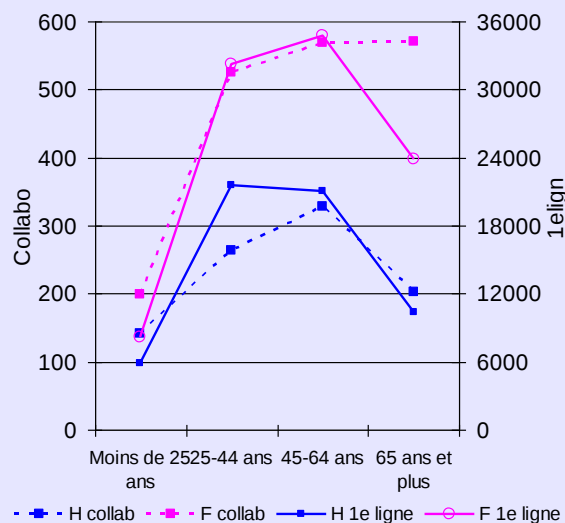
Des travaux importants de description, de justification et de promotion des pratiques de collaboration ont été publiés ces dernières années. C'est également une des grandes priorités du PASM.

La collaboration, tel que mesurée par cet indicateur, montrerait que moins de deux pourcent des utilisateurs de première ligne en bénéficieraient. Compte tenu que la collaboration est préconisée notamment pour le suivi des cas plus complexes ou pour les troubles persistants, ce taux est vraisemblablement assez faible.

Tableau 16 – Nombre d'usagers de première ligne [dénominateur]

CSSS	2004-05	2005-06	2006-07
01-O-Ile	16 924	17 149	16 475
02-D-L-L	12 196	12 207	12 122
03-S-O-V	13 134	12 989	12 818
04-Caven	10 907	10 362	10 172
05-Monta	15 829	14 980	14 154
06-B-C-S	10 130	10 309	10 211
07-Ah-MN	14 107	14 008	13 953
08-C-Ile	9 230	9 080	8 481
09-J-Man	12 704	12 413	12 033
10-SL-SM	10 378	10 353	10 302
11-L-Tea	17 577	17 622	17 706
12-P-Ile	16 983	16 672	16 985
Montréal	160 099	158 144	155 412

Notes. Nombre d'usagers de première ligne, soit les Montréalais qui ont reçu des services de santé mentale en CSSS/CLSC ou auprès d'un omnipraticien; années 2004-05 à 2006-07

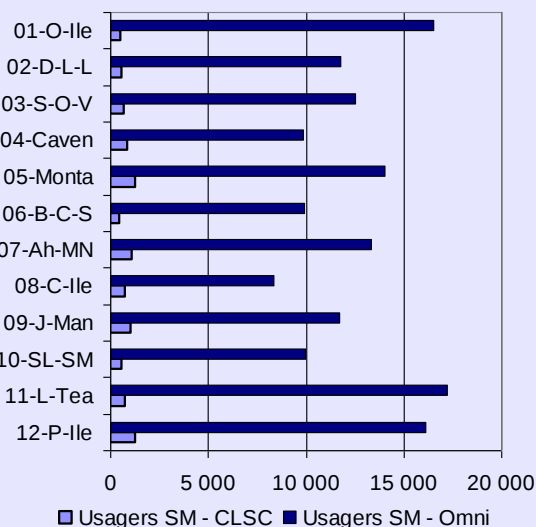
Figure 41 – Âge et sexe des usagers en 1^{re} ligne

Notes. Nombre d'usagers par groupes d'âge et sexe, ayant reçu des services de santé mentale de 1^{re} ligne, soit en CSSS/CLSC ou auprès d'un omnipraticien. On distingue ceux qui ont eut de la collaboration ou le total des usagers.

Noms et sigles des CSSS/RLS

01-O-Ile : Ouest-de-l'Île; **02-D-L-L** : Dorval-Lachine-LaSalle;
03-S-O-V : Sud-Ouest-Verdun; **04-Caven** : Cavendish;
05-Monta : De la Montagne; **06-B-C-S** : Bordeaux-Cartierville-St-Laurent;
07-Ah-MN : Ahuntsic et Montréal-Nord; **08-C-Ile** : Cœur-de-l'Île; **09-J-Man** : Jeanne-Mance;
10-SL-SM : St-Léonard et St-Michel; **11-L-Tea** : Lucille-Teasdale;
12-P-Ile : Pointe-de-l'Île

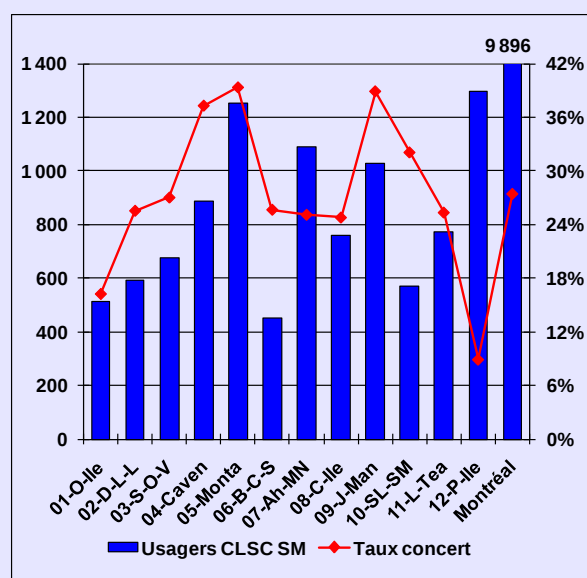
Figure 42 – Usagers vus au CSSS/CLSC ou chez l'omnipraticien



Notes. Nombre d'usagers selon qu'ils sont vus au CSSS/CLSC ou chez un omnipraticien, moyenne de 2004-05 à 2006-07

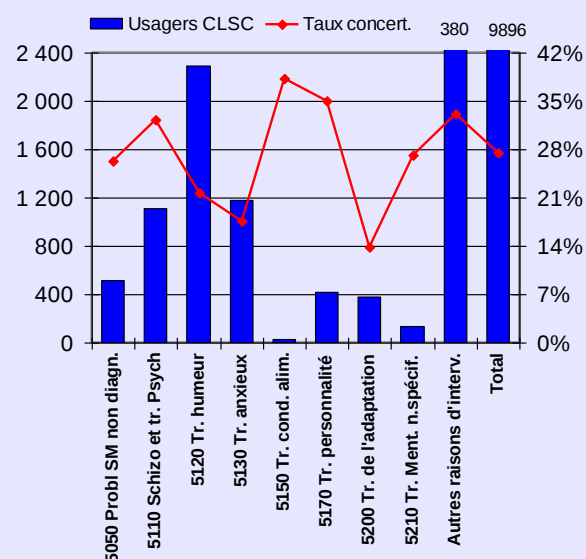
4.5 Taux de soins de collaboration en première ligne

Figure 43 – Usagers du CSSS/CLSC et taux de concertation



Notes. Nombre d'usagers du CSSS/CLSC (profil santé mentale [410]) et le taux ayant bénéficiés de concertation (actes de concertation [9000, 9002, 9003 et 9004]) (moyenne 2004-05 à 2006-07)

Figure 44 – Taux de concertation et raison principale de l'intervention



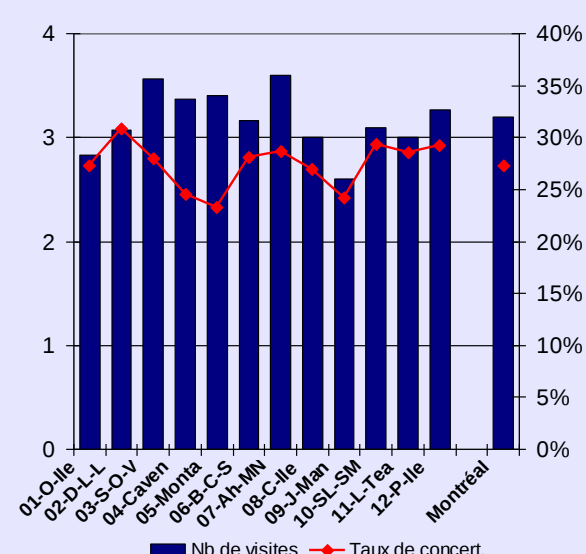
Notes. Nombres d'usagers du CSSS/CLSC (profil santé mentale [410]) selon la raison principale de l'intervention (la plus fréquente pour l'utilisateur) et le taux d'usagers avec concertation pour ces catégories (moyenne 2004-05 à 2006-07). La catégorie « Autres raisons d'intervention » comprend d'autres interventions de santé ou sociales.

Tableau 17 – Nombre d'utilisateur avec consultation chez le psychiatre

CSSS/RLS	2004-05	2005-06	2006-07
01-O-ile	1 496	1 484	1 528
02-D-L-L	1 447	1 418	1 535
03-S-O-V	1 800	1 801	1 999
04-Caven	1 548	1 494	1 612
05-Monta	2 064	2 111	2 341
06-B-C-S	1 288	1 253	1 400
07-Ah-MN	1 704	1 738	1 598
08-C-ile	1 066	1 000	1 131
09-J-Man	1 768	1 693	1 850
10-SL-SM	1 021	1 033	971
11-L-Tea	2 171	2 124	2 165
12-P-ile	1 882	1 857	1 967
Montréal	19 255	19 006	20 097

Notes. Nombre d'usagers ayant reçus au moins une consultation du psychiatre suite à une référence de l'omnipraticien par territoire de CSSS/RLS pour les années 2004-05 à 2006-07.

Figure 45 – Taux de retour à l'omnipraticien et nombre de visites



Notes. Taux des usagers ayant eu au moins une visite chez l'omnipraticien dans un délai de six mois ou moins suite à la consultation au psychiatre ainsi que le nombre moyen de visites pour ces usagers par CSSS/RLS.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Au terme de la présentation des résultats des indicateurs et de certaines données complémentaires, il est temps de tenter de dégager une appréciation de la performance du réseau montréalais de la santé mentale à l'égard des enjeux stratégiques identifiés en introduction.

Les résultats spécifiques de chacun des indicateurs sont intéressants en soi. Chaque indicateur peut porter sur une problématique, des lieux de services, une catégorie de professionnels, etc. Mais, rappelons cependant que l'intention du CMIS et des partenaires qui ont collaboré dans cette démarche est de concevoir ces indicateurs comme un reflet des qualités désirées du système. C'est donc cette vision plus macroscopique que nous voudrions dégager des indicateurs actuellement documentés.

D'entrée de jeu, nous reconnaissons que tous les indicateurs prévus ne sont pas développés et que nous ne disposons pas encore des données les plus récentes; ce qui ne permet pas d'avoir une vision aussi complète que souhaitée. Néanmoins, les indicateurs disponibles nous donnent des rétroactions et des pistes significatives pour le réseau.

Appréciation des résultats

Une synthèse et une appréciation des résultats des indicateurs TBS-SM sont présentées au tableau 2 ^(p. 3). Le portrait d'ensemble qui se dégage est que des travaux importants sont requis pour améliorer la performance à l'égard des qualités désirées du réseau montréalais de la santé mentale.

Si on examine les qualités désirées selon les quadrants du modèle de performance, nous pouvons considérer :

Efficacité. Les résultats sur l'indicateur du taux de suicides sont bons si on les compare à ceux d'autres régions du Québec, mais sont assez éloignés des meilleures performances internationales. Certains considèrent les indicateurs sur le suicide comme des indices de la santé mentale de la population. Nous pourrions approfondir la perspective de l'efficacité du système avec les autres indicateurs à développer.

Efficience. L'indicateur développé porte sur les ressources humaines à attribuer pour la santé mentale de première ligne au CSSS. Il s'agit d'un chantier majeur de transformation. Des progrès importants ont été accomplis dans la dernière année. Néanmoins, il reste beaucoup à finaliser pour atteindre la cible. Les

résultats attendus de la disponibilité de ces ressources auront des impacts sur l'ensemble du réseau.

D'autres indicateurs de ce quadrant restent à développer qui nous permettront de s'assurer de la disponibilité des services requis, des coûts et de la rétention des ressources humaines qui est aussi un enjeu important pour la qualité des services et critique dans le contexte du vieillissement du personnel du réseau.

Adaptation. La qualité principale désirée est l'accessibilité. Deux indicateurs furent développés, chacun portant sur un trouble témoin versus la première ou la deuxième ligne. Nous observons un bon accès en première ligne de la clientèle avec dépression majeure versus la prévalence estimée; cet accès se fait principalement chez l'omnipraticien. Par ailleurs, l'accès en deuxième ligne, misant sur l'accès avant 25 ans chez les schizophrènes, est faible. Les usagers sont vus pour la première fois à un âge plus avancé. Une limite possible de ces derniers résultats est que nous retenons un critère de deux ans sans visite antérieure pour déterminer un nouveau diagnostic. Ici encore, d'autres indicateurs pourront éventuellement permettre de dresser un portrait plus complet, dont la satisfaction des usagers et proches.

Qualité. Les qualités désirées sont la continuité et la collaboration. Trois indicateurs mesurent la continuité; elle se révèle relativement faible. Ainsi, le bon accès pour la dépression chez les omnipraticiens voit une faible continuité. La continuité de la psychothérapie au CSSS devrait changer avec l'augmentation des ressources. La collaboration est encore assez faible entre les partenaires de première ligne.

Contextualisation des résultats

Globalement, ces résultats peuvent paraître décevants. Il faudrait nuancer cette perception ou au moins mettre ces résultats en contexte.

D'une part, la transformation du réseau de la santé mentale dans la perspective du PASM n'en est qu'au début. Dans la région, les ressources et les services de santé mentale étaient largement concentrés dans les départements de psychiatrie, soit en CH. Relativement peu de ressources étaient disponibles dans les CSSS/CLSC ou les organismes communautaires. Or, la Loi sur les Agences de développement des RLS, en 2004, a lancé une transformation majeure dans la région avec son accent sur la première ligne et sur la hiérarchisation des services :

- des transferts forts importants de ressources financières et humaines;
- le développement d'une gamme de services;
- de nouveaux mandats et modes de pratiques;
- des collaborations et partenariats nouveaux;
- un accent sur les meilleures pratiques;
- une vision de rétablissement des usagers;
- une perspective de santé populationnelle, etc.

Chacun de ces changements représente des défis importants; plusieurs représentent en fait des changements de culture qui nécessitent du temps et des approches particulières.

Un autre facteur qui doit nuancer notre perception des résultats est la dichotomie observée dans le PASM. Les pages introductives présentent les qualités désirées du système et les buts ultimes en santé mentale. Cependant, les actions préconisées ne sont pas clairement liées à ces éléments. Ces actions visent principalement à compléter la gamme des services et fixent des cibles de volume de clientèles. Le système de mesures du MSSS, OASIS, est conforme à ces actions.

Par ailleurs, notre système de TBS met l'accent sur les enjeux stratégiques décrits dans les pages introductives, celles qui justifient les transformations du PASM ainsi que sur la littérature actuelle sur les meilleures pratiques. Mesurer les éléments plus opérationnels et ne pas mesurer les éléments stratégiques influent sur les travaux et les résultats des partenaires du réseau. Le système de mesures actuel devrait avoir l'avantage de favoriser la disponibilité de la gamme des services dans toutes les régions du Québec, ce qui est un objectif établi depuis la *Politique de santé mentale*, mais qui reste à finaliser. Néanmoins, il n'est pas en mesure de mesurer l'atteinte des buts du PASM.

Un autre élément à considérer est la question de la comparaison. Comment la région se compare-t-elle à d'autres juridictions, par exemple, les autres régions du Québec ou d'autres pays comme ceux de l'OCDE? En l'absence de mesures comparables, il n'est pas possible de se prononcer valablement; il faudrait avoir des indicateurs comparables et voir les résultats.

Généralement, le choix des mécanismes de rétroaction et des indicateurs doit être cohérent avec les éléments de planification, les structures, les processus et les finalités du système. Or, c'est un élément paradoxal de la mesure de la performance; le besoin de planification spécifique aux caractéristiques d'une juridiction versus un système de rétroaction qui, idéalement, permettrait un certain étalonnage versus l'international.

Limites aux travaux

Avant de conclure, il importe d'identifier certaines limites de nos travaux :

- Tous nos indicateurs ne sont pas documentés. Divers travaux doivent être réalisés pour rendre disponibles quelques autres indicateurs.
- L'Agence et ses partenaires n'ont pas convenu de cibles à atteindre pour les indicateurs, non seulement pour la santé mentale, mais aussi pour les TBS des autres programmes. Ce sera une lacune à combler puisque le processus de fixer des cibles, l'engagement des directions à les atteindre et la rétroaction périodique sur les résultats sont autant de leviers qui orientent la transformation.
- Il n'y a pas de système d'information sur les services ambulatoires des CH en SM. L'absence d'un tel système empêche d'en suivre la performance, mais aussi les interactions avec les autres éléments du système, par ex. la collaboration, la réadaptation, etc.
- Il y a des délais importants pour disposer des données des bases de données. Dans le système actuel, au moins deux ans, parfois trois, s'écoulent avant de pouvoir documenter les résultats de nos indicateurs. Divers facteurs déterminent cette situation. Des travaux se réalisent au MSSS pour avoir éventuellement des bases de données nationales jumelées. Bien que l'examen de la performance stratégique ne nécessite pas d'avoir les données au quotidien, l'accès à des données relativement à jour aurait un impact formidable sur l'utilisation des TBS et le pilotage du système.

Les solutions aux deux premières limites relèvent de travaux à compléter par l'Agence et ses partenaires. Les autres limites concernent davantage des mandats du MSSS. Des travaux seraient en cours sur ces questions.

Conclusions

Les indicateurs actuellement développés soulignent un besoin important d'axer la transformation en santé mentale sur les qualités désirées du système et non seulement sur des volumes de services ou d'usagers.

Malgré certaines limites, nous voyons croître grandement l'intérêt pour la performance et les tableaux de bord au Québec et ailleurs. L'approche de l'Agence, avec l'accent sur les indicateurs stratégiques dans ses divers tableaux de bord et l'exploitation de bases de données jumelées, permet de composer des indicateurs pour suivre la vision stratégique des transformations et pour apprécier les qualités désirées du système.

ANNEXES

Annexe 1 Guides de meilleures pratiques

Les guides de meilleures pratiques suivants furent pris en compte pour les deux troubles mentaux témoins.

Pays	Dépression majeure	Schizophrénie
Canada	♦ <i>Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders.</i> (Canadian Psychiatric Association & Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), 2001) ♦ <i>La dépression majeure en première ligne.</i> (Kavanagh, Beaucage, Cardinal, & Aubé, 2006) ♦ <i>Guidelines & Protocols – Diagnosis and management of major depressive disorder</i> (British Columbia Medical Association, 2004)	♦ <i>Clinical practical guidelines – Treatment of schizophrenia.</i> (Canadian Psychiatric Association, 2005)
Etats-Unis	♦ <i>Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder</i> (American Psychiatric Association, et al., 2000) ♦ <i>TIMA – Guidelines for treating major depressive disorder.</i> (Trivedi, Shon, Crismon, & Key, 2000)	♦ <i>Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia</i> (American Psychiatric Association, et al., 2004) ♦ <i>The Expert Consensus Guideline Series – Treatment of Schizophrenia</i> (McEvoy, Scheifler, & Frances, 1999) ♦ <i>TIMA procedural manual – Schizophrenia module.</i> (Miller, et al., 2003) (Texas) ♦ <i>The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendation.</i> (Lehman, Steinwachs, & Co-investigators of the PORT Project, 1998)
Europe	♦ <i>Depression – Management of depression in primary and secondary care.</i> (National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2004)	♦ <i>Schizophrenia - Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care.</i> (National Institute for Clinical Excellence & National Collaborating Centre for Mental Health, 2003)
Australie et Nouvelle-Zélande	♦ <i>Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression.</i> (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression, 2004)	♦ <i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders.</i> (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005)

De plus, il existe de nombreux sites présentant des guides de meilleures pratiques sur différents troubles mentaux et des modèles de pratiques, à titre d'exemple et de façon non limitative :

Agence de la santé publique du Canada	http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/services-fra.php
American Psychiatric Association	http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm
British Columbia Mental Health and Addiction Services	http://www.bcmhas.ca/Library/ClinicalStaffResources/MedicalLinks/LibBest.htm
Canadian Psychiatric Association	http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/67
Cochrane Collaboration	http://www.cochrane.org/docs/ebm.htm
National Guideline Cliringhouse	http://www.guideline.gov/
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	www.nice.org.uk/guidance
University of Adelaide	http://www.adelaide.edu.au/library/guide/med/menthealth/guidelines.html
Victorian Government Health Information	http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/cpg/index.htm

Annexe 2 Résultats sommaires par CSSS/RLS

Dans le tableau suivant, les résultats de l'année la plus récente des indicateurs sont présentés par CSSS/RLS et pour la région de Montréal (Mtl).

Les indicateurs sont regroupés par quadrant pour permettre une appréciation selon cette catégorisation.

Le tableau indique la direction de la meilleure performance (variation attendue).

Les dernières colonnes donnent l'écart-type, le minimum et le maximum pour l'indicateur. Les couleurs représentent des performances d'un écart-type au dessus de la moyenne (vert; les performances les plus favorables) ou au dessous (orangé; les performances les moins favorables).

Tableau 19 – Résultats synthèses par CSSS/RLS

Quadrant	Indicateurs	Année la plus récente	Taux	Variation attendue	Mtl	01-O-Ile	02-D-L-L	03-S-O-V	04-Caven	05-Monta	06-B-C-S	07-Ah-MN	08-C-Ile	09-J-Man	10-SL-SM	11-L-Tea	12-P-Ile	Max	Min	E.T.
Efficacité	Taux de suicides	2006-07	/100 000	▼	12,2	5,7	13,4	18,6	5,0	10,5	6,0	11,7	16,8	20,9	11,2	15,7	14,1	20,9	5,0	5,1
Efficience	Taux d'employés ETC en 1e ligne vs prévision	2008-09	%	100%	32,9	44,3	21,8	13,3	31,1	20,8	25,9	58,0	41,5	32,2	33,4	47,8	21,3	58,0	13,3	13,1
Adaptation	Taux d'accès versus prévalence de la dépression majeure	2006-07	%	▲	62,6	75,2	63,1	62,0	66,0	62,9	59,6	50,7	56,5	76,7	54,1	60,9	66,5	76,7	50,7	7,7
	Taux de premières visites des schizophrènes ou psychotiques chez un psychiatre avant l'âge de 25 ans	2006-07	%	▲	3,8	3,3	6,1	3,2	2,9	2,6	1,6	5,7	3,5	4,6	2,8	3,7	4,8	6,1	1,6	1,3
Qualité	Taux de continuité du suivi de la dépression par l'omnipraticien	2006-07	%	▲	9,6	8,6	9,1	10,8	6,1	7,2	8,4	10,2	12,2	9,7	8,1	10,7	12,3	12,3	6,1	1,9
	Taux de continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS - CLSC	2008-09	%	▲	15,7	22,7	16,5	12,0	11,9	13,8	18,2	13,9	17,5	18,7	10,6	13,6	21,6	22,7	10,6	3,9
	Taux de continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre	2006-07	%	▲	15,8	12,2	12,5	20,4	13,2	14,9	19,9	14,2	16,7	13,2	11,6	17,6	20,1	20,4	11,6	3,3
	Taux de réhospitalisation en psychiatrie	2006-07	%	<= 10%	10,4	11,8	8,6	8,5	8,0	12,3	12,3	11,0	7,5	9,2	9,5	12,3	10,1	12,3	7,5	1,8
	Taux de soins de collaboration en 1e ligne	2006-07	%	▲	1,7	0,5	1,6	1,0	3,3	3,1	1,4	2,1	2,5	3,0	1,5	1,2	0,7	3,3	0,5	1,0

Annexe 3 Liste analytique des tableaux et figures des indicateurs

Titre	Indic./CSSS	Dénom.	Âge/sexe	Vu ailleurs	Diagnos.	Lieux	Autre
1. Quadrant de l'efficacité							
1.2 Taux de suicides	▪ Taux de suicides par CSSS (F6)	▪ Nb suicides par CSSS (T6)	▪ Nb âge et sexe région (F8) ▪ Taux sexe par CSSS (F9) ▪ Taux âge par CSSS (F10)			▪ Carte des suicides par codes postaux (3 positions ; F11)	▪ Comparaison internationale (F7)
2. Quadrant de l'efficience							
2.1 Taux d'intervenants ETC versus la prévision en première ligne	▪ Taux d'ETC par CSSS (F12)	▪ Cibles d'ETC par CSSS (T7)	▪ Taux d'ETC jeunes et adultes par CSSS (F13)				
3. Quadrant de l'adaptation							
3.1 Taux d'accès versus la prévalence de la dépression majeure	▪ Dépression vus vs prévalence (F14)	▪ Prévalence estimée (T8)	▪ Nb âge et sexe région (F16) ▪ Sexe par CSSS (F17) ▪ Âge par CSSS (F18)			▪ Lieu du service par CSSS (F15)	
3.2 Taux de premières visites des schizophrènes ou psychotiques chez un psychiatre avant l'âge de 25 ans	▪ Taux schizo. vus avant 25 ans (F19)	▪ Nb nouveaux schizo. (T9)	▪ Nb âge et sexe région (F21)	▪ Vus par omni ou au CLSC (F22)	▪ Diagnostics par CSSS (F20)		
4. Quadrant de la qualité							
4.1 Continuité du suivi de la dépression par l'omnipraticien	▪ Taux dépressifs avec continuité chez omni (F23)	▪ Nb nouveaux dépressifs (T10)	▪ Nb âge et sexe région (F24)	▪ Visites chez psychiatres (F25)			▪ Nb moy. visites chez omni (F26)
4.2 Continuité de la psychothérapie de la dépression au CSSS/CLSC	▪ Dépressifs avec thérapie continue en CLSC (F27)	▪ Nb dépressifs au CLSC (T11)	▪ Nb âge et sexe région (F28)				▪ Nb moy. visites au CLSC (F29) ▪ Usagers dans groupes (T12)
4.3 Continuité du suivi de la schizophrénie par le psychiatre	▪ Schizo. avec suivi continu chez psychiatre (F30)	▪ Nb nouv. schizo. depuis 3 ans (T13)	▪ Nb âge et sexe région (F31)	▪ Vus par omni ou au CLSC (F33)		▪ Continuité par établissements (F34)	▪ Nb moy visites chez psych. (F32)
4.4 Taux de réhospitalisations en psychiatrie	▪ Taux réhospitalisations par CSSS (F35)	▪ Nb hospit. par CSSS (T14)	▪ Nb âge et sexe région (F36)			▪ Nb hospit. par établis. (T15) ▪ Taux réhospit. par établis. (F39)	▪ Nb moy. hospit. région (F37) ▪ DMS région (F38)
4.5 Soins de collaboration en première ligne Soins partagés	▪ Taux collabo par CSSS (F40)	▪ Nb usagers en 1 ^{re} ligne (T13) ▪ Nb usagers soins partagés (T17)	▪ Nb âge et sexe région (F41)	▪ Vus par omni ou au CLSC (F42)	▪ Concertation par raison d'interv.(F44)		▪ Usagers et taux avec concertation (CSSS ; F43) ▪ Retour à l'omni (F45)

RÉFÉRENCES

- Abas, M., Vanderpyl, J., Prou, T. L., Kydd, R., Emery, B., & Foliaki, S. A. (2003). Psychiatric hospitalization: reasons for admission and alternatives to admission in South Auckland, New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 620-625.
- ACMQ - Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale. Les 30 mesures de santé détenant les meilleures côtes., from <http://www.ceqm-acmq.com/acmq/ncs/measures/index.cfm>
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2006). Plan d'action 2005-2010 en santé mentale. *Info-CA de l'Agence*, 1(6), 2.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, & Trépanier, J. (2006). Cadre de référence - Mise en place des équipes de santé mentale de 1re ligne dans les CSSS - Plan de mise en œuvre à Montréal - Phase 1. Montréal: Agence.
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1997). Depression in Primary Care. Vol.1 : Detection and Diagnosis; Vol. 2. : Treatment of Major Depression.
- American Psychiatric Association, Fochtmann, L. J., & Gelenberg, A. J. (2005). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd edition. (pp. 15). Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, Karasu, T. B., Gelenberg, A., Merriam, A., & Wang, P. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. (Second Edition). (pp. 78): APA.
- American Psychiatric Association, Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., et al. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (Second Edition). (pp. 184): APA.
- Amiel-Lebigre, F. (2003). Psycho-social determinants for psychiatric hospitalisation for neurotic disorders in women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(6), 317-325.
- . AQPPEP - Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques. 2010, from <http://www.aqppep.com/cliniques.htm>
- Aubé, D., Beaucage, C., & Duhoux, A. (2007). *La dépression majeure : Comment s'outiller pour mieux intervenir ensemble en première ligne !* Paper presented at the 2e Journées bi annuelles en santé mentale, Montréal.
- Berto, P., D'Ilario, D., Ruffo, P., Di Virgilio, R., & Rizzo, F. (2000). Depression: Cost-of-illness Studies in the International Literature, a Review. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 3-10.
- Bettinger, T. L., Crismon, M. L., Trivedi, M. H., Brannemann, M. A., & Shon, S. S. (2004). Clinicians' adherence to an algorithm for

- pharmacotherapy of depression in the Texas public mental health sector. *Psychiatric Services*, 55(6), 703-705.
- Boix, D., & Féminier, B. (2004). *Manager d'équipe : Le tableau de bord facile*. Paris: Éditions d'Organisation.
- British Columbia Medical Association. (2004). Guidelines & Protocols : Diagnosis and management of Major depressive disorder. (pp. 18): BCMA.
- Canadian Psychiatric Association. (2002). Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2(suppl 1)).
- Canadian Psychiatric Association. (2005). Clinical practice guideline. Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(Suppl 1), 1S-57S.
- Canadian Psychiatric Association. (2006). Better practices in collaborative mental health care : An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(Suppl 1), 1S-72S.
- Canadian Psychiatric Association, & Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). (2001). Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(Suppl. 1), 1S-92S.
- Commission for Health Improvement. (2003). Indicators listings for Mental Health trusts. (Internet), from www.chi.nhs.uk/Ratings/Trust/Indicator/Indicators.asp?trustType=3
- Conference Board of Canada. (2006). Healthy Provinces, Healthy Canadians - A Provincial Benchmarking Reports. Health, Health Care and Wellness. Ottawa: Conference Board of Canada.
- Côté, L. (2005). *Tableau 4 – Mise en œuvre du plan d'action en santé mentale 2005-2010 – Indice de besoin relatif sur une base populationnelle pour les adultes*. Paper presented at the Comité avisier à la mise en oeuvre du Plan d'action en santé mentale - région de Montréal, Montréal.
- Craven, M. A., & Bland, R. (2006). Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axées sur la collaboration : Une analyse des données existantes. *Revue canadienne de psychiatrie*, 51(suppl 1).
- European Commission. (2001). Minimum data set of European mental health indicators. (pp. 26): European Community Health Indicator project.
- European Commission. (2004). The State of Mental Health in the European Union. (pp. 86): European Communities.
- Gagné, M.-A. (2005). Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Mississauga ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
- Gagné, M., & Saint-Laurent, D. (2009). La mortalité par suicide au Québec : tendance et données récentes - 1981-2007. (pp. 20). Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Gelenberg, A. J., & Hopkins, H. S. (2007). Assessing and treating depression in primary care medicine. *Am J Med*, 120(2), 105-108.

- Geller, J., L. (2000). The Last Half-Century of Psychiatric Services as Reflected in *Psychiatric Services*. *Psychiatric Services*, 51(1), 41-67.
- Hirschfeld, R. M., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Möller, H. J., et al. (2000). Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry*, 61(4), 268-275.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). Années potentielles de vie perdues selon la cause de décès et le sexe, Québec, 2004-2006., from http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/317.htm
- Jolicoeur et Associés. (2007). Enquête de satisfaction auprès des personnes en perte d'autonomie - Rapport global. [Rapport préparé pour l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal] (pp. 124). Montréal: Jolicoeur et Associés.
- Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Clinton, T., Kraftcheck, D., LeClair, K., et al. (1997). Les soins de santé mentale partagés au Canada -- un exposé de principe, 1996. Ottawa, Ont.: Association des psychiatres du Canada et Collège des médecins de famille du Canada.
- Kavanagh, M., Beaucage, C., Cardinal, L., & Aubé, D. (2006). La dépression majeure en première ligne: les impacts cliniques des stratégies d'intervention - Revue de la littérature. (pp. 109). Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de la santé publique et Institut nationale de la santé publique du Québec.
- Kelley, E., & Hurst, J. (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers, No. 23. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/440134737301.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 18(289(23)), 3095-3105.
- Korkeila, J. J. A. (2000). Measuring aspects of mental health. (pp. 133). Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Korn, M. L. (2001, 01/20/2001). Early Intervention in Schizophrenia, from <http://cme.medscape.com/viewarticle/418617>
- Lehman, A. F., Steinwachs, D. M., & Co-investigators of the PORT Project. (1998). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendation., 2006, from www.ahrq.gov/clinic/schzrec.htm
- McEvoy, J. P., Scheifler, P. L., & Frances, A. (1999). Treatment of schizophrenia 1999 -- Expert Consensus Guideline Series. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Supp 11), 1-81.
- McEwan, K., & Goldner, E. M. (2001). Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : Trousse d'évaluation. (pp. 87). Ottawa CA: Santé Canada.
- Miller, A. L., Hall, C. S., Crismon, M. L., & Chiles, J. A. (2003). TIMA procedural manual -- Schizophrenia Module. Physician's Manual. (pp. 82). Houston: Texas - Department of State Health Services.

- Ministère de la santé et des services sociaux - Direction des services sociaux généraux. (2007). Cadre normatif - Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC). (pp. 408). Québec: MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1989). Politique de santé mentale. Québec: MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. (pp. 41). Québec: MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005a). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Québec: MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005b). Plan stratégique 2005-2010 du Ministère de la santé et des services sociaux. Québec: MSSS.
- National Institute for Clinical Excellence, & National Collaborating Centre for Mental Health. (2003). Schizophrenia - Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London.
- National Institute for Clinical Excellence, & National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). Depression; Management for depression in primary and secondary care. (Clinical guideline 23) (pp. 358). London: National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009a). Depression - The treatment and management of depression in adults (NICE clinical guideline 90 (pp. 64). London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009b). Schizophrenia - Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE clinical guideline 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). Schizophrenia - the NICE guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care – updated edition (pp. 497). London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- NHS. (1999). The NHS Performance Assessment Framework. (pp. 26). Wetherby: NHS.
- Niven, P. R. (2003). *Balanced scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Office québécois de la langue française. Le grand dictionnaire terminologique, from <http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html>
- Organisation de coopération et de développement économique (Ed.). (2009). *Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators*.
- Ouadahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, J., & Fleury, M. J. (2009). Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec*, XXXIV(1), 161-172.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (2006). Manuel des médecins spécialistes. (Mise-à-jour 75. novembre 2009): RAMQ.

- Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport final.: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (CHSRF/FCRSS),.
- Roberge, M. (2005). Modélisation des besoins en santé mentale - Travaux de 2005. [Document non publié] (pp. 60). Montréal: Agence de développement de réseau locaux de services de santé et de services sociaux.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 389-407.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-30.
- SCOR Recherche – Marketing. (2009). Service posthospitaliers de réadaptation et de soins subaigus – Résultats du sondage de satisfaction de la clientèle. Rapport régional. (pp. 100). Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Société canadienne de schizophrénie. (2003). Apprendre à connaître la schizophrénie : Une lueur d'espoir. Manuel de référence pour les familles et le personnel. Troisième version révisée. (pp. 267). Markham (Ontario), Canada: Société canadienne de schizophrénie.
- Solberg, L. I., Crain, A. L., Sperl-Hillen, J. M., Hroschowski, M. C., Engebretson, K. I., & O'Connor, P. J. (2006). Effect of Improved Primary Care Access on Quality of Depression Care. *Annals of Family Medicine*, 4(1), 69-74.
- Statistique Canada, & Institut canadien d'information sur la santé. (2005). Indicateurs de la santé - Définitions et sources des données. (pp. 48). Ottawa: Statistique Canada - ICIS.
- Trépanier, J. (2008). Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 « La force du lien » - Planification de la phase II à Montréal - Recueil des synthèses et recommandations. (pp. 22). Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Trivedi, M. H., Shon, S., Crismon, M. L., & Key, T. (2000). Texas implementation of medication algorithms (TIMA) -- Guidelines for Treating Major Depressive Disorder. (TIMA physician procedural manual). (pp. 91). Austin: Texas - Department of State Health Services.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Healthy People 2010 - Chap 18 : Mental Health and Mental Disorders. (pp. 76). Washington, DC: U.S.: Government Printing Office.
- Wheeler, A., Robinson, E., & Robinson, G. (2005). Admissions to acute psychiatric inpatient services in Auckland, New Zealand: a demographic and diagnostic review. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 118(1226).

Consultez nos autres publications exploitant les bases de données jumelées

Accessibilité
Continuité
Qualité

Pour mieux connaître les besoins des Montréalais

Avec l'accord de la Commission d'accès à l'information du Québec, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a mis en place des banques de données qui peuvent être jumelées dans le but d'évaluer et de suivre l'évolution des réseaux locaux de services et d'en évaluer la performance. Ces banques contiennent les données sur l'utilisation des services de santé (hospitalisations, actes médicaux, médicaments, interventions en CLSC, admissions en CHSLD et décès) de l'ensemble des résidents de Montréal. Grâce à un identifiant unique (numéro d'assurance maladie crypté), il est possible de jumeler ces différentes banques afin de suivre les trajectoires des usagers dans les différentes organisations de services du réseau de la santé.

Le développement de ce projet unique au Québec et les travaux d'analyse de ces banques de données sont réalisés conjointement par deux équipes de l'Agence : le *Carrefour montréalais d'information sociosanitaire* de la Direction des ressources humaines, information et planification et l'équipe *Santé des populations et services de santé* de la Direction de santé publique.

Les données et les analyses du présent rapport ont été produites grâce à l'exploitation de ces banques de données.

Autres rapports disponibles :

Analyse de la trajectoire des patients pour lesquels une demande d'hébergement a été faite lors d'une hospitalisation dans un CHSGS. Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.

L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005. Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007.

L'utilisation des services de santé par les diabétiques montréalais en 2003-2004. Équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de Montréal et INSPQ, 2007.

L'utilisation des services de santé par les Montréalais souffrant d'insuffisance cardiaque en 2003-2004. Équipe Santé des populations et services de santé, Direction de santé publique de Montréal et INSPQ, 2007.

L'utilisation des services médicaux de première ligne par les Montréalais en 2005-2006. Carrefour montréalais d'information sociosanitaire et Équipe Santé des populations et services de santé, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) – Portrait des indicateurs du tableau de bord stratégique 2005-2006. Carrefour montréalais d'information sociosanitaire. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

Vieillir à Montréal : un portrait des aînés de la métropole. Direction de santé publique de Montréal, Série 1, Numéro 1, 2008.

Consultez nos outils complémentaires au Tableau de bord stratégique – santé mentale

Le présent rapport n'est qu'un des éléments pour analyser la performance stratégique en santé mentale. Consulter nos autres outils sur le WEB!

<http://www.santemontreal.qc.ca/tb/>

Le tableau de bord stratégique présente les indicateurs de la performance des réseaux

Édition Recherche

Dimension : Recherche

en colonne : Année financière :

en ligne :

en page :

CLSC de résidence :

Groupes d'âge :

Visite omni :

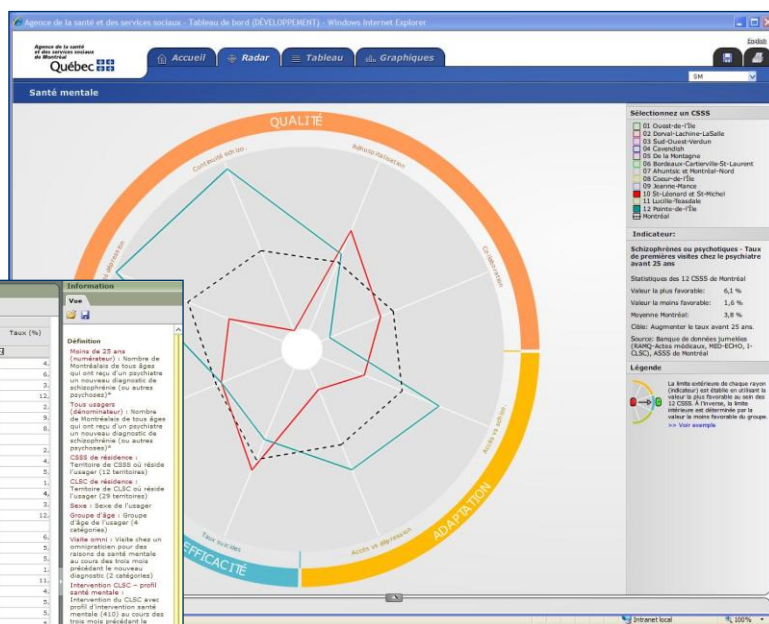
Intervention CLSC - profil :

Catégorie de diagnostic :

Aucun filtre de dimension actif. Données chargées (9 colonnes x 37 lignes)

Profil des Montréalais avec un nouveau diagnostic de schizophrénie (ou autres psychoses) vus par un psychiatre

Année financière	Sexe de l'usager	2006-2007			2005-2006		
		Moins de 25 ans (numérateur)	Tous usagers (dénominateur)	Taux (%)	Moins de 25 ans (numérateur)	Tous usagers (dénominateur)	Taux (%)
Homme							
	CSRS de l'Ouest-de-l'Île	ND	26	3,8	ND	22	4
	CSRS Dorval-Lachine-LaSalle	ND	34	11,8	ND	32	6
	CSRS du Sud-Ouest - Verdun	ND	55	5,5	ND	53	3
	CSRS Cavendish	ND	37	5,4	ND	33	12
	CSRS de la Montagne	ND	77	1,3	ND	90	2
	CSRS de Bordeaux-Cartierville	ND	25	-	ND	32	9
	CSRS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	6	88	10,3	ND	49	8
	CSRS du Coeur-de-l'Île	ND	51	-	ND	41	2
	CSRS Jeanne-Mance	5	77	6,3	ND	68	2
	CSRS Saint-Léonard et St-Michel	ND	41	4,9	ND	24	4
	CSRS Lucille-Teasdale	ND	80	4,3	5	87	9
	CSRS de la Pointe-de-l'Île	ND	56	5,4	ND	53	1
	total	31	639	4,9	28	544	4
Femme							
	CSRS de l'Ouest-de-l'Île	ND	34	2,9	ND	30	3
	CSRS Dorval-Lachine-LaSalle	ND	32	-	ND	32	12
	CSRS du Sud-Ouest - Verdun	ND	39	-	ND	42	6
	CSRS Cavendish	ND	32	-	ND	31	4
	CSRS de la Montagne	ND	76	3,8	ND	77	2
	CSRS de Bordeaux-Cartierville	ND	37	2,7	ND	38	5
	CSRS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	ND	40	-	ND	52	1
	CSRS du Coeur-de-l'Île	ND	35	8,6	ND	26	11
	CSRS Jeanne-Mance	ND	76	2,6	ND	48	4
	CSRS Saint-Léonard et St-Michel	ND	23	-	ND	38	5
	CSRS Lucille-Teasdale	ND	69	2,9	ND	79	5
	CSRS de la Pointe-de-l'Île	ND	49	4,1	ND	52	5
	total	14	560	2,5	28	544	5



Les Tableaux multidimensionnels : présentent des résultats complémentaires à l'indicateur et permettent à l'utilisateur de choisir des variables et faire des croisements : par ex., sexe, groupes d'âge, territoires de CLSC, etc.

Les Tableaux multidimensionnels en format Acrobat présentent une série de tableaux de base déjà formatés avec les principales variables.

TBS - SANTÉ MENTALE

Taux d'accès vs prévalence de la dépression

QUADRANT ADAPTATION

TABLEAU 1 : Proportion (%) de Montréalais de 12 ans et plus avec un diagnostic de dépression majeure vus dans le système public selon la prévalence estimée, selon le territoire de CSRS de résidence, de 2004-2005 à 2006-2007

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Variation observée
	(%)	(%)	(%)	
01 Ouest-de-l'Île	86,0	78,3	75,2	
02 Dorval-Lachine-LaSalle	68,0	63,9	63,1	
03 Sud-Ouest-Verdun	70,7	65,0	62,0	
04 Cavendish	76,2	68,8	66,0	
05 De la Montagne	72,2	65,5	62,9	
06 Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	62,7	60,3	59,6	
07 Ahuntsic et Montréal-Nord	54,9	53,6	50,7	
08 Coeur-de-l'Île	66,4	61,5	56,5	
09 Jeanne-Mance	90,0	78,3	76,7	
10 St-Léonard et St-Michel	57,8	55,8	54,1	
11 Lucille-Teasdale	67,1	63,4	60,9	
12 Pointe-de-l'Île	69,7	67,8	66,5	
MONTRÉAL	69,7	65,0	62,6	
Maximum	90,0	78,3	76,7	
Minimum	54,9	53,6	50,7	

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 