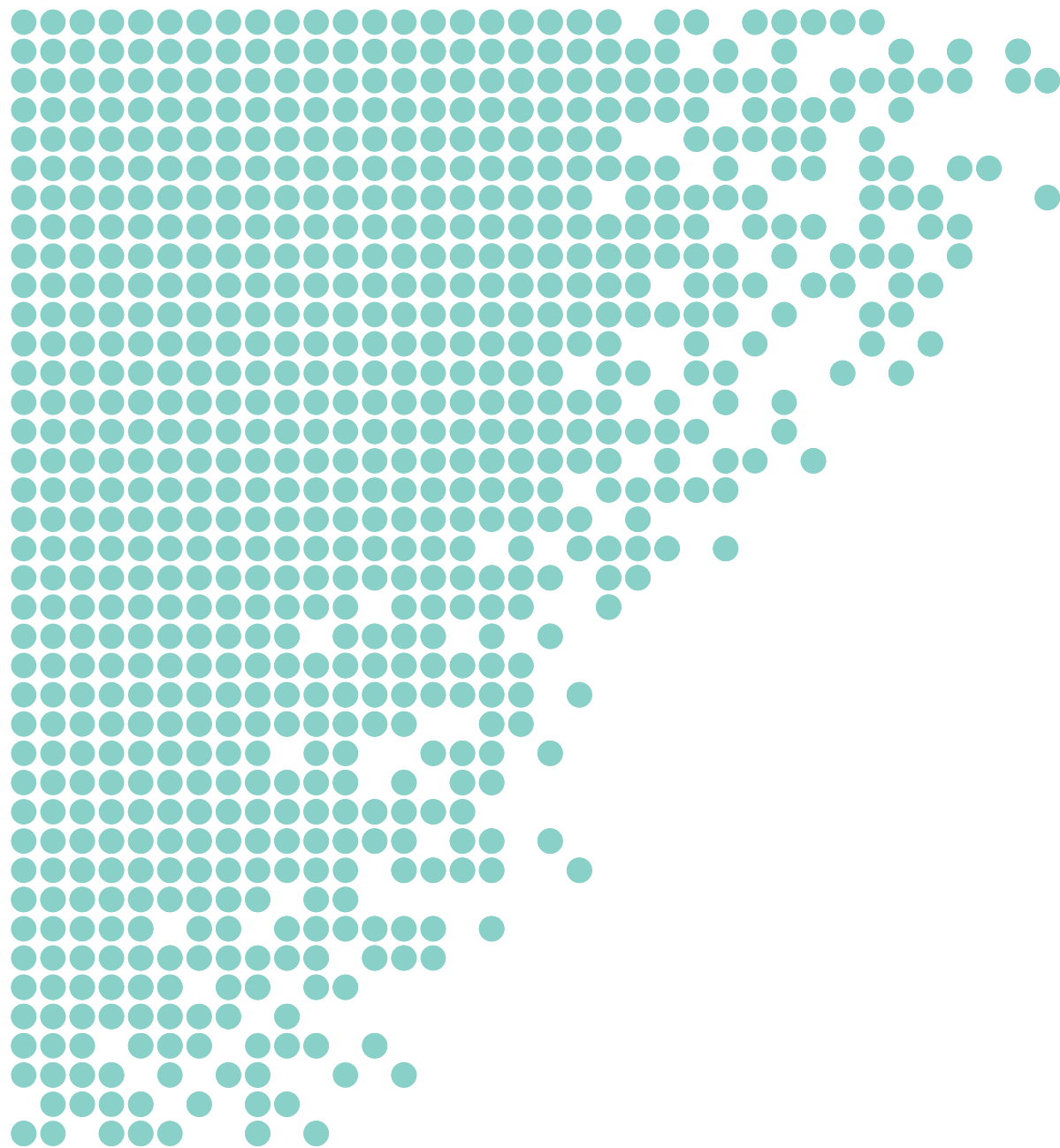




RAPPORT SUR LES INDICATEURS DE PERFORMANCE EN SANTÉ MENTALE

Commissaire
à la santé
et au bien-être

Québec 



RAPPORT SUR LES INDICATEURS DE PERFORMANCE EN SANTÉ MENTALE

*Commissaire
à la santé
et au bien-être*

Québec 

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être
Robert Salois

Comité de sélection des indicateurs
Jean-François Bélanger
Mike Benigeri
Valérie Émond
Marie-Josée Fleury
Daniel Labbé
Alain Lesage
Jacques Ramsay

Recherche, analyse et rédaction

Jean-François Bélanger
Maxime Ouellet
Geneviève Tremblay

Coordination

Maxime Ouellet
Hélène Van Nieuwenhuyse

Avec la collaboration de

Anne Robitaille
Directrice générale

Jacques Girard
Commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse

Félix Dugas
Daniel Labbé

Graphisme

Concept de la couverture
Côté Fleuve
Grille intérieure et infographie
Pouliot Guay graphistes

Révision linguistique et édition

Anne-Marie Labbé

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

© Gouvernement du Québec, 2012

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66329-4 (PDF)

Note Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

La production du présent rapport résulte de la participation de bon nombre de collaborateurs. C'est pourquoi nous désirons souligner la contribution de personnes et d'organismes qui nous ont appuyés tout au long de nos travaux. À ce titre, nous souhaitons remercier, plus particulièrement, les personnes suivantes :

M^{me} Kinga David, Institut canadien d'information sur la santé
M. André Delorme, ministère de la Santé et des Services sociaux
M^{me} Manon Duhamel, ministère de la Santé et des Services sociaux
M^{me} Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec
M^{me} Marie-Josée Fleury, Institut universitaire en santé mentale Douglas
M. André Forest, ministère de la Santé et des Services sociaux
M^{me} Danièle Francoeur, Institut national de santé publique du Québec
M. Mathieu Gagné, Institut national de santé publique du Québec
M^{me} Johanne Labbé, ministère de la Santé et des Services sociaux
M^{me} Céline Plante, Institut national de santé publique du Québec
M. Claude Lemay, Institut canadien d'information sur la santé
M. Alain Lesage, Réseau québécois de recherche sur le suicide; Hôpital Louis-H. Lafontaine
M. Jean-Frédéric Levesque, Institut national de santé publique du Québec
M. Louis Rochette, Institut national de santé publique du Québec
M^{me} Danielle St-Laurent, Institut national de santé publique du Québec

Nous tenons également à remercier les organismes dont le nom apparaît ci-dessus. Certes, toutes les personnes qui ont partagé leur avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leur nom ne figure pas dans ces lignes.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures _ VII

Liste des tableaux _ VIII

Introduction _ 1

Méthode d'analyse _ 2

Les sources d'information et la sélection des indicateurs. 3

Les calculs de balisage 4

Les limites de l'analyse 4

Comparaisons internationales _ 6

État de santé mentale. 6

Adaptation 7

Production 7

Comparaisons interprovinciales _ 11

État de santé mentale. 11

Adaptation 13

Production 14

Comparaisons interrégionales _ 23

État de santé mentale. 23

Adaptation 25

Production 26

Constats et questionnements _ 40

Conclusion _ 42

Médiagraphie _ 43

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Répartition des indicateurs de santé mentale	3
Figure 2 Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants.....	12
Figure 3 Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I 1	Tableau de balisage international : Santé mentale	8
Tableau P1	Tableau de balisage interprovincial : État de santé mentale	16
Tableau P2	Tableau de balisage interprovincial : Adaptation	18
Tableau P3	Tableau de balisage interprovincial : Production	20
Tableau R1	Tableau de données comparatives interrégionales : État de santé mentale	32
Tableau R2	Tableau de données comparatives interrégionales : Adaptation	34
Tableau R3	Tableau de données comparatives interrégionales : Production	36

INTRODUCTION

Afin de dresser le portrait de la santé mentale sur la base des données disponibles, nous avons tenté de regrouper dans ce document un ensemble d'informations pertinentes pour ce faire. Bien que le manque d'indicateurs fiables soit un problème récurrent lorsque l'on s'intéresse à des thématiques précises, cela est particulièrement vrai dans le secteur de la santé mentale, comme nous le verrons plus loin. Nous espérons que ces informations permettront à tout le moins de placer les bases pour l'analyse de la situation et l'identification des domaines où les données devraient davantage contribuer à porter un éclairage sur la performance du système de santé et de services sociaux à l'égard de la santé mentale. Finalement, même si la mesure de la performance du système en santé mentale pose des défis particuliers, l'exercice proposé consiste à tenter de mieux comprendre la capacité du système à répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux.

MÉTHODE D'ANALYSE

Pour comprendre une réalité aussi complexe que le système de santé et de services sociaux québécois et éclairer la prise de décision relative à son développement et à sa gestion, il faut d'abord se pencher sur la façon dont il est structuré, sur les ressources disponibles, sur les services qu'il rend et sur les résultats qu'il obtient, tout en restant sensible au contexte socioéconomique dans lequel il évolue. Un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses buts et ses objectifs et réalise les mandats qui lui sont confiés, en conformité avec les valeurs qui l'animent et qui optimisent sa production, compte tenu des ressources dont il dispose.

Afin de présenter le plus clairement possible les indicateurs retenus dans le cadre du thème cette année, nous les avons classés en trois blocs distincts, soit l'état de santé mentale, l'adaptation et la production. Cette classification sera présentée selon trois niveaux d'analyse (international, interprovincial et interrégional).

État de santé mentale

L'état de santé mentale est défini par les nombreux facteurs biologiques et psychologiques, mais aussi par des facteurs sociaux, qui influencent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné, tels le statut social, le niveau de scolarité et de revenu, les conditions de travail et le mode de vie. Les indicateurs de l'état de santé mentale regroupent des données sur le suicide, la prévalence de certains troubles mentaux spécifiques ainsi que les déterminants non médicaux de la santé mentale, comme la défavorisation matérielle et sociale, ou encore le niveau de stress perçu dans la vie.

Adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer et de configurer le système de soins et services dans le secteur de la santé mentale et d'y acquérir les ressources nécessaires pour s'ajuster aux besoins de la population et de la clientèle visée. On trouve dans cette fonction des données liées aux capacités financières, matérielles et humaines, telles que des nombres de ressources professionnelles ou des dépenses en santé mentale par habitant. Comme le système de soins et services est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper les besoins et les tendances émergentes dans le contexte politique, social, sanitaire, scolaire et technologique qui s'exerce sur le système de santé et de services sociaux comme tel.

Production

La production se caractérise non seulement en fonction des volumes de soins et services offerts en santé mentale, mais aussi par leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle concerne également la coordination des services, qui en permet un agencement logique et fonctionnel, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu. La production inclut aussi les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé mentale.

Figure 1
RÉPARTITION DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

	État de santé mentale	Adaptation	Production	Total
International	7	6	3	16
Provincial	14	6	14	34
Régional	20	15	24	59
Total	41	27	41	109

LES SOURCES D'INFORMATION ET LA SÉLECTION DES INDICATEURS

Plusieurs sources de données et d'informations ont été utilisées pour dresser le tableau de la performance du système de santé et de services sociaux québécois dans le secteur de la santé mentale. L'ensemble de ces références est disponible dans le *Recueil des sources et définitions des indicateurs de santé mentale*, qui est disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

Les principales sources à l'échelle internationale proviennent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En ce qui concerne les données interprovinciales, elles sont tirées essentiellement de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada, particulièrement de l'enquête de 2002 (cycle 1.2), qui porte sur la santé mentale. À l'échelle régionale, les sources de données utilisées sont plus nombreuses. Une grande majorité d'indicateurs proviennent de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), de bases de données hébergées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou encore de publications ministérielles. Plusieurs autres sont fournis par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou certaines associations professionnelles.

À partir de ces différentes sources de données, 109 indicateurs ont été sélectionnés afin d'assurer la couverture du plus grand nombre possible de dimensions de la performance en santé mentale, tout en évitant de multiplier inutilement l'information. Ils ont été retenus selon divers critères, dont la validité, la stabilité et la pertinence dans le cadre d'une analyse de la performance du système québécois dans le secteur de la santé mentale.

LES CALCULS DE BALISAGE

Pour chacun des indicateurs, un résultat de balisage sera présenté : il représente le rapport, exprimé en pourcentage, entre la donnée de la région et la balise pour cet indicateur. La balise correspond à un niveau jugé excellent. Sauf exception¹, elle est calculée en faisant la moyenne des résultats du tiers supérieur (au niveau international) ou des trois meilleurs résultats (au niveau provincial ou régional). Autrement dit, il s'agit d'une analyse comparative par indicateur, où les résultats les plus performants sont considérés comme des cibles à atteindre pour les autres régions.

LES LIMITES DE L'ANALYSE

Comme toute démarche d'appréciation de la performance, les besoins d'analyse pour le monitoring nécessitent un ensemble d'indicateurs qui doit être cohérent et le plus exhaustif possible. Or, la disponibilité réduite des données dans ce cas-ci ne permet d'atteindre ce but que partiellement, surtout lorsque plusieurs données espérées, qui contribuent à l'analyse, sont peu récentes. Ainsi, en vertu des cycles d'enquêtes et de la fréquence des mises à jour des données publiées, celles-ci peuvent ne pas être très récentes, voire avoir été recueillies depuis plus d'une dizaine d'années, telles certaines données provenant du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Il est donc évident que ces données ont une capacité limitée à rendre compte de la réalité actuelle. L'enjeu de la disponibilité des données sera détaillé dans la section sur les constats issus des données recueillies en santé mentale.

De plus, l'utilisation des comparaisons se basant sur des données standardisées fut priorisée, mais les indicateurs, surtout au niveau international, ne tiennent pas tous compte des différences au sujet des caractéristiques populationnelles, ce qui limite l'interprétation possible de certains écarts. Nous rappelons que les comparaisons sont présentées à titre indicatif et qu'elles permettent de mettre en contexte les données, tout en alimentant la réflexion au sujet de la performance. Les données standardisées ou ajustées en fonction des caractéristiques populationnelles permettent, quant à elles, des comparaisons plus précises, car elles ne sont pas sensibles aux variations liées aux caractéristiques populationnelles de la région, telles que l'âge ou le sexe. Ces facteurs démographiques, s'ils ne sont pas pris en compte dans un ajustement, peuvent influencer les résultats. Il convient donc d'être prudent à cet égard.

1. Lorsqu'il existe une exception, celle-ci est mentionnée dans le *Recueil des sources et définitions des indicateurs de santé mentale*, disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

L'analyse des indicateurs comporte aussi des limites sur le plan de la méthode et de l'interprétation, qui témoignent de la complexité du système de soins et services et de la difficulté à refléter les enjeux qui y sont liés. Toutes les régions du Québec ont leurs particularités sociales, économiques ou politiques. Quelques-unes ont même des attributions spécifiques – implicites ou explicites – dans le fonctionnement du système de santé et de services sociaux au Québec : avec ou sans mission universitaire, avec ou sans centre hospitalier de soins psychiatriques, avec ou sans département de psychiatrie, etc. Cet état de fait se traduit donc par une grande variabilité des résultats interrégionaux pour plusieurs indicateurs, sans que cela ne soit directement lié à la performance. L'interprétation doit donc se faire prudemment pour certains indicateurs, pour lesquels la mobilité interrégionale des usagers est grande. Notons également que, même si les indicateurs permettent de reconnaître des écarts entre les territoires comparés ou dans le temps, ils ne permettent pas nécessairement de les expliquer. Des enquêtes complémentaires sur le terrain et la participation des acteurs concernés dans le processus d'analyse des résultats sont généralement plus appropriées pour expliquer les écarts observés ou vérifier les hypothèses émises lors de l'analyse des données disponibles.

COMPARAISONS INTERNATIONALES

Pour situer la performance canadienne dans le secteur de la santé mentale, nous la comparons à 18 pays² membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Toutefois, selon l'indicateur sélectionné, les pays ne présentent pas tous des données, ce qui explique pourquoi le Canada est parfois comparé à un nombre moindre de pays. Cette section, qui se veut une analyse principalement descriptive, est subdivisée en fonction des trois fonctions présentées précédemment. Des tableaux comprenant l'ensemble des données présentées sont disponibles à la fin de cette section.

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

En ce qui concerne les indicateurs de l'état de santé mentale, le Canada se classe au 10^e rang parmi les 17 pays de l'OCDE quant à son taux d'hospitalisation pour les cas de troubles mentaux et du comportement³ avec 467 sorties pour 100 000 habitants en 2009. Si l'on suppose que cet indicateur reflète la prévalence, de faibles taux témoigneraient donc d'une plus faible prévalence. Or, plusieurs facteurs peuvent restreindre cette interprétation : le taux d'hospitalisation reflétant les protocoles de prise en charge de chacun des pays, l'accès aux soins et la propension à identifier et à traiter les troubles mentaux plutôt que la prévalence réelle de ces troubles dans la population. De plus, une grande variabilité est observée pour cet indicateur. Il convient d'être prudent quant à sa portée descriptive, puisqu'il est présenté avant tout à titre indicatif. En efficacité, le Canada se situe relativement bien : il obtient le 4^e rang sur 11 pays pour trois des six autres indicateurs, dont ceux relatifs aux abus de drogues (substances psychoactives), soit la mortalité et les années potentielles de vie perdues. Toutefois, le classement du Canada parmi la sélection des pays performants de l'OCDE est moins favorable relativement au suicide, même si la position relative du Canada en matière d'atteinte de la balise ressemble aux autres indicateurs de cette dimension. Globalement, on observe des proportions d'atteinte de la balise pour l'état de santé mentale variant de 40,7 % à 71,7 %, ce qui représente des écarts plus substantiels que ceux observés en adaptation ou en production.

2. Les 18 pays membres de l'OCDE sélectionnés pour les comparaisons sont ceux considérés comme les plus similaires au Canada en ce qui a trait au niveau de vie de leur population : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, le Japon, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse.

3. Il s'agit du nombre de sorties des hôpitaux généraux en raison d'un congé ou d'un décès à la suite d'une hospitalisation liée à un trouble mental ou du comportement pour 100 000 habitants. Pour chaque indicateur, le *Recueil des sources et définitions des indicateurs de la santé mentale* apporte plusieurs informations complémentaires utiles à leur compréhension. Ce recueil est disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

ADAPTATION

Les indicateurs internationaux d'adaptation réfèrent aux capacités humaines et matérielles dont dispose le Canada, comparativement aux autres pays de l'OCDE. Dans ce domaine, le Canada obtient le 8^e rang sur 13 pays avec 15 psychiatres pour 100 000 habitants et le 8^e rang sur 17 pays pour son nombre de psychologues, qui est de 35 pour 100 000 habitants. Pour les indicateurs relatifs aux nombres de lits, le Canada se situe parmi les pays les mieux nantis avec le 2^e rang pour le nombre de lits pour l'ensemble des soins psychiatriques, ainsi que le 3^e ou 4^e rang pour les nombres de lits dans les hôpitaux généraux ou psychiatriques ou dans les autres installations. Cela correspond à des proportions d'atteinte de la balise de 74,4% ou mieux pour ces indicateurs.

PRODUCTION

Pour ce qui est de la production, seulement trois indicateurs ont pu être présentés, c'est-à-dire un seul pour la productivité et deux pour la qualité. En productivité, la durée moyenne de séjour pour troubles mentaux et du comportement est de 17,9 jours et le Canada se place au 9^e rang sur 17 pays avec 59,8% d'atteinte de la balise. Sur le plan de la qualité, au sujet des indicateurs mesurant le taux de réadmission à l'hôpital pour les patients atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires, très peu de pays fournissent des données. Parmi les 6 pays qui le font, le Canada arrive respectivement au 2^e rang et au 1^{er} rang, avec des proportions d'atteinte de la balise très favorables, soit 88% et 100%.

TABLEAU I 1
TABLEAU DE BALISAGE INTERNATIONAL : SANTÉ MENTALE

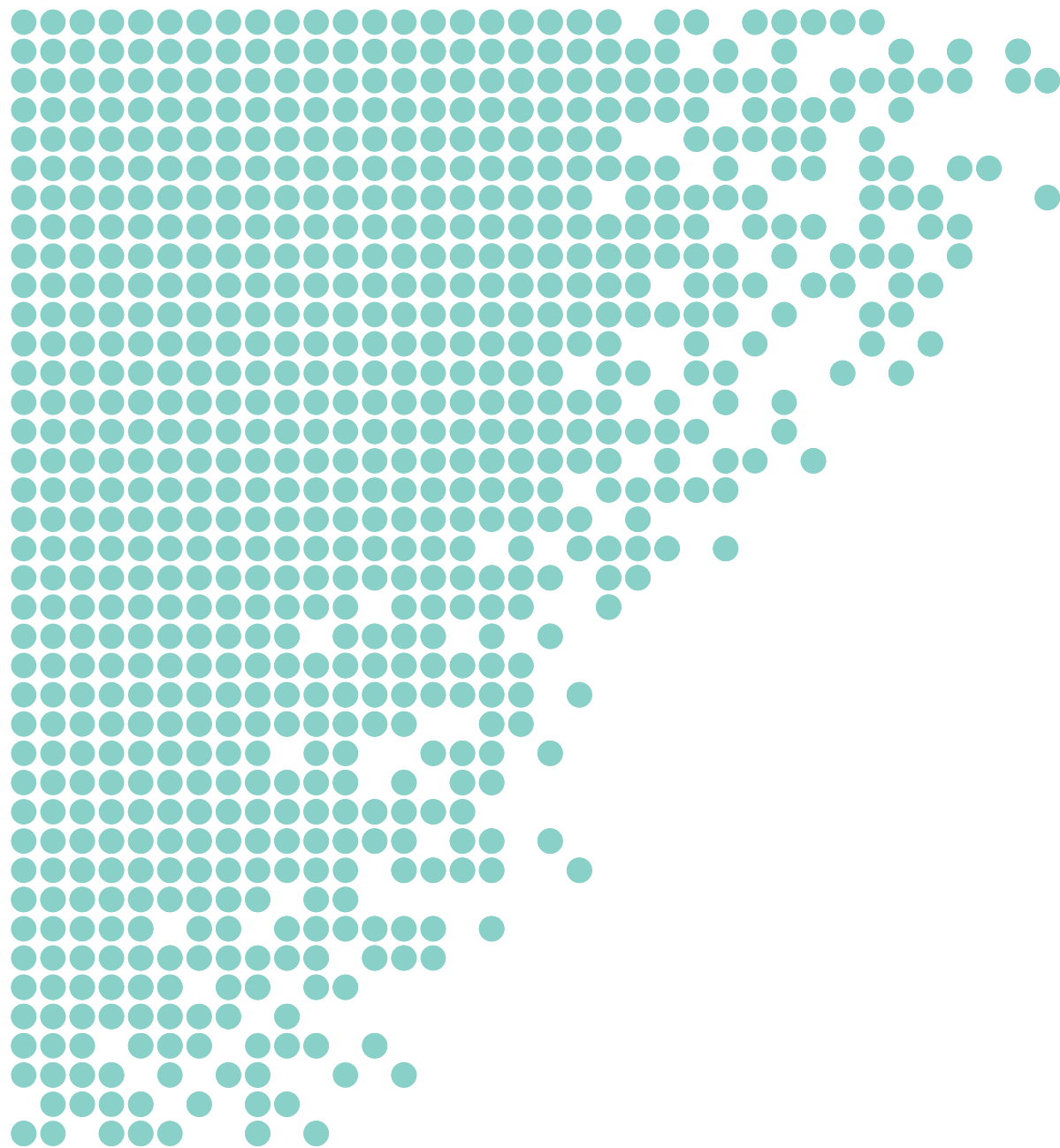
INDICATEURS*			Canada
État de santé mentale	Taux d'hospitalisation pour les cas de troubles mentaux et du comportement, pour 100 000 habitants, 2009	Prévalence des troubles mentaux	467
	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2009	Efficacité	11,1
	Taux ajusté de mortalité pour cause de troubles mentaux et du comportement, pour 100 000 habitants, 2009		35,6
	Taux ajusté de mortalité liée à l'utilisation de substances psychoactives, pour 100 000 habitants, 2009		0,3
	Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans, 2009		277
	Années potentielles de vie perdues pour cause de troubles mentaux et du comportement, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans, 2009		35,2
	Années potentielles de vie perdues liées à l'utilisation de substances psychoactives, pour 100 000 habitants de 0 à 69 ans, 2009		6,9
Adaptation	Nombre de psychiatres, pour 100 000 habitants, 2010	Capacités humaines et matérielles	15,0
	Nombre de psychologues, pour 100 000 habitants, 2005		35,0
	Nombre de lits pour l'ensemble des soins psychiatriques, pour 100 000 habitants, 2005		193
	Nombre de lits de soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux, pour 100 000 habitants, 2005		50,6
	Nombre de lits de soins psychiatriques dans les hôpitaux psychiatriques, pour 100 000 habitants, 2005		91
	Nombre de lits de soins psychiatriques dans des installations autres, pour 100 000 habitants, 2005		51,8
Production	Durée moyenne de séjour pour troubles mentaux et du comportement, en jours, 2009	Productivité	17,9
	Taux ajusté de réadmission à l'hôpital pour les patients atteints de schizophrénie, en %, 2009	Qualité	13,3
	Taux ajusté de réadmission à l'hôpital pour les patients atteints de troubles bipolaires, en %, 2009		12,7

* Pour chacun des indicateurs, les définitions, les sources utilisées et les paramètres du calcul de la balise d'excellence sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

Moyenne de la sélection OCDE	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
638	10 sur 17	118	1576	190	40,7 %
11,2	7 sur 13	5,9	18,9	7,1	64,2 %
28,4	10 sur 13	9,8	43,4	17,0	47,6 %
0,7	4 sur 11	0,1	2,7	0,2	58,3 %
253	7 sur 12	112	468	151	54,6 %
64,3	4 sur 11	16,9	152,9	25,2	71,7 %
22,9	4 sur 11	1,8	96,2	4,4	64,1 %
18,8	8 sur 13	8,0	43,0	26,5	56,6 %
35,8	8 sur 17	2	85,0	71,9	48,7 %
97	2 sur 18	38	221	162	100 %
27,8	3 sur 15	0	90,0	57,7	87,8 %
59	4 sur 14	0	154	122	74,4 %
26,1	3 sur 13	0	75,0	57,5	90,2 %
20,8	9 sur 17	3,4	51,2	10,7	59,8 %
20,7	2 sur 6	10,1	31,1	11,7	88,0 %
18,1	1 sur 6	12,7	24,4	12,9	100 %

** Le nombre de pays inclus varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.

*** La balise correspond à la moyenne des résultats du meilleur tiers de la distribution des données, sauf exception.



COMPARAISONS INTERPROVINCIALES

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Au niveau provincial, la dimension de l'état de santé mentale regroupe des indicateurs de prévalence des troubles mentaux et d'efficacité, mais aussi quelques-uns traitant des déterminants non médicaux et des facteurs de protection liés à la santé mentale (voir le tableau P1). Il est à noter qu'une multitude de facteurs, indépendants du système de santé et de services sociaux, peuvent avoir une incidence sur l'état de santé mentale des individus et des populations.

Dans la première sous-dimension, soit celle de la prévalence des troubles mentaux, les résultats sont souvent plus favorables pour le Québec que ceux de l'ensemble canadien en matière de prévalence des troubles mentaux. Le Québec occupe en effet le 1^{er} rang parmi les provinces canadiennes pour la proportion de la population ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, ainsi que pour la proportion de la population ayant un trouble de dépendance à l'alcool. Avec des proportions respectives de 4,7% pour les troubles de l'humeur et de 1,9% pour les troubles de dépendance à l'alcool, le Québec atteint la balise dans chacun des cas. De plus, le Québec se situe avantageusement par rapport à l'ensemble canadien en ce qui a trait à la faible proportion de la population ayant n'importe lequel des troubles mesurés ou une dépendance, soit 10,0% de sa population, à son taux d'hospitalisation liée à la maladie mentale, qui se situe à 435 pour 100 000 habitants, ainsi qu'à la proportion des personnes considérant leur santé mentale comme « très bonne » ou « excellente », qui est de 75,4%.

Pour ce qui est de la proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, le 7^e rang du Québec signifie un résultat moins favorable avec 68,1% d'atteinte de la balise. En ce qui a trait à la proportion de la population ayant un trouble de dépendance aux drogues illicites, le Québec se classe au 6^e rang sur les 8 provinces qui comptaient des données à ce sujet, ce qui représente 63,0% d'atteinte de la balise. Cependant, les dernières données disponibles pour ces indicateurs datent de 2002, ce qui est le cas également des indicateurs de trouble de dépendance à l'alcool et de proportion de la population ayant n'importe lequel des troubles mesurés ou une dépendance. Il est donc possible que la situation ne soit plus la même aujourd'hui.

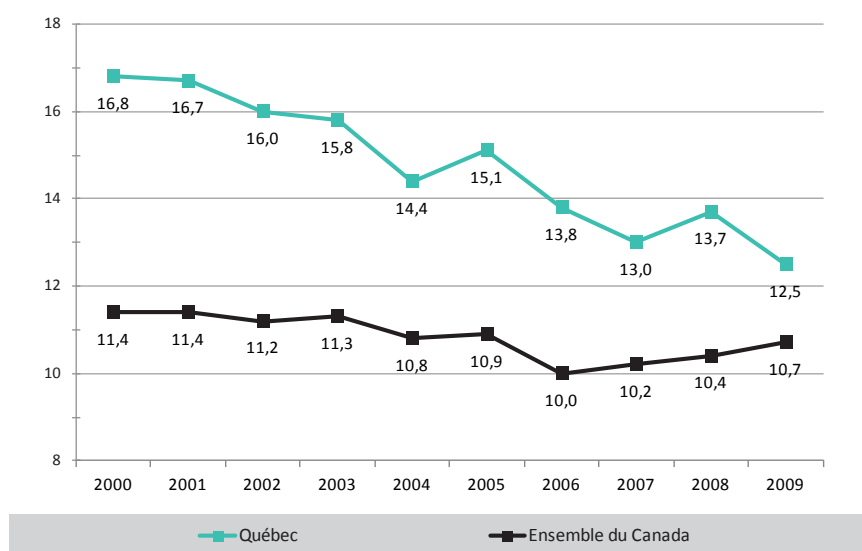
Pour la sous-dimension des déterminants non médicaux et des facteurs de protection liés à la santé mentale, le Québec présente des résultats polarisés selon les indicateurs observés. D'abord, pour les deux premiers indicateurs, il se classe dernier au Canada. Plus particulièrement, la faible proportion de la population considérant son sentiment

d'appartenance à la communauté locale comme « plutôt fort » ou « très fort » est moindre au Québec qu'ailleurs au Canada et les Québécois évaluent globalement leur vie comme « stressante » ou « extrêmement stressante » dans une plus large proportion que dans les autres provinces. Ce dernier indicateur est d'ailleurs celui qui a la proportion d'atteinte de la balise la plus faible de l'état de santé mentale, soit 57,0 %. En contrepartie, le Québec se place au 3^e rang pour le taux de consommation abusive d'alcool⁴ et atteint pratiquement la balise (92,9 %) avec 20,7 % de la population déclarant une telle consommation. C'est également au Québec que l'on trouve la plus grande proportion de la population « satisfaite » ou « très satisfaite » à l'égard de la vie avec une proportion de 94,7 %, ce qui lui vaut le 1^e rang.

La dernière sous-dimension, qui traite d'efficacité, c'est-à-dire des résultats de santé attribuables aux services du système, demeure fortement teintée par les indicateurs relatifs à la mortalité par suicide et aux années potentielles de vie perdues par suicide, car peu d'indicateurs ont pu s'ajouter à ces derniers pour compléter le portrait comparatif de l'efficacité du Québec en santé mentale. On remarque que le Québec occupe le 7^e rang en ce qui a trait au taux de mortalité par suicide, avec un taux de 12,5 pour 100 000 habitants, et l'avant-dernier rang pour les années potentielles de vie perdues par suicide, avec 443 pour 100 000 habitants. Toutefois, l'évolution temporelle de ces données (voir les figures 2 et 3) montre que le Québec a grandement réduit l'écart par rapport à l'ensemble du Canada au cours des dernières années, tant pour la mortalité par suicide que pour les années potentielles de vie perdues qui y sont rattachées. De plus, le Québec se situe bien relativement à son taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée : la province se classe en effet au 2^e rang et atteint la balise d'excellence à 92,0 %.

Figure 2

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, POUR 100 000 HABITANTS

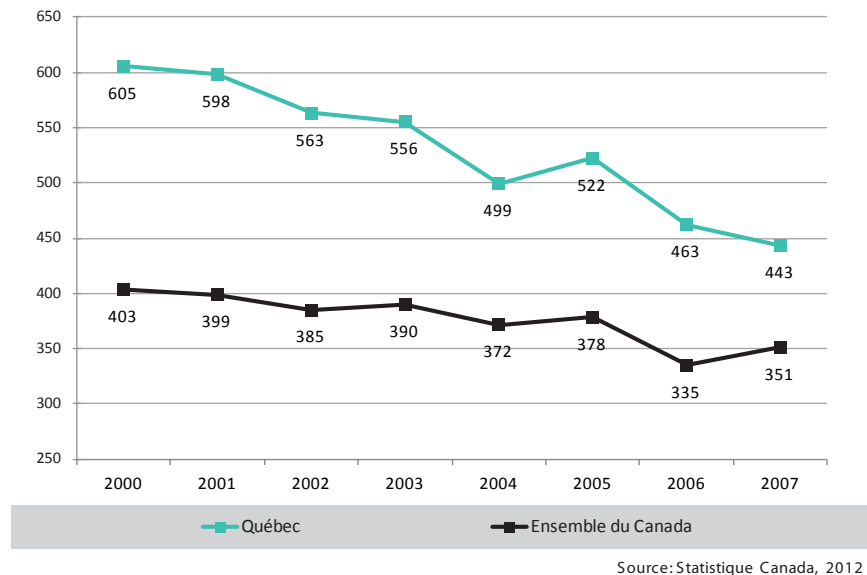


Source: Statistique Canada, 2012

4. Selon Statistique Canada, le taux de consommation abusive d'alcool correspond au pourcentage des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année.

Figure 3

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



ADAPTATION

Au regard de la fonction d'adaptation (voir le tableau P2), les six indicateurs disponibles décrivent les capacités financières du système relativement à la santé mentale, les capacités humaines et matérielles ainsi que l'ajustement aux besoins de la population. D'abord, le Québec se situe favorablement par rapport aux autres provinces quant aux capacités financières, alors qu'il contribue lui-même à la balise avec son 2^e rang pour le total des dépenses publiques pour la santé mentale⁵ (264 \$ par habitant) et son 1^{er} rang pour la proportion des dépenses publiques pour la santé mentale par rapport au total des dépenses⁶. Ce dernier indicateur signifie qu'au Québec, 8,5 % des dépenses publiques de santé sont consacrées à la santé mentale, comparativement à 6,7 % dans l'ensemble du Canada.

En matière de capacités humaines et matérielles, le Québec dispose de 11 psychiatres pour 100 000 habitants et de 95 psychologues pour 100 000 habitants, ce qui le place respectivement au 3^e et au 1^{er} rang parmi les provinces du Canada. Par contre, ces résultats favorables pour les ressources humaines ne sont pas similaires en regard du nombre de travailleurs sociaux : seulement 97 travailleurs sociaux pour 100 000 habitants au Québec, comparativement à 103 au Canada. Cela place donc le Québec au 7^e rang pour cet indicateur avec 44,5 % d'atteinte de la balise.

5. Le total des dépenses publiques pour la santé mentale correspond aux dépenses publiques pour les hospitalisations, les médecins, la santé mentale ambulatoire et communautaire, les services en dépendance et en toxicomanie et les médicaments.

6. Les dépenses pour la santé mentale sont habituellement définies comme la somme des dépenses pour les patients hospitalisés, les médecins, les malades externes traités à l'urgence, la psychiatrie communautaire, les services d'aide aux toxicomanes et les dépenses publiques en produits pharmaceutiques. Cette donnée doit être interprétée avec prudence, car la définition de ce que comprend le secteur de la santé mentale peut varier d'une autorité à l'autre. Au Québec, lorsque les crédits des programmes de soutien, de gestion des bâtiments et de soutien aux services de santé publique sont pris en compte, ce taux se situe à 8,5 %. Si l'on tient compte uniquement des dépenses du programme de santé mentale, il se situe plutôt à 6,0 % des dépenses totales en santé et en services sociaux (CSBE, 2012).

Enfin, la réponse aux besoins des citoyens semble bonne, si l'on en croit le 2^e rang du Québec pour la proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé mentale. En effet, seulement 3,8% des Québécois déclarent des besoins non satisfaits dans ce secteur, comparativement à 4,5% au Canada. Cependant, ce constat doit être mis en perspective, car non seulement il s'agit de petits nombres de cas déclarés, mais en plus, l'enquête pour recueillir cet indicateur a été effectuée en 2002.

PRODUCTION

C'est en production que l'on remarque la plus grande variabilité des proportions d'atteinte de la balise par le Québec, qui combine des résultats très favorables à d'autres, plus défavorables. Cela est particulièrement vrai pour la sous-dimension de l'accessibilité : les Québécois déclarent avoir consulté beaucoup moins de psychiatres que les citoyens des autres provinces, mais ils ont davantage retenu les services de psychologues. En effet, si seulement 1,3% des Québécois ont consulté un psychiatre, comparativement à 2,0% au Canada, presque le double de Québécois (3,9%) ont vu un psychologue, par rapport à ce qui est observé dans l'ensemble du Canada (2,0%). Par ailleurs, on observe peu de différences significatives vis-à-vis des données québécoises par rapport à l'ensemble canadien quant à la proportion de la population ayant utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale ou ayant consulté d'autres professionnels de la santé (autres que généraliste, psychologue et psychiatre) à cette fin. Néanmoins, ces données doivent être interprétées avec précaution, car elles décrivent la réalité de la période de collecte des données, soit 2002.

D'autres données d'accessibilité sont plus récentes et traitent de l'attente pour consulter un psychiatre après avoir été référé par un omnipraticien. Ainsi, le délai médian d'attente pour les cas urgents est de 2,0 semaines, soit le même temps d'attente que dans l'ensemble du Canada. Par contre, ce délai est légèrement plus élevé au Québec pour les cas non urgents, soit 8,0 semaines, comparativement à 7,7 semaines dans l'ensemble du Canada. Il faut toutefois prendre en considération que ces données se basent sur une enquête du Fraser Institute, dont le taux de réponse global est de 8%. Il convient donc d'être très prudent quant à l'interprétation de ces données.

Du côté de la productivité, le Québec obtient une durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux généraux (23,9 jours) supérieure à celle de l'ensemble du Canada (18,3 jours), ce qui lui vaut un 8^e rang avec 54,4% d'atteinte de la balise. Cependant, on observe un résultat inverse pour ce qui est de la durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques : elle est de 50,0 jours au Québec, comparativement à 81,0 dans l'ensemble du Canada. Il est à noter que ce dernier indicateur varie beaucoup d'une province à l'autre. Les coûts par service en psychiatrie⁷ sont également inférieurs au Québec, où ils sont de l'ordre de 53,80 \$ par service, contre 57,90 \$ pour l'ensemble du Canada, ce qui place la province au 1^{er} rang parmi les 8 provinces pour lesquelles une donnée est disponible.

7. Les services inclus dans le calcul sont les consultations et les visites (consultations, évaluations majeures, jours de soins hospitaliers, visites spéciales, psychothérapie/counseling et autres évaluations) ainsi que les interventions (chirurgie majeure, chirurgie mineure, aide chirurgicale, anesthésie, services obstétricaux, services diagnostiques/thérapeutiques, services spéciaux et services divers).

Dans la sous-dimension de la qualité et de la continuité des soins et services, les résultats sont moins tranchés en matière de performance. D'abord, les résultats obtenus par le Québec, en ce qui a trait au nombre d'interventions en psychiatrie, le placent au 5^e rang avec 252 interventions pour 1 000 habitants, donc un bilan inférieur à l'ensemble canadien, qui est de 288 interventions. De plus, le Québec s'inscrit près de la moyenne canadienne pour ses deux indicateurs de qualité traitant des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale et des réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital avec respectivement le 4^e et le 6^e rang. À cet égard, 10,2% des patients ont eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale et 11,2% ont été réadmis dans les 30 jours. Les proportions d'atteinte de la balise pour ces indicateurs indiquent un potentiel plus grand d'amélioration en ce qui concerne les taux de réadmission, puisque l'écart relatif à la balise est plus grand : le Québec présente 86,6% d'atteinte de la balise pour le taux de réadmission et 95,8% pour les hospitalisations répétées.

TABLEAU P1
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL : ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

INDICATEURS*		QUÉBEC
Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %, 2002	Prévalence des troubles mentaux	4,8
Proportion de la population ayant un trouble de dépendance à l'alcool, en %, 2002		1,9
Proportion de la population ayant un trouble de dépendance aux drogues illicites, en %, 2002		0,9
Proportion de la population ayant n'importe lequel des troubles mesurés ou une dépendance à des substances, en %, 2002		10,0
Proportion ajustée des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %, 2011		75,4
Proportion ajustée de la population ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, en %, 2011		4,7
Taux ajusté d'hospitalisation liée à la maladie mentale, pour 100 000 habitants, 2010-2011		435
Proportion ajustée de la population considérant son sentiment d'appartenance à la communauté locale comme plutôt fort ou très fort, en %, 2011	Déterminants non médicaux et facteurs de protection	55,1
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme stressante ou extrêmement stressante, en %, 2011		29,4
Taux ajusté de consommation abusive d'alcool, en %, 2011		20,7
Proportion ajustée de la population satisfaite ou très satisfaite à l'égard de la vie, en %, 2011		94,7
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2009	Efficacité	12,5
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2007		443
Taux ajusté d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 habitants, 2010-2011		58,0

* Pour chacun des indicateurs, les définitions, les sources utilisées et les paramètres du calcul de la balise d'excellence sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

ENSEMBLE DU CANADA	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
4,8	7 sur 10	2,6	5,6	3,3	68,1 %
2,6	1 sur 10	1,9	4,0	2,0	100 %
0,8	6 sur 8	0,5	1,1	0,6	63,0 %
10,6	4 sur 10	7,7	11,9	8,7	86,7 %
73,1	1 sur 10	67,8	75,4	74,6	100 %
6,8	1 sur 10	4,7	9,3	5,9	100 %
467	5 sur 10	379	870	402	92,3 %
64,3	10 sur 10	55,1	75,9	73,6	74,9 %
23,9	10 sur 10	13,2	29,4	16,8	57,0 %
20,3	3 sur 10	17,8	28,9	19,2	92,9 %
92,9	1 sur 10	91,5	94,7	94,4	100 %
10,7	7 sur 10	8,5	15,5	9,2	73,6 %
351	9 sur 10	269	509	287	64,8 %
66,0	2 sur 10	44,0	85,0	53,3	92,0 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.

*** La balise correspond à la moyenne des résultats du meilleur tiers de la distribution des données, sauf exception.

TABLEAU P2
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL : **ADAPTATION**

INDICATEURS*		QUÉBEC
Total des dépenses publiques pour la santé mentale par habitant, en \$, 2007-2008	Capacités financières	264
Dépenses publiques pour la santé mentale, en % du total des dépenses publiques pour la santé, 2007-2008		8,5
Nombre de psychiatres (rémunérés à l'acte, en ETC), pour 100 000 habitants, 2009-2010	Capacités humaines et matérielles	11
Nombre de psychologues, pour 100 000 habitants, 2009		95
Nombre de travailleurs sociaux, pour 100 000 habitants, 2009		97
Proportion de la population ayant déclaré des besoins non satisfaits en matière de santé mentale, en %, 2002	Ajustement aux besoins de la population	3,8

* Pour chacun des indicateurs, les définitions, les sources utilisées et les paramètres du calcul de la balise d'excellence sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

ENSEMBLE DU CANADA	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
226	2 sur 10	130	275	260	100 %
6,7	1 sur 10	4,0	8,5	8,0	100 %
11	3 sur 10	4	13	12	91,7 %
48	1 sur 10	18	95	72	100 %
103	7 sur 10	51	261	218	44,5 %
4,5	2 sur 10	3,4	5,4	3,8	100 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.

*** La balise correspond à la moyenne des résultats du meilleur tiers de la distribution des données, sauf exception.

TABLEAU P3
TABLEAU DE BALISAGE INTERPROVINCIAL : PRODUCTION

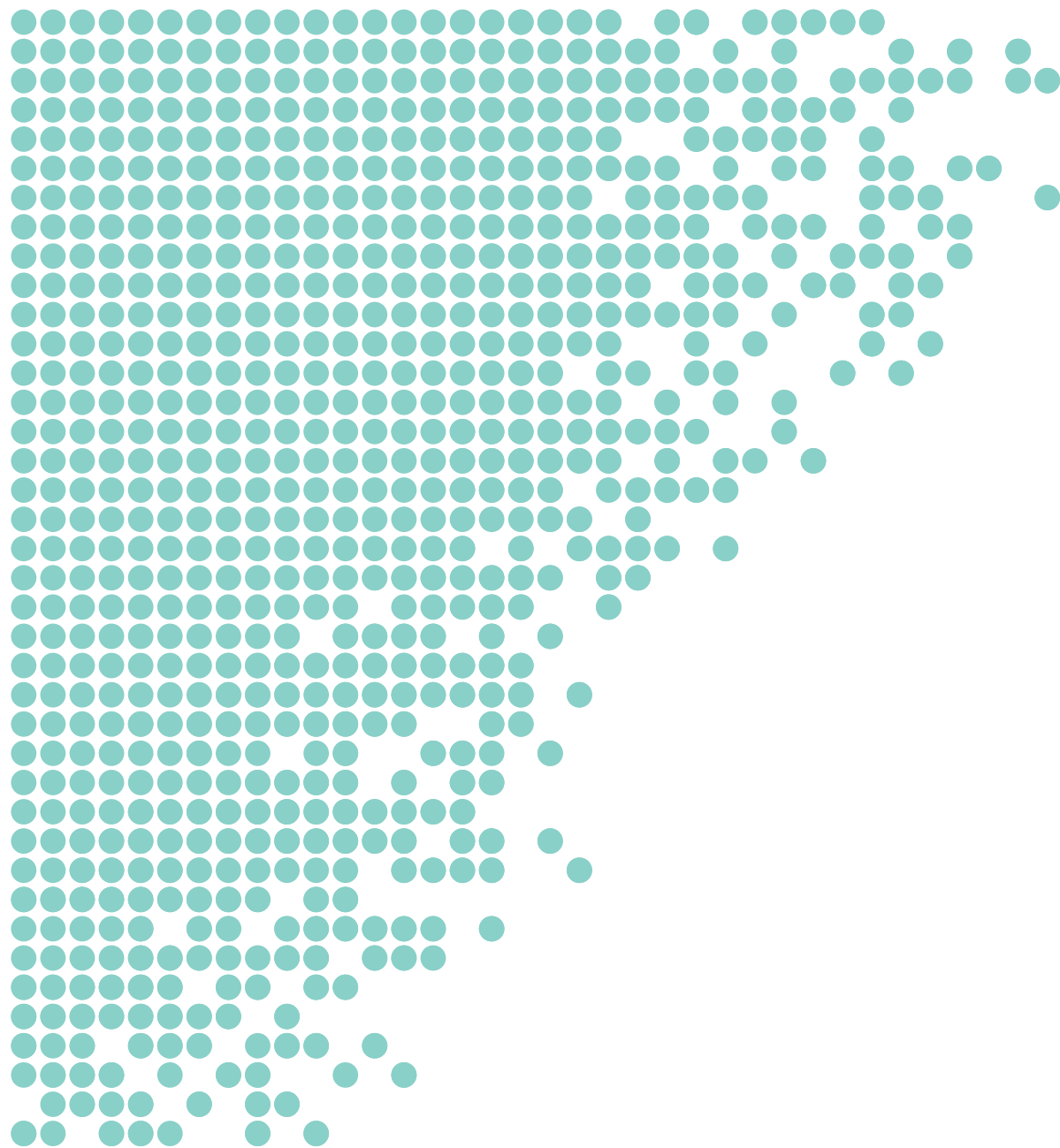
INDICATEURS*		QUÉBEC
Proportion de la population ayant utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale, en %, 2002	Accessibilité	9,6
Proportion de la population ayant consulté un psychologue au sujet de sa santé mentale, en %, 2002		3,9
Proportion de la population ayant consulté un psychiatre au sujet de sa santé mentale, en %, 2002		1,3
Proportion de la population ayant consulté d'autres professionnels de la santé (autres que généraliste, psychologue et psychiatre) au sujet de sa santé mentale, en %, 2002		3,7
Délai médian d'attente, pour les cas urgents, pour consulter un psychiatre après avoir été référé par un omnipraticien, en semaines, 2011		2
Délai médian d'attente, pour les cas non urgents, pour consulter un psychiatre après avoir été référé par un omnipraticien, en semaines, 2011		8,0
Proportion ajustée de la population consommant au moins un médicament pour un trouble mental, en %, 2002		15,3
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux généraux, en jours, 2009-2010	Productivité	23,9
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques, en jours, 2009-2010		50,0
Coût moyen par service en psychiatrie, en \$, 2009-2010		53,8
Nombre de services en psychiatrie, pour 1 000 habitants, 2008-2009	Qualité et continuité	252
Proportion des patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale, en %, 2009-2010		10,2
Taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale, en %, 2010-2011		11,2
Proportion de la rémunération clinique à l'acte, en % de la rémunération clinique totale en psychiatrie, 2009-2010		53,0

* Pour chacun des indicateurs, les définitions, les sources utilisées et les paramètres du calcul de la balise d'excellence sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

ENSEMBLE DU CANADA	RANG**	ÉTENDUE		BALISE***	% D'ATTEINTE DE LA BALISE
		MIN	MAX		
9,5	6 sur 10	6,7	11,3	11,0	87,0 %
2,0	1 sur 10	0,7	3,9	2,6	100 %
2,0	10 sur 10	1,3	2,6	2,5	52,7 %
4,0	5 sur 9	2,8	5,7	5,1	72,1 %
2	4 sur 9	1	2	1,3	66,7 %
7,7	7 sur 9	4,0	8,0	5,0	62,5 %
16,4	-	15,3	17,0	-	-
18,3	8 sur 10	11,3	26,0	13,0	54,4 %
80,5	2 sur 10	25,5	550,0	45,2	90,4 %
57,9	1 sur 8	53,8	102,6	53,8	100 %
288	5 sur 9	65	366	335	75,0 %
10,8	4 sur 10	9,6	12,7	9,8	95,8 %
11,4	6 sur 10	8,9	13,0	9,7	86,6 %
49,3	5 sur 7	30,6	90,8	31,8	60,0 %

** Le nombre de provinces incluses varie uniquement en fonction de la disponibilité des données.

*** La balise correspond à la moyenne des résultats du meilleur tiers de la distribution des données, sauf exception.



COMPARAISONS INTERRÉGIONALES

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

L'état de santé mentale au niveau régional présente les mêmes sous-dimensions que celles à l'échelle provinciale. La sous-dimension de la prévalence des troubles mentaux regroupe 7 indicateurs, celle des déterminants non médicaux et des facteurs de protection en compte 10 et, finalement, celle de l'efficacité en contient 3. Il est à noter que les résultats interrégionaux pour la fonction de l'état de santé mentale varient considérablement d'une région sociosanitaire à l'autre (voir le tableau R1).

On note d'abord que la proportion des personnes considérant leur santé mentale comme « très bonne » ou « excellente » est de 75,8 % au Québec et qu'elle varie de 69,9 % à 81,3 %. Les régions se distinguant favorablement de l'ensemble québécois en cette matière sont celles de la Capitale-Nationale (81,3 %), de Laval (79,6 %) et de la Côte-Nord (80,9 %). À l'inverse, c'est dans les régions de Montréal (72,3 %), du Bas-Saint-Laurent (69,9 %) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (72,2 %) que l'on trouve les plus faibles proportions.

Quant à la prévalence des troubles mentaux, elle est toujours plus élevée dans les régions universitaires que dans les autres régions du Québec. La Capitale-Nationale et l'Estrie présentent toutes deux un taux de prévalence annuelle ajustée des troubles mentaux de 128 pour 1 000 habitants, ce qui est élevé comparativement à celui de l'ensemble du Québec, qui est de 115 pour 1 000 habitants. La prévalence des troubles anxio-dépressifs est également plus élevée dans la Capitale-Nationale que dans les autres régions du Québec. De plus, c'est en Estrie (8,4 pour 1 000 habitants) et à Montréal (6,3) que les troubles de schizophrénie sont les plus présents. À l'opposé, on constate les plus faibles taux de prévalence dans les régions éloignées, particulièrement pour les régions de la Côte-Nord (90 pour 1 000 habitants pour les troubles mentaux et 56,2 pour les troubles anxio-dépressifs) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (103 pour 1 000 habitants pour les troubles mentaux et 61,3 pour les troubles anxio-dépressifs). Les taux d'hospitalisation liée à la maladie mentale sont toutefois plus bas que celui de l'ensemble du Québec dans les régions universitaires, à l'exception de Montréal, et plus élevés dans les régions éloignées. Par ailleurs, en 2005, 4,7 % de la population québécoise disait avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année et 4,9 % avait reçu, en 2009-2010, un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie.

En ce qui a trait aux données sur les déterminants non médicaux et les facteurs de protection liés à la santé mentale, il est difficile de tirer des constats, puisque les résultats ne démontrent pas de profils clairs selon le type de régions. Néanmoins, certaines observations

méritent une attention particulière. Les régions universitaires ont une proportion de leur population se trouvant dans les 4^e et 5^e quintiles de défavorisation sociale⁸ beaucoup plus élevée que celle de l'ensemble du Québec et, inversement, légèrement plus faible pour la défavorisation matérielle⁹. L'Estrie fait toutefois exception avec 44,9 % de sa population se trouvant dans les 4^e et 5^e quintiles de défavorisation matérielle et tout près de l'ensemble du Québec pour la défavorisation sociale. De plus, les régions intermédiaires et éloignées ont les plus importantes proportions de la population se trouvant dans les 4^e et 5^e quintiles de défavorisation matérielle : de 56,4 % à 92,2 % de la population. On doit faire abstraction de l'Outaouais, dont seulement 35,0 % de la population s'y trouve. En contrepartie, ce sont dans les mêmes régions que l'on observe les plus faibles proportions de la population se trouvant dans les 4^e et 5^e quintiles de défavorisation sociale : de 9,3 % à 37,4 % de la population. Les trois régions éloignées se distinguent d'ailleurs particulièrement de l'ensemble du Québec en ce qui a trait à leurs fortes proportions de la population considérant leur sentiment d'appartenance à la communauté locale comme « plutôt fort » ou « très fort ». Les régions de Laval, des Laurentides, de la Montérégie et de l'Outaouais sont les seules ayant des proportions inférieures à celles de l'ensemble du Québec pour les indicateurs de défavorisation sociale et matérielle. De plus, ces quatre régions ont une proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique plus faible que celle de l'ensemble du Québec, qui est de 20 %, mais elles ont aussi une proportion plus élevée en ce qui concerne la population percevant sa vie comme « stressante » ou « extrêmement stressante ».

La proportion des travailleurs déclarant un niveau d'insécurité d'emploi est plus élevée dans les Laurentides (26,5 %), dans Lanaudière (24,8 %) ainsi qu'en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (23,7 %). La région de la Côte-Nord se distingue favorablement, avec uniquement 15,5 % des travailleurs ayant un niveau d'insécurité élevé. Par contre, c'est dans cette région que l'on trouve les proportions les plus élevées de consommation de drogue (15,4 %) et de consommation abusive d'alcool¹⁰ (30,8 %). Pour ces deux derniers indicateurs, Laval se démarque avantageusement par rapport à l'ensemble du Québec, avec des résultats respectifs de 10,1 % et de 13,7 %.

Pour ce qui est des indicateurs relatifs au suicide et aux blessures auto-infligées, on constate que les régions éloignées, principalement l'Abitibi-Témiscamingue et la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, se distinguent défavorablement de l'ensemble du Québec pour tous les indicateurs mesurés. Alors que l'ensemble du Québec a une proportion de 2,8 % de la population ayant songé au suicide, l'Abitibi-Témiscamingue présente une proportion de 3,4 % et la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, de 3,3 %. Respectivement pour ces deux régions, les taux de mortalité par suicide sont de 22,5 et de 24,3 pour 100 000 habitants, les années potentielles de vie perdues par suicide sont de 757 et de 826 et les taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée sont de 157 et de 142 pour 100 000 habitants. À l'inverse, les régions de Montréal et de Laval se distinguent favorablement par rapport à l'ensemble du Québec pour ces indicateurs. Montréal a un taux de mortalité par suicide de 11,2 pour

8. L'indice de défavorisation matérielle est calculé à partir de trois indicateurs : la proportion de personnes n'ayant pas de certificat d'études secondaires, le rapport emploi/population et le revenu moyen (Pampalon et Raymond, 2000).

9. L'indice de défavorisation sociale est calculé à partir de trois indicateurs : la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, la proportion de familles monoparentales et la proportion de personnes vivant seules (Pampalon et Raymond, 2000).

10. Le taux de consommation abusive d'alcool est le nombre de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois dans la dernière année.

100 000 habitants, 344 années potentielles de vie perdues par suicide et un taux ajusté d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée de 27 pour 100 000 habitants. Quant à la région de Laval, elle a un taux de mortalité par suicide de 10,7 pour 100 000 habitants, 309 années potentielles de vie perdues par suicide et un taux ajusté d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée de 28 pour 100 000 habitants. Il est à noter que les données relatives au suicide se sont sensiblement améliorées depuis la dernière décennie dans les régions du Québec selon les données compilées par l'Institut national de santé publique du Québec (Gagné et St-Laurent, 2010).

ADAPTATION

Si l'on s'intéresse aux données détaillées (voir le tableau R2) pour les sous-dimensions des capacités financières et de l'ajustement aux besoins de la population, on note que les dépenses pour le programme de santé mentale sont de 137 \$ par habitant pour l'ensemble du Québec. Elles sont plus élevées dans les régions universitaires de la Capitale-Nationale (208 \$ par habitant) et de Montréal (211 \$) et c'est principalement dans les régions en périphérie de celles-ci que l'on trouve les dépenses les moins importantes (de 68 \$ à 113 \$ par habitant). On peut déduire qu'une part non négligeable des résidents des régions périphériques obtiennent leurs soins et services de santé mentale dans les régions universitaires. Cependant, la région de l'Estrie, qui a une mission universitaire et suprarégionale, a des dépenses par habitant de 120 \$. Par ailleurs, en 2009-2010, environ 8,0 % des dépenses¹¹ pour l'ensemble des programmes-services vont au programme de santé mentale et autour de 8,8 % de ces dépenses sont consacrées aux organismes communautaires. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (PASM) du MSSS souhaitait que la « portion des sommes allouées aux organismes communautaires atteigne au moins 10 % de l'enveloppe des dépenses de santé mentale » (MSSS, 2005, p. 67). Toutefois, les données recueillies portent à croire que cette proportion est allée en diminuant, puisqu'en 2005-2006, la proportion du budget de santé mentale consacrée aux organismes communautaires était de 9,9 % dans la province. En 2009-2010, 7 régions atteignaient tout de même la cible du PASM en cette matière : le Saguenay–Lac-Saint-Jean (11,0 %), la Montérégie (11,8 %), la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (12,3 %), l'Outaouais (12,7 %), l'Abitibi-Témiscamingue (13,5 %), la Côte-Nord (14,5 %) et le Nord-du-Québec (33,6 %).

Les ressources humaines en santé mentale, qui traduisent ici l'idée de « capacité humaine », sont plus importantes dans les régions universitaires. Ce sont dans les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal que l'on trouve les nombres les plus élevés de psychiatres pour 100 000 habitants avec respectivement 18,8 et 19,3. On y dénombre également 95,5 et 78,3 infirmières pratiquant dans le secteur de la santé mentale pour 100 000 habitants. De plus, il y aurait 166 psychologues pour 100 000 habitants dans la Capitale-Nationale et 152 à Montréal. Cette réalité des régions universitaires peut notamment s'expliquer par le fait que ces régions offrent des services spécialisés de deuxième et de troisième ligne en santé mentale et qu'on y trouve des centres hospitaliers de soins psychiatriques spécialisés de troisième ligne. L'Estrie a également des nombres de psychologues et d'infirmières pratiquant dans le

11. Cette donnée de comparaison régionale exclut les coûts liés à l'administration ainsi que le soutien aux services et la gestion des bâtiments, mais elle inclut les sommes consacrées aux services généraux et aux services de santé publique en santé mentale.

secteur de la santé mentale plus élevés que ceux de l'ensemble du Québec, sans toutefois se démarquer largement. Par contre, on observe les plus hauts nombres d'intervenants de première ligne dans les équipes de santé mentale en CSSS (en ETC), pour 100 000 habitants, dans les régions de l'Estrie (22), du Bas-Saint-Laurent (25,4) et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (21,2). On remarque que les régions périphériques sont celles où les ressources humaines sont les moins disponibles et que leur nombre se trouve généralement au-dessous des données pour l'ensemble du Québec.

Du côté des capacités matérielles, le portrait est sensiblement différent. Les régions universitaires de la Capitale-Nationale et de l'Estrie ont des nombres élevés de places destinées aux adultes ayant un diagnostic psychiatrique, au sein des CHSLD publics et privés conventionnés, pour 100 000 habitants, soit de 37,9 pour la Capitale-Nationale et de 19,6 pour l'Estrie. Montréal a un nombre élevé de places au sein des ressources intermédiaires destinées aux individus atteints de troubles mentaux avec un nombre de 62 pour 100 000 habitants. Aussi, les nombres de places au sein des ressources de type familial destinées aux individus atteints de troubles mentaux pour 100 000 habitants sont plus élevés dans les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec (100,9 places), de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (88,8 places) et du Bas-Saint-Laurent (78,5 places). C'est dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue (205 places), de Chaudière-Appalaches (168 places) et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (153 places) que les nombres de places en soutien d'intensité variable dans la communauté, pour 100 000 habitants, sont les plus hauts. Enfin, les nombres de places en suivi intensif dans le milieu, pour 100 000 habitants, sont plus élevés dans les régions du Bas-Saint-Laurent (81,5 places), de la Mauricie et Centre-du-Québec (58,3 places) et du Saguenay–Lac-Saint-Jean (53,0 places).

En regard de l'ajustement aux besoins de la population, la région de Laval attire l'attention. Elle a un taux de rétention¹² de la clientèle pour les hospitalisations en psychiatrie de 50,8 % et un indice d'autosuffisance de 0,32 en psychiatrie¹³. Les résultats des autres régions du Québec en matière d'autosuffisance vont de 0,68 au Nunavik à 1,26 à Montréal. Comme on pourrait s'y attendre, les seules régions dont les indices sont supérieurs à 1 sont les trois régions universitaires : la Capitale-Nationale (1,08), l'Estrie (1,02) et Montréal (1,26). Parallèlement, on observe au sein des régions périphériques les taux de rétention de la clientèle pour les hospitalisations en psychiatrie les plus faibles au Québec.

PRODUCTION

En production, l'accessibilité est sans aucun doute la sous-dimension où l'on trouve le plus grand nombre d'indicateurs (19), dont une série qui s'appuie sur les travaux réalisés par l'équipe de santé mentale de l'INSPQ et qui concourra à décrire plus spécifiquement l'utilisation des types de services selon des profils d'utilisation que l'on souhaite favoriser ou non selon un angle de performance pour améliorer la fluidité et la continuité des services.

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

13. « Un territoire est autosuffisant lorsque la production de services dans le territoire telle que mesurée par le nombre de médecins ETP est égale à la consommation des services en ETP par la population qui habite dans ce territoire. » (MSSS, 2006, p. 8).

D'autres indicateurs d'accessibilité touchent aux consultations de professionnels au sujet de la santé mentale, à l'accès aux médicaments et aux temps d'attente. La dimension de la production comporte également deux indicateurs en productivité et trois autres dans la sous-dimension de la qualité et de la continuité (voir le tableau R3).

Sur le plan de l'accessibilité, on remarque une proportion plus élevée d'utilisation d'au moins un service en santé mentale dans les populations de l'Outaouais (8,7 %) et de deux régions universitaires (Estrie et Montréal = 8,4 %), en comparaison avec l'ensemble du Québec (7,5 %). Ces trois régions se démarquent également pour leur fréquence élevée de consultation par téléphone d'un professionnel de la santé au sujet de sa santé mentale avec des proportions de l'ordre de 9,4 % et de 9,2 %, comparativement à 8,1 % pour l'ensemble du Québec. C'est toutefois la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, ainsi que les deux régions universitaires de l'Estrie et de Montréal, qui a la proportion la plus élevée en ce qui a trait à la consultation d'un psychologue. En contrepartie, les régions de Chaudière-Appalaches et du Bas-Saint-Laurent ont les plus faibles proportions d'utilisation d'une ressource ou d'un psychologue ou de consultation d'un professionnel par téléphone à des fins de santé mentale. Il est important de mentionner que les données de ces trois indicateurs de production datent de l'année 2003 : il est donc possible que le portrait ne soit plus le même en date d'aujourd'hui.

L'accès aux soins pour les personnes ayant reçu un diagnostic en santé mentale

Les données portant sur les profils d'utilisation proviennent toutes de l'INSPQ, qui a récemment produit des analyses détaillées¹⁴ sur l'utilisation des soins et services de santé mentale par les personnes ayant reçu un diagnostic en santé mentale (toutes catégories confondues) au cours d'une même année¹⁵. Les profils d'utilisation des services pour l'ensemble des personnes qui ont reçu un tel diagnostic ont été construits selon le lieu où les services ont été rendus et selon la spécialité du médecin concerné : omnipraticien, psychiatre ou autre médecin spécialiste. Ces renseignements ont été extraits des fichiers administratifs des services médicaux payés à l'acte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ainsi que du fichier des admissions hospitalières MED-ÉCHO. Les profils d'utilisation des soins et services de santé mentale sont mutuellement exclusifs et organisés de façon hiérarchique. Pour être considéré, le diagnostic principal de la consultation devait être pour une raison de santé mentale. Le premier profil regroupe exclusivement les individus admis à l'hôpital. Le second profil regroupe les usagers absents du premier profil ayant reçu au moins un diagnostic à l'urgence. Le troisième regroupe les individus absents des profils précédents ayant consulté un psychiatre en consultation externe. Le quatrième regroupe les usagers absents des profils précédents ayant consulté un omnipraticien en consultation externe. Finalement, le cinquième regroupe les individus absents des profils précédents ayant consulté un autre médecin spécialiste en consultation externe. Les quatre premiers profils d'utilisation analysés par l'INSPQ ont été retenus ici, puisqu'ils regroupent environ 85 % des usagers.

14. Les travaux de l'INSPQ offrent des données beaucoup plus détaillées quant à l'utilisation des soins et services de santé mentale : voir le document intitulé *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (Lesage, Émond et Rochette, 2012).

15. Les systèmes de classification internationale des maladies (CIM) 9 et 10 ont été utilisés pour identifier les cas prévalents.

La performance associée à l'utilisation des différents profils

En ce qui a trait à l'établissement des balises d'excellence, si l'on considère certaines orientations contenues dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* et d'autres orientations visant l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, il paraît souhaitable de voir diminuer la proportion des usagers se trouvant dans les deux premiers profils (hospitalisation et urgence) et augmenter la proportion des usagers se trouvant dans les profils 3 et 4 (psychiatre et omnipraticien en externe). Ainsi, si plus d'usagers se trouvent dans les profils 3 et 4, mieux devrait être la capacité d'agir avec les soins et services appropriés. En ce sens, on considère que l'accès à un psychiatre ou à un omnipraticien en externe doit être élevé pour assurer une bonne performance du système. Lorsque les usagers ne peuvent avoir accès à ces ressources, ils se retrouvent dans les profils 1 et 2 (hospitalisation ou urgence). Ainsi, des difficultés d'accès à des ressources de première ligne se traduisent non seulement en regard de la qualité et de la continuité des soins, mais elles ont aussi des conséquences sur l'efficacité du système, étant donné que le coût des services hospitaliers est souvent plus élevé que celui des services de première ligne. Bref, sans réduire d'aucune façon l'accès aux soins et services de deuxième ligne, il serait souhaitable que la plupart des usagers puissent obtenir un service en première ligne.

Les usagers atteints de troubles mentaux

À la lumière de ces précisions, il est intéressant de noter que seulement 3,3 % des usagers visés au niveau provincial se trouvent dans le premier profil d'utilisation, soit l'hospitalisation, en ce qui concerne les usagers atteints de troubles mentaux. Si les régions éloignées de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (5,5 %) et de la Côte-Nord (5,8 %) se classent un peu moins bien par rapport à l'ensemble québécois en cette matière, les régions périphériques de Laval (2,3 %) et des Laurentides (2,6 %) sont celles qui se situent le plus avantageusement. Quant aux trois régions universitaires, elles obtiennent un résultat (3,2 %) très près de celui de l'ensemble du Québec. Le portrait est semblable pour la proportion des usagers se trouvant dans le second profil d'utilisation, soit l'urgence, quoique les nombres soient plus élevés et varient davantage. À l'échelle de la province, ce sont 9,6 % des usagers visés qui se trouvent dans le second profil d'utilisation. Si l'utilisation des services d'urgence paraît moins importante dans la région de Lanaudière (6,4 %), elle semble être significativement plus importante dans les régions éloignées de l'Abitibi-Témiscamingue (19,2 %), de la Côte-Nord (17,0 %) et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (14,4 %).

En ce qui concerne les troisième et quatrième profils d'utilisation (psychiatre ou omnipraticien en externe), ils regroupent 73,2 % des individus atteints de troubles mentaux. Les usagers utilisant le plus les services d'un psychiatre ou d'un omnipraticien se trouvent dans la région de Lanaudière (78,3 %) et de l'Outaouais (77,5 %). Les résultats des régions universitaires, sauf Montréal (71,0 %), se situent au-dessus de la

moyenne québécoise, tout comme la plupart de ceux des régions en périphérie des régions universitaires. En contrepartie, les résultats du groupe des régions éloignées se trouvent parmi les plus basses proportions de l'ensemble québécois, particulièrement l'Abitibi-Témiscamingue (59,9%) et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (62,9%).

Les usagers atteints de troubles anxio-dépressifs

Parmi les usagers atteints de troubles anxio-dépressifs, on remarque dans le premier profil d'utilisation une plus faible proportion de gens pour Montréal (3,6%) et dans quelques régions en périphérie des régions universitaires, dont Laval (3,1%) et les Laurentides (3,4%). Dans le second profil, on arrive au même constat au sujet des régions périphériques, mais cette fois avec Lanaudière (7,5%): chacune des régions de ce groupe a des proportions d'usagers se retrouvant à l'urgence plus faibles que la proportion pour l'ensemble du Québec (10,3%), sauf les Laurentides (10,5%). Tant pour le premier que le second profil, les régions éloignées présentent des proportions beaucoup plus élevées que celle de l'ensemble du Québec, c'est-à-dire que l'hospitalisation et le recours à l'urgence pour les troubles anxio-dépressifs sont plus courants que dans les autres régions, particulièrement en Abitibi-Témiscamingue (23,8%) et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (19,4%). Évidemment, cela va de pair avec les résultats observés en regard de la consultation d'un psychiatre ou d'un omnipraticien en externe pour ces mêmes régions, qui sont les plus faibles au Québec (respectivement 64,9% et 67,5%).

Les usagers atteints de schizophrénie

Pour les individus ayant un diagnostic de schizophrénie, l'hospitalisation et le recours à l'urgence (profils 1 et 2) semblent proportionnellement plus présents dans les régions intermédiaires et éloignées. Cela est particulièrement vrai pour les régions de la Côte-Nord (45,0%) et de l'Outaouais (40,2%), pour le premier profil, et de l'Abitibi-Témiscamingue (15,9%) et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (15,4%), pour le second profil. D'un autre côté, la région de l'Estrie est celle qui s'illustre pour sa faible proportion d'utilisateurs ayant été hospitalisés (20,0%) ou ayant eu recours à l'urgence (10,5%) à la suite d'un diagnostic de schizophrénie. La tendance se confirme par un regard sur l'amalgame des profils 3 et 4, puisque l'Estrie a un accès aux psychiatres ou aux omnipraticiens en externe (69,1%) plus grand que ce qui est noté pour l'ensemble du Québec (55,5%). Le Bas-Saint-Laurent se trouve aussi parmi les régions où il semble être plus facile d'accéder à des services de psychiatre ou d'omnipraticien en externe (58,8%). De manière cohérente avec les résultats cités précédemment, les proportions d'usagers se trouvant dans les profils 3 et 4 tendent à être plus faibles dans les régions éloignées.

Toujours en matière d'accessibilité des soins et services de santé mentale, les données démontrent que 14,4 % de la population couverte par le régime public d'assurance médicaments au Québec a fait usage d'antidépresseurs en 2009. On remarque d'ailleurs que les régions intermédiaires sont celles où l'utilisation d'antidépresseurs a été la plus élevée avec des taux variant de 16,6 % à 18,2 %. Les régions de Montréal et de Laval ont les proportions les plus faibles avec respectivement 11,4 % et 12,0 %. Les proportions pour l'usage d'antipsychotiques sont sensiblement plus faibles (4,4 % pour l'ensemble de la province). Les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, du Bas-Saint-Laurent ainsi que de la Mauricie et Centre-du-Québec ont les taux les plus élevés (de 5,1 % à 5,3 %), alors qu'encore une fois, Laval se démarque par sa faible utilisation avec 3,3 %, de même que l'Abitibi-Témiscamingue (3,8 %) et la Côte-Nord (3,6 %). L'utilisation plus modérée de ce type de médicament¹⁶ peut s'expliquer, en partie, par le fait qu'il est destiné à des troubles plus rares, telle la schizophrénie.

Pour ce qui est des délais d'attente, on note d'abord que 4,0 % des usagers au Québec attendent plus de 60 jours avant d'avoir accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale. Bien que 10 des 15 régions québécoises aient de meilleurs délais d'accès que celui de l'ensemble du Québec, 15,7 % des usagers des services de deuxième et de troisième ligne de la région des Laurentides et 8,0 % de ceux de la Côte-Nord ont des délais d'accès supérieurs à 60 jours. Aussi, les données montrent que le délai moyen d'attente de l'utilisateur¹⁷ pour une première intervention en santé mentale au Québec est de 36 jours. Néanmoins, ce délai d'attente ne mène pas tous les usagers à un traitement, puisque cette première intervention peut être de type évaluation ou action. Même si 7 régions sur 16 obtiennent des délais d'attente sous la donnée provinciale, seules les régions de la Capitale-Nationale (14,2 jours) et de la Côte-Nord (22,9 jours) se distinguent réellement de l'ensemble du Québec. En contrepartie, les régions du Bas-Saint-Laurent, de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue sont celles où les délais d'attente sont les plus longs : ils varient de 48,8 jours à 55,1 jours.

Enfin, la proportion des séjours de 12 heures et plus sur civière à l'urgence pour des raisons de santé mentale est de 52,8 % au Québec. Le Bas-Saint-Laurent (19,0 %), le Saguenay–Lac-Saint-Jean (26,8 %) et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (29,7 %) se distinguent favorablement de l'ensemble québécois, tandis que la région de l'Outaouais est la seule à se distinguer défavorablement, avec 72,4 % des séjours de 12 heures et plus sur civière à l'urgence pour des raisons de santé mentale. Précisons que les régions de l'Estrie, de Montréal, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides, de la Montérégie ainsi que de la Mauricie et Centre-du-Québec obtiennent toutes des proportions supérieures à celle de l'ensemble québécois.

16. Le Commissaire s'est donné pour mandat d'approfondir le domaine du médicament au Québec dans un prochain rapport thématique.

17. Le délai moyen d'attente correspond au nombre de jours écoulés en moyenne entre la date de réception de la demande de l'utilisateur et la date de la première intervention auprès de celui-ci. La nature de la première intervention peut être de type évaluation ou prise d'action. Il est à noter que ce délai est différent de celui présenté dans le *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, qui considère plutôt le délai entre la première assignation et l'intervention afin de le comparer aux cibles du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005).

En ce qui concerne la sous-dimension de la productivité, la durée moyenne de séjour au niveau régional est moins longue en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) avec 23,8 jours qu'en centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY) avec 51,9 jours¹⁸. Cette différence peut s'expliquer en partie par les différentes clientèles desservies par ces deux catégories d'établissement. Dans les CHSGS, les données passent de 14,2 jours en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 16,5 jours en Mauricie et Centre-du-Québec et 16,7 jours en Chaudière-Appalaches à 29,9 jours dans la Capitale-Nationale, 30,3 jours à Montréal et 36,3 jours à Laval. Les variations sont encore plus importantes dans les CHPSY. Les régions du Saguenay—Lac-Saint-Jean (22,9 jours) et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (26,2 jours) obtiennent les durées moyennes de séjour les plus basses de la province, alors que la Mauricie et Centre-du-Québec (73,2 jours) et l'Abitibi-Témiscamingue (76,7 jours) ont les résultats les plus élevés.

Les indicateurs portant sur la qualité et la continuité des soins et services démontrent que le nombre d'interventions par usager des services de santé mentale (mission CLSC) est beaucoup plus élevé dans les régions de Chaudière-Appalaches (13,8 interventions), du Saguenay—Lac-Saint-Jean (15,0) et de la Côte-Nord (14,6), comparativement à l'ensemble québécois, qui est de 9,2 interventions par usager. À l'inverse, Laval (5,9) et Lanaudière (6,8) sont les régions où l'on trouve le moins d'interventions par usager. En ce qui a trait à la proportion des patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale, les régions universitaires de la Capitale-Nationale (8,0 %) et de Montréal (8,3 %), ainsi que l'Outaouais (6,5 %), obtiennent les résultats les plus favorables autant pour cet indicateur que pour celui des réadmissions dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale. Les résultats les plus préoccupants en regard de ces deux indicateurs se trouvent parmi les régions intermédiaires, à l'exception de l'Outaouais. Par exemple, le taux des patients ayant eu des hospitalisations répétées et le taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale sont tous les deux de 13,3 % pour la Mauricie et Centre-du-Québec, ce qui est au-delà de la moyenne québécoise (respectivement 10,2 % et 11,2 %).

18. De faibles écarts s'observent entre la donnée présentée au niveau provincial et celle de l'ensemble du Québec au niveau régional. Cela est dû au fait que le calcul au niveau provincial réfère à la *Base de données sur les services de santé mentale en milieu hospitalier*, alors que le calcul régional est établi en fonction de la *Base de données sur la morbidité hospitalière*.

TABLEAU R1
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES :
ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur, en %, 2005	Prévalence des troubles mentaux	4,4	4,2	5,5
Prévalence annuelle ajustée des troubles mentaux, pour 1 000 habitants, 2009-2010		128	128	111
Prévalence annuelle ajustée des troubles anxio-dépressifs, pour 1 000 habitants, 2009-2010		79,8	76,9	75,3
Prévalence annuelle ajustée des troubles de schizophrénie, pour 1 000 habitants, 2009-2010		4,5	8,4	6,3
Proportion des personnes considérant leur santé mentale comme très bonne ou excellente, en %, 2010		81,3	77,1	72,3
Proportion de la population ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tel que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, en %, 2009-2010		3,5	5,0	5,4
Taux ajusté d'hospitalisation liée à la maladie mentale, pour 100 000 habitants, 2009-2010		338	563	256
Proportion de la population se trouvant dans les 4 ^e et 5 ^e quintiles de défavorisation matérielle, en %, 2009	Déterminants non médicaux et facteurs de protection	24,1	44,9	38,8
Proportion de la population se trouvant dans les 4 ^e et 5 ^e quintiles de défavorisation sociale, en %, 2009		45,1	40,7	62,1
Proportion de la population considérant son sentiment d'appartenance à la communauté locale comme plutôt fort ou très fort, en %, 2010		58,4	56,0	60,3
Proportion des travailleurs ayant un niveau élevé d'insécurité d'emploi, en %, 2005		20,2	20,1	23,6
Proportion de la population percevant sa vie comme stressante ou extrêmement stressante, en %, 2010		24,1	19,4	26,7
Proportion de la population ayant consommé de la drogue, en %, 2008		11,9	13,6	14,4
Taux de consommation abusive d'alcool, en %, 2010		21,7	18,0	14,4
Proportion de la population satisfaite ou très satisfaite à l'égard de la vie, en %, 2010		95,7	92,6	92,8
Proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique, en %, 2007-2008		21,6	18,2	21,4
Proportion de la population ayant songé au suicide, en %, 2008		3,0	2,9	2,7
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants, 2005-2007	Efficacité	16,8	17,8	11,2
Années potentielles de vie perdues par suicide, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, 2005-2007		552	595	344
Taux ajusté d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 habitants, 2009-2010		57	74	27

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement (à 1 écart-type de la moyenne des régions)

Valeur se distinguant défavorablement (à 1 écart-type de la moyenne des régions)

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
3,8	4,3	5,1	5,0	3,6	3,6	3,8	4,9	6,8	5,7	7,2	4,6	4,7	-	-	-
113	110	119	122	115	117	122	110	115	117	90	103	115	-	-	-
70,1	72,9	72,3	76,2	74,7	67,3	72,6	67,0	79,2	73,0	56,2	61,3	73,6	-	-	-
3,4	3,2	2,4	2,4	3,4	4,4	4,1	3,8	2,7	3,6	3,4	3,5	4,3	-	-	-
75,7	79,6	76,1	74,8	78,8	69,9	77,0	72,2	73,8	77,3	80,9	75,3	75,8	73,9	-	-
3,2	4,4	4,5	4,6	5,1	3,9	5,5	6,1	6,2	6,6	3,9	4,1	4,9	4,1	-	-
657	284	487	392	451	679	768	665	349	602	714	691	429	-	-	-
43,2	21,8	45,5	35,1	30,8	66,2	56,5	56,4	35,0	66,3	57,2	92,2	39,6	57,5	86,6	100
22,1	35,6	25,6	35,5	33,3	22,3	28,8	35,7	37,4	28,4	21,2	9,3	40,1	16,7	18,3	-
56,2	52,4	47,5	52,8	51,1	61,5	65,8	56,4	57,3	72,2	81,2	74,8	56,9	77,9	-	-
18,8	18,4	24,8	26,5	20,7	20,6	19,1	21,4	20,3	21,6	15,5	23,7	21,7	18,5	-	-
25,4	28,3	27,7	31,3	29,6	21,9	20,0	27,5	30,3	23,0	20,8	23,1	26,7	22,0	-	-
11,4	10,1	13,2	12,8	13,6	9,5	13,3	11,6	13,9	13,2	15,4	11,7	13,1	16,8	-	-
18,8	13,7	13,6	18,3	16,9	16,8	27,1	20,9	23,3	22,0	30,8	12,4	17,7	28,5	-	-
94,6	93,6	95,7	92,6	94,4	94,2	95,1	95,6	91,5	93,6	96,8	92,5	93,9	95,7	-	-
22,0	17,7	21,6	19,6	18,3	18,7	17,9	23,8	14,2	22,5	17,4	16,5	20,0	22,3	-	-
2,7	2,4	2,4	3,4	3,0	2,5	2,4	2,0	3,1	3,4	2,5	3,3	2,8	3,0	-	-
19,1	10,7	16,1	15,9	13,7	23,4	17,7	20,5	15,5	22,5	19,7	24,3	15,3	14,1	90,8	18,5
580	309	518	492	458	778	588	703	485	757	666	826	495	455	4390	991
92	28	66	52	65	102	98	96	62	157	80	142	61	-	-	-

TABLEAU R2
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES: ADAPTATION

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Dépenses pour le programme de santé mentale par habitant, en \$, 2009-2010	Capacités financières	208	120	211
Dépenses consacrées aux organismes communautaires, en % du total des dépenses pour le programme de santé mentale, 2009-2010		8,9	6,1	7,0
Dépenses pour le programme de santé mentale, en % du total des dépenses pour l'ensemble des programmes-services, 2009-2010		9,3	6,5	9,0
Nombre de psychiatres (rémunérés à l'acte, en ETC), pour 100 000 habitants, 2009	Capacités humaines et matérielles	18,8	11,9	19,3
Nombre de psychologues, pour 100 000 habitants, 2010-2011		166	120	152
Nombre d'intervenants de première ligne dans les équipes de santé mentale en CSSS (en ETC), pour 100 000 habitants, 2009-2010		12,3	22,0	16,7
Nombre d'infirmières pratiquant dans le secteur de la santé mentale, pour 100 000 habitants, 2010-2011		95,5	57,7	78,3
Nombre de places destinées aux adultes ayant un diagnostic psychiatrique, au sein des CHSLD publics et privés conventionnés, pour 100 000 habitants, 2009-2010		37,9	19,6	12,2
Nombre de places au sein des ressources intermédiaires destinées aux individus atteints de troubles mentaux, pour 100 000 habitants, au 31 mars 2010		43,5	23,2	62,0
Nombre de places au sein des ressources de type familial destinées aux individus atteints de troubles mentaux, pour 100 000 habitants, au 31 mars 2010		32,8	60,4	54,3
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté, pour 100 000 habitants, 2009-2010		139	86	83
Nombre de places en suivi intensif dans le milieu, pour 100 000 habitants, 2009-2010		19,6	4,6	16,6
Proportion des interventions en santé mentale, en % du total des interventions en CLSC, 2010-2011		8,8	7,8	4,2
Taux de rétention de la clientèle pour les hospitalisations en psychiatrie, en %, 2009-2010	Ajustement aux besoins de la population	98,5	95,6	98,0
Indice d'autosuffisance en psychiatrie, 2009		1,08	1,02	1,26

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

(—) Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement (à 1 écart-type de la moyenne des régions)

Valeur se distinguant défavorablement (à 1 écart-type de la moyenne des régions)

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
113	68	102	86	82	135	126	125	112	127	117	162	137	93	-	-
9,2	9,7	7,8	5,5	11,8	8,5	11,0	8,6	12,7	13,5	14,5	12,3	8,8	33,6	-	-
8,0	5,9	9,0	7,5	7,2	6,9	7,1	7,7	8,2	6,7	5,4	7,0	8,0	3,7	-	-
11,2	3,8	8,6	7,0	8,9	11,9	11,1	7,7	8,7	12,4	10,5	17,1	12,7	10,6	11,4	0
70	69	63	74	75	62	101	96	78	54	67	72	108	34		
14,0	13,0	8,6	10,6	13,1	25,4	21,2	12,4	16,2	17,3	16,2	14,9	13,8	41,2	-	-
39,2	18,2	33,9	33,1	26,4	38,8	43,5	36,8	40,6	44,8	42,1	38,1	52,5	4,8		
12,4	2,3	9,4	4,1	2,1	0	3,7	0	0	0	0	5,3	9,2	0	-	-
8,7	22,6	35,2	12,9	19,9	68,6	21,0	40,6	9,0	4,1	26,2	25,4	34,2	34,4	-	-
70,4	24,6	48,1	22,4	35,8	78,5	12,9	100,9	33,9	33,1	7,4	88,8	46,4	6,9	-	-
168	24	55	94	51	38	103	94	52	205	78	153	74	118	-	-
28,9	18,5	23,1	2,6	39,3	81,5	53,0	58,3	34,7	0	0	0	24,9	0	-	-
8,9	4,5	3,0	8,1	4,8	7,5	11,4	6,1	6,7	6,6	10,3	5,8	6,2	5,4	-	-
95,5	50,8	90,3	84,3	88,2	97,8	98,6	92,5	97,7	97,9	92,2	79,8	-	53,1	81,5	35,8
0,91	0,32	0,80	0,74	0,82	0,94	0,99	0,90	0,94	0,97	0,87	0,91	1	0,89	0,68	-

TABLEAU R3
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES: PRODUCTION

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSIONS	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Proportion de la population ayant utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale, en %, 2003	Accessibilité	7,3	8,4	8,4
Proportion de la population ayant consulté un psychologue au sujet de sa santé mentale, en %, 2003		3,8	4,3	4,7
Proportion de la population ayant vu ou consulté par téléphone un professionnel de la santé au sujet de sa santé mentale, en %, 2003-2004		7,9	9,2	9,2
Proportion des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %, 2009		3,2	3,2	3,2
Proportion des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le second profil d'utilisation (urgence), en %, 2009		8,8	10,3	10,3
Proportion des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le troisième ou le quatrième profil d'utilisation (psychiatre ou omnipraticien en externe), en %, 2009		76,9	76,2	71,0
Proportion des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %, 2009		4,2	4,5	3,6
Proportion des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le second profil d'utilisation (urgence), en %, 2009		10,1	12,0	10,6
Proportion des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le troisième ou le quatrième profil d'utilisation (psychiatre ou omnipraticien en externe), en %, 2009		82,9	81,7	79,7
Proportion des individus atteints de troubles schizophréniques se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %, 2009		31,0	20,0	31,5
Proportion des individus atteints de troubles schizophréniques se trouvant dans le second profil d'utilisation (urgence), en %, 2009		13,8	10,5	16,9
Proportion des individus atteints de troubles schizophréniques se trouvant dans le troisième ou le quatrième profil d'utilisation (psychiatre ou omnipraticien en externe), en %, 2009		50,7	69,1	48,9
Proportion de la population assurée au régime public d'assurance médicaments du Québec ayant fait usage d'antidépresseurs, en %, 2009		16,5	16,1	11,4
Proportion de la population assurée au régime public d'assurance médicaments du Québec ayant fait usage d'antipsychotiques, en %, 2006		5,2	5,1	4,1
Proportion d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours, en %, 2009-2010		5,5	4,7	3,5

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY-LAC-SAINTE-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
4,9	6,6	8,1	7,9	7,4	5,0	7,5	6,5	8,7	6,4	5,5	6,4	7,5	3,3	-	8,4
2,3	3,7	4,0	3,6	3,6	2,6	4,8	3,3	3,5	2,8	2,7	2,0	3,8	1,8	-	5,7
5,3	7,2	8,7	8,5	8,1	5,3	7,9	7,1	9,4	6,9	5,9	6,8	8,1	3,5	-	-
4,2	2,3	2,9	2,6	2,9	4,2	4,7	4,2	3,6	4,2	5,8	5,5	3,3	-	-	-
7,4	9,0	6,4	9,0	8,0	11,5	10,3	12,1	8,3	19,2	17,0	14,4	9,6	-	-	-
76,5	73,9	78,3	72,4	74,3	69,3	71,8	72,1	77,5	59,9	69,9	62,9	73,2	-	-	-
7,3	3,1	4,4	3,4	3,8	6,5	7,1	6,0	5,2	5,3	6,8	7,1	4,1	-	-	-
9,1	9,1	7,5	10,5	9,5	13,3	11,9	14,4	9,6	23,8	18,2	19,4	10,3	-	-	-
80,2	82,5	83,4	80,1	81,7	75,6	78,2	75,1	81,5	64,9	73,8	67,5	79,3	-	-	-
35,4	28,5	35,1	31,2	32,5	28,9	33,1	34,9	40,2	29,1	45,0	38,3	27,2	-	-	-
10,2	15,0	7,1	14,0	13,6	11,6	12,0	13,4	10,7	15,9	13,0	15,4	12,0	-	-	-
53,1	54,5	53,1	51,7	51,1	58,8	53,3	49,8	46,6	53,7	40,3	45,3	55,5	-	-	-
15,5	12,0	15,0	14,9	14,0	17,3	18,2	16,6	18,0	17,5	14,2	16,7	14,4	12,7		
4,9	3,3	4,2	4,2	4,1	5,3	4,7	5,1	4,4	3,8	3,6	4,6	4,4	2,9	-	-
0,6	0,3	4,3	15,7	3,5	3,3	1,9	2,6	2,1	0,5	8,0	3,2	4,0	-	-	-

TABLEAU R3
TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES: **PRODUCTION**
(suite)

INDICATEURS*	SOUS-DIMENSION S	RÉGIONS UNIVERSITAIRES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL
Délai moyen d'attente de l'usager pour une première intervention (évaluation ou action) en santé mentale, en jours, 2010-2011	Accessibilité (suite)	14,2	31,4	38,1
Proportion des séjours de 12 heures et plus sur civière à l'urgence pour des raisons de santé mentale, en %, 2010-2011		50,1	61,0	59,5
Usagers de moins de 18 ans ayant reçu des services de santé mentale de première ligne (mission CLSC) par rapport aux usagers ayant reçu des services spécialisés, ratio, 2009-2010		0,49	1,22	0,17
Usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de santé mentale de première ligne (mission CLSC) par rapport aux usagers ayant reçu des services spécialisés, ratio, 2009-2010		0,38	1,07	0,39
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux généraux, en jours, 2009-2010	Productivité	29,9	24,0	30,3
Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques, en jours, 2009-2010		47,5	-	56,0
Nombre d'interventions par usager des services de santé mentale en CLSC, 2010-2011	Qualité et continuité	8,3	10,0	8,7
Proportion des patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale, en %, 2008-2009		8,0	10,4	8,3
Taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale, en %, 2010-2011		8,6	13,4	8,7
* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).				
(—) Données non disponibles				
Valeur se distinguant favorablement (à 1 écart-type de la moyenne des régions)				
Valeur se distinguant défavorablement (à 1 écart-type de la moyenne des régions)				

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-ORIEES-DE-LA-BAIE-JAMES
35,0	29,9	40,2	41,0	48,1	48,8	38,4	34,8	55,1	53,4	22,9	32,8	36,0	37,5	-	-
48,3	59,9	62,4	60,9	53,9	19,0	26,8	55,1	72,4	36,8	35,7	29,7	52,8	-	-	-
0,37	1,08	0,43	0,51	1,00	0,61	0,69	1,20	0,30	1,48	0,26	2,87	0,47	-	-	-
0,47	0,48	0,14	0,88	0,37	0,64	0,86	0,43	0,46	1,03	0,91	0,89	0,44	-	-	-
16,7	36,3	21,2	25,3	23,2	17,4	17,9	16,5	19,8	21,5	27,6	14,2	23,8	14,3	4,3	2,7
-	-	-	-	-	-	22,9	73,2	44,4	76,7	-	26,2	51,9	-	-	-
13,8	5,9	6,8	7,9	8,2	9,1	15,0	9,7	8,3	9,1	14,6	8,9	9,2	8,0	-	-
13,3	9,2	11,1	9,6	9,8	10,9	13,4	13,3	6,5	10,8	9,2	12,8	10,2	-	-	-
11,9	9,6	13,5	9,2	11,3	13,4	12,9	13,3	8,9	13	7,9	9,7	11,2	-	-	-

CONSTATS ET QUESTIONNEMENTS

Le regard posé sur les indicateurs relatifs à la santé mentale permet de dresser un portrait mieux documenté quant aux différentes dimensions et sous-dimensions de la performance en santé mentale. Il demeure que les constats et les questionnements soulevés par ces observations statistiques doivent mener à une prise d'action orientée clairement sur une vision intégrée et performante des soins et services prodigués dans ce secteur. Ainsi, sur la base des données disponibles, certains éléments témoignant d'enjeux cruciaux relatifs à la santé mentale ont été observés. D'autres éléments seront mentionnés dans l'optique de bonifier notre capacité à rendre compte de la performance en santé mentale.

Rappelons d'abord quelques éléments résumant l'analyse des résultats qui a été faite précédemment. D'abord, si le Québec réussit passablement bien à tirer son épingle du jeu au sein du Canada en matière de capacités financières et humaines (sauf pour les travailleurs sociaux), la prévalence des troubles mentaux et les données sur le suicide démontrent qu'une amélioration est toujours possible. Dans le cas du suicide, la tendance à l'amélioration constatée est encourageante. En matière d'accessibilité, on constate quelques difficultés en comparaison avec les autres provinces en matière de temps d'attente et d'accès aux psychiatres. Néanmoins, en ce qui concerne la productivité, les services en psychiatrie coûtent moins cher aux Québécois que s'ils étaient donnés dans une autre province et les durées moyennes de séjour indiquent de courts séjours en hôpitaux psychiatriques au Québec par rapport au Canada. Les indicateurs de qualité et de continuité dénotent quant à eux une position généralement moyenne, ce qui signifie que quelques gains y sont possibles.

De plus, certains indicateurs suggèrent une offre de services qui diffère d'une région à l'autre du Québec et une liaison plus ou moins difficile entre les paliers de soins. En effet, la disponibilité des services, l'utilisation distinctive de ceux-ci par les usagers et la performance du système varient grandement d'une région à l'autre. Cela a manifestement des conséquences sur le soutien prodigué aux usagers des soins et services de santé mentale et sur leur expérience relative au système public. On constate également un financement par personne plus grand pour les organismes communautaires dans les régions éloignées que dans les régions à forte composante urbaine. Il a aussi été possible d'étudier comment les usagers en santé mentale utilisent les différents types de ressources (hospitalisation, urgence, psychiatre ou omnipraticien en externe) à l'aide des profils d'utilisation dressés par l'INSPQ. Sur cette base, on note que des gains pourraient être réalisés grâce à un meilleur accès à la première ligne en santé mentale et à une diminution concrète du recours à l'urgence et à l'hospitalisation. Ainsi, quelles actions reste-t-il à prendre pour que la première ligne soit pleinement fonctionnelle et accessible à tous dans toutes les régions du Québec?

Par ailleurs, lorsque l'on met en relief les données analysées précédemment quant à la continuité des soins donnés aux personnes atteintes de troubles mentaux, il est possible de supposer qu'un des enjeux importants demeure les temps d'attente globalement, mais plus spécifiquement ceux qui s'insèrent à l'intérieur des étapes que franchit un usager nécessitant des soins ou requérant des services. Dans plusieurs cas, de trop longs délais lors de ces processus augmentent les risques de rupture de continuité. Comment le système de santé et de services sociaux pourrait-il réduire ces temps d'attente, augmenter la fluidité des services et encourager les mécanismes et les fonctions de liaison entre les services?

Bien que ce questionnement demeure large, l'identification des forces et des faiblesses ne saurait se faire sans des outils de mesure pertinents à l'amélioration de la performance, alors que cela nécessite une culture de la performance forte. L'incapacité de mesurer, si des améliorations ont lieu, peut être démobilisant pour l'ensemble du personnel, des intervenants et même de la clientèle desservie en santé mentale. Or, il est extrêmement difficile à l'heure actuelle de mesurer l'impact réel des différents programmes offerts à cause du manque d'indicateurs disponibles. Il est également impossible de mesurer tout ce qui a trait à l'intégration sur le marché du travail, au retour aux études et à l'accès au logement pour favoriser le rétablissement de la clientèle ainsi que le respect des droits des usagers, tout comme leur participation aux traitements et aux décisions organisationnelles. La valeur ajoutée des ressources communautaires est tout autant difficile à mesurer. Le manque d'indicateurs et d'évaluation des pratiques en santé mentale, particulièrement le travail interdisciplinaire et les soins de collaboration, est également constaté. En effet, les soins de collaboration et l'interdisciplinarité constituent des approches pour renforcer les équipes de santé mentale et ainsi apporter une réponse plus adaptée aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux.

Autrement dit, opérer une transformation des services offerts en santé mentale représente un défi de taille et, pour ce faire, l'ensemble du réseau doit se doter d'indicateurs clés. Il faudrait des instruments plus fins, davantage axés sur les services en amont offerts par la première ligne, où la plupart des soins et services se déroulent à l'extérieur des établissements, au sein de la communauté et dans les milieux naturels de vie. Cela veut dire plus d'indicateurs pour mesurer si le dépistage et la prévention auprès des enfants et des jeunes sont adéquats. Il faudrait aussi développer plus d'indicateurs sur le rétablissement, la participation des usagers à l'organisation des services, la lutte à la stigmatisation, le respect des droits ou l'impact de l'intervention sur l'amélioration de l'état de santé mentale de la personne. Finalement, ces indicateurs devraient mesurer davantage l'atteinte des objectifs et l'amélioration de l'état de santé mentale de la personne, plutôt que de faire essentiellement une quantification des processus. Notons néanmoins que des avancées importantes ont été faites ou sont en voie de l'être, comme nous l'avons constaté avec la mesure de l'utilisation des soins et services de santé mentale par les personnes ayant reçu un diagnostic en santé mentale, réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec.

CONCLUSION

L'utilisation des données dans ce document permet de comparer les différents résultats de balisage obtenus par les régions québécoises, par le Québec au sein du Canada ou encore par le Canada à l'échelle internationale. Ces résultats offrent toutefois un portrait de la performance partiel qui ne saurait se substituer aux connaissances acquises par les acteurs du secteur de la santé mentale. À maintes reprises, nous nous sommes permis de souligner les résultats les plus marquants à certains égards, mais l'explication derrière ces variations requiert souvent une connaissance plus fine pour décrire ces situations complexes, souvent multifactorielles, qui caractérisent plusieurs phénomènes observables à partir des données recueillies. C'est dans cette perspective que l'analyse des indicateurs doit être mise en relief avec la démarche globale d'appréciation de la performance du Commissaire, qui intègre également les connaissances d'experts de la santé et des services sociaux, de décideurs œuvrant concrètement dans le domaine et de citoyens ayant à cœur l'amélioration des soins de santé et des services sociaux au Québec. Globalement, nous espérons, au moyen de ce document, avoir pu agrémenter le portrait de la performance dans le secteur de la santé mentale dans une perspective d'amélioration de la performance en fonction de plusieurs aspects, tels que l'efficacité, la qualité ou encore l'accessibilité.

MÉDIAGRAPHIE¹⁹

- BARUA, B., M. ROVERE et B. J. SKINNER (2011). *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada. 2011 Report. Studies in Health Policy*, Fraser Institute, 91 p.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 179 p.
- COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 164 p.
- GAGNÉ, M., et D. ST-LAURENT (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2008*, Institut national de santé publique du Québec, 19 p.
- LESAGE, A., V. ÉMOND et L. ROCHETTE (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Institut national de santé publique du Québec (Surveillance des maladies chroniques) [À paraître].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS. La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 54 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Documentation sur les données comparatives et indicateurs*, [En ligne], [<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/consom/ComplIndicateur.pdf>] (Consulté le 8 août 2011).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 96 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2002). *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, Gouvernement du Québec, 52 p.
- PAMPALON, R., et G. RAYMOND (2000). «A deprivation index for health and welfare planning in Quebec», *Chronic Diseases in Canada*, vol. 21, n° 3, p. 104-113.
- STATISTIQUE CANADA (2012). *Tableau 102-0552 – Décès et taux de mortalité, selon certains groupes de causes et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel*, CANSIM (base de données).

19. Il est à noter que les références associées à chacun des indicateurs sont indiquées dans le *Recueil des sources et définitions des indicateurs relatifs à la santé mentale*, qui est disponible sur le site Internet du Commissaire : www.csbe.gouv.qc.ca.

**Commissaire
à la santé
et au bien-être**

Québec 