



Défis communs liés aux priorités partagées

Mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada

Novembre 2019



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-879-3 (PDF)

© 2019 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada, novembre 2019*. Ottawa, ON : ICIS; 2019.

This publication is also available in English under the title *Common Challenges, Shared Priorities: Measuring Access to Home and Community Care and to Mental Health and Addictions Services in Canada, November 2019*.

ISBN 978-1-77109-878-6 (PDF)

Table des matières

À propos du rapport	4
Indicateurs — principaux résultats pancanadiens pour la première année.	6
Renseignements contextuels	7
Sélection des indicateurs	7
Diffusion des indicateurs	8
Indicateurs et résultats diffusés la première année	9
Indicateur : Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances	10
Indicateur : Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance	19
Indicateur : Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles.	27
Rapport d'étape	36
Conclusion	40
Annexe A : Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances — tableau de données	41
Annexe B : Notes méthodologiques	43
Annexe C : Texte de remplacement pour les images et les figures	44
Références	53

À propos du rapport

Un nombre croissant de Canadiens souhaitent recevoir des services de santé à domicile ou dans la collectivité, plutôt que dans les milieux de soins classiques comme les hôpitaux et les centres de soins infirmiers. Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie sont par ailleurs des enjeux importants aux yeux des Canadiens. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) travaillent donc de concert afin d'élargir l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires¹. En août 2017, ils ont souscrit à [un énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#) qui comprendra un investissement de 11 milliards de dollars sur 10 ans de la part du gouvernement fédéral pour répondre aux demandes accrues des Canadiens en matière de services efficaces et pertinents dans ces domaines^{i, 2}.

Dans le cadre de l'énoncé de principes communs, les ministres FPT de la Santé ont convenu d'unir leurs efforts et de collaborer avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs pancanadiens visant à mesurer les progrès réalisés au chapitre des priorités partagées en santé, et de rendre compte de ces progrès tous les ans aux Canadiens. Le présent rapport explique la méthode de sélection des 12 indicateurs, décrit l'importance de ces indicateurs pour les Canadiens et les systèmes de santé, et fait le point sur l'avancement des travaux d'élaboration des indicateurs.

Les résultats des 3 indicateurs liés aux priorités partagées en santé ci-dessous sont publiés pour la toute première fois dans le présent rapport et diffusés dans l'outil Web [Votre système de santé](#) de l'ICIS :

- Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances
- Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance
- Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles

i. Reconnaissant la volonté du gouvernement du Québec d'exercer sa compétence en matière de santé et de services sociaux et ainsi d'assumer lui-même sa maîtrise d'œuvre à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services en ces matières sur son territoire, notamment en matière de santé mentale, de toxicomanie et de soins à domicile, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu le 10 mars 2017 d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes s'appuyant sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Le gouvernement du Québec continuera notamment de faire rapport lui-même à la population québécoise sur l'usage de l'ensemble des fonds destinés à la santé et poursuivra sa collaboration avec les autres gouvernements à l'égard de l'échange d'informations et de pratiques exemplaires.

Ce rapport complémentaire vise à aider les Canadiens à comprendre les résultats des indicateurs, à expliquer les limites des données, à définir les groupes d'âge les plus touchés et à cerner les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats. Les données qu'il présente posent des fondations. Elles établissent le cadre de référence à partir duquel les progrès réalisés seront évalués au fil du temps, à mesure que les résultats des indicateurs seront mis à jour et publiés chaque année à l'intention des Canadiens. De nouveaux indicateurs seront ajoutés tous les ans, jusqu'en 2022, et les mesures existantes seront peaufinées à mesure que les données seront plus nombreuses et de meilleure qualité.

La production de rapports sur chacun des indicateurs des services de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que des services à domicile et des soins communautaires, n'entraînera pas de changement immédiat. Il faudra un certain temps avant que les investissements portent fruit, et que les mesures adoptées améliorent les soins de première ligne et répondent davantage aux besoins des patients et des clients dans ces secteurs. Par ailleurs, les données recueillies au cours d'une année étant habituellement diffusées l'année suivante, les résultats présentés ici sont fondés sur les données de 2017-2018.

Indicateurs — principaux résultats pancanadiens pour la première année

Chaque jour

Plus de **400** Canadiens sont hospitalisés en raison des méfaits de l'alcool ou de la drogue



Plus que pour les crises cardiaques et les AVC combinés

10 Canadiens décèdent à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances

3 décès sur **4** sont attribuables à l'alcool



(Source : ICIS, 2017)

Près de **1 Canadien sur 10**

qui visite l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance le fait

4 fois ou plus par année



(Source : ICIS, 2017)

Plus de **90 %** des patients d'hôpitaux ont accès rapidement à des services à domicile, mais

1 sur 12 voit son séjour prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles



3 grands hôpitaux (400 lits) par jour



(Source : ICIS, 2017)

Renseignements contextuels

Sélection des indicateurs

L'ICIS a dirigé un processus rigoureux de sélection des indicateurs des domaines prioritaires (services de santé mentale et de toxicomanie ainsi que services à domicile et soins communautaires). Le tout a commencé par une analyse environnementale visant à répertorier les services offerts dans chaque province et territoire, ainsi que les mesures permettant de faire un suivi de l'accès à ces services, et les systèmes d'information utilisés pour recueillir l'information sur la santé.

De nombreuses consultations ont ensuite été menées auprès des gouvernements, des intervenants, des experts en mesure et de personnes ayant fait l'expérience des services, sous forme d'entrevues, de sondages en ligne et de groupes de discussion. Les membres du public qui ont participé aux consultations ont fait état de priorités évidentes pour les services de santé mentale et de toxicomanie ainsi que pour les services à domicile et les soins communautaires. Ils ont souligné en particulier l'importance des éléments suivants :

- temps d'attente plus courts;
- accessibilité des services pertinents;
- amélioration de l'expérience des patients;
- soutien au cheminement dans le système de santé;
- prévention et promotion, principalement dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.

L'ICIS, en collaboration avec des spécialistes des secteurs clés et des experts en mesure, a évalué une centaine de mesures dans chacun des domaines prioritaires, puis sollicité l'aide de 2 groupes de travail FPT (un pour les services de santé mentale et de toxicomanie et l'autre pour les services à domicile et les soins communautaires) en vue d'affiner la sélection des indicateurs. Voici les principes qui ont guidé le choix des 12 indicateurs finaux :

- pertinence — le choix dépendait de la priorité que donnaient les systèmes de santé et les Canadiens au sujet, et non du degré de facilité de la collecte des renseignements sur ce sujet;
- équilibre — il était important de s'assurer que les indicateurs portent sur divers aspects de l'accès aux soins dans chacun des domaines prioritaires;
- incidence — l'indicateur devait mesurer un aspect de l'accès aux soins dont l'amélioration à l'échelle du système de santé serait pertinente aux yeux des patients.













En mars 2018, l'ICIS a publié à l'égard de ces travaux le rapport d'étape *Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires*³.

En juin 2018, les ministres FPT de la Santé ont officiellement approuvé la liste définitive des 12 indicateurs proposés par les groupes de travail ICIS-FPT⁴.

Diffusion des indicateurs

Au cours des 4 prochaines années, l'ICIS entend diffuser chaque année les résultats de 3 nouveaux indicateurs dans le cadre de son rapport d'étape annuel aux Canadiens sur les priorités partagées en santé, selon le calendrier de diffusion indiqué ci-dessous.

Tableau 1 Diffusion et déclaration des indicateurs

Exercice	Indicateurs			
2019	Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances* 	Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance* 	Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles† 	—
2020	Blessures auto-infligées, incluant le suicide* 	Détresse des aidants naturels† 	Soins de longue durée fournis au moment approprié† 	En plus des indicateurs de 2019
2021	Temps d'attente pour des services communautaires en santé mentale, orientation ou auto-orientation* 	Temps d'attente pour des services à domicile, orientation† 	Maintien à domicile du bénéficiaire grâce aux services à domicile† 	En plus des indicateurs de 2019 et de 2020
2022	Niveau de connaissance et d'utilisation des services en santé mentale et en toxicomanie* 	Dépistage et intervention précoces chez les 10 à 25 ans* 	Décès à domicile et hors hôpital† 	En plus des indicateurs de 2019, de 2020 et de 2021



* Santé mentale et toxicomanie



† Services à domicile et soins communautaires

Points pris en considération dans l'élaboration des indicateurs et du calendrier de diffusion :

- capacité à tirer parti des travaux ou des indicateurs actuels et à les améliorer au fil du temps;
- disponibilité des données et difficulté à calculer l'indicateur;
- juste équilibre dans la diffusion de mesures liées aux services à domicile et aux soins communautaires et de mesures liées aux services de santé mentale et de toxicomanie;
- capacité à produire des rapports à l'échelle provinciale et territoriale.

Le Conseil consultatif sur les priorités partagées en santé a été créé en septembre 2018 dans le but de guider l'élaboration des indicateurs⁵. Les membres du Conseil comprennent des représentants des provinces et territoires, de Santé Canada et de Statistique Canada, ainsi que des représentants, à titre d'observateurs, de l'Association canadienne de soins et services à domicile, de la Commission de la santé mentale du Canada et du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Le processus de collaboration qui a mené à l'élaboration de ces mesures se poursuivra. L'ICIS continuera de tenir des discussions et de solliciter l'avis des provinces et territoires, des intervenants, des experts, des patients et des membres du public.

Indicateurs et résultats diffusés la première année

Cette section du rapport présente les résultats des indicateurs. Elle fournit aussi de l'information pour faciliter la compréhension des 3 premiers indicateurs des priorités partagées en santé faisant l'objet d'une diffusion en mai 2019.

Un indicateur de santé est une mesure qui aide à résumer l'information sur un sujet prioritaire lié à la santé de la population ou à la performance du système de santé^{6,7}. Il fournit des renseignements comparables et exploitables à différentes échelles (emplacement géographique, organisme ou entité administrative) et permet de surveiller la progression au fil du temps. Les indicateurs permettent de cerner les possibilités d'amélioration et transmettent des renseignements probants qui appuient la gestion des programmes et des politiques de santé et l'évaluation de l'efficacité des interventions.

Les indicateurs suscitent le questionnement et dirigent l'attention sur les éléments problématiques, mais ils ne déterminent pas les causes et n'expliquent pas les variations en soi. Ils brossent un portrait partiel de la situation, de sorte qu'il faut les analyser en profondeur et les associer à des renseignements contextuels et à d'autres indicateurs pertinents pour avoir une vue d'ensemble. Il n'en demeure pas moins que leurs résultats aident les décideurs à cerner les possibilités d'amélioration, incitent à la recherche de solutions possibles et favorisent l'échange de pratiques exemplaires.



Indicateur : Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances

Définition

Cet indicateur mesure les méfaits causés par l'utilisation d'alcool, d'opioïdes, de cannabis et d'autres substances. Il correspond au nombre de séjours à l'hôpital par année qui sont directement causés par l'utilisation de ces substances. La mesure prend appui sur des travaux de l'ICIS, dont l'indicateur Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et le rapport *Préjudices liés aux opioïdes au Canada, décembre 2018*, et sur la définition de « substance » élaborée par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances⁸⁻¹⁰.

Justification

- Un taux élevé de séjours à l'hôpital peut signaler un accès insuffisant aux services communautaires de prévention, de santé mentale et de toxicomanie.
- Cet indicateur peut également aider à
 - sensibiliser la population à l'étendue des méfaits causés par l'utilisation de substances;
 - estimer le fardeau de l'utilisation de substances pour les systèmes de santé;
 - surveiller l'efficacité des traitements, des politiques de prévention et des services.

Calcul

$$\frac{\text{Nombre total de séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances}}{\text{Population totale âgée de 10 ans et plus}} \times 100\,000$$

Tableau 2 Données disponibles pour l'indicateur Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances

Source des données	Exercice	Couverture
Base de données sur les congés des patients (BDPC) et Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)	2017-2018	Ensemble des provinces et des territoires
Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)	2017-2018	Ontario
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	2017-2018	Selon la disponibilité

Remarque

L'Ontario recueille les enregistrements des hôpitaux concernant les services de santé mentale et de toxicomanie différemment, c'est-à-dire à l'aide du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

- Pour les besoins de l'indicateur Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances, le terme « substances » désigne l'alcool, les opioïdes, le cannabis, les autres dépresseurs du système nerveux central (p. ex. les benzodiazépines), la cocaïne, les autres stimulants du système nerveux central (p. ex. la méthamphétamine), d'autres substances (p. ex. hallucinogènes, solvants) ainsi que les substances inconnues et multiples.
- Le taux est ajusté selon l'âge par 100 000 habitants de 10 ans et plus.

Limites des données et mises en garde

- La définition de l'indicateur exclut
 - les traitements pour l'utilisation de substances offerts hors hôpital (p. ex. dans les centres de traitement des dépendances, les cliniques et les services d'urgence);
 - les décès hors hôpital (p. ex. surdoses mortelles à la maison);
 - les séjours à l'hôpital pour des affections partiellement attribuables à l'utilisation de substances (p. ex. cancer, accident vasculaire cérébral, maladie respiratoire, traumatisme);
 - les préjudices causés à des tiers qui n'ont pas utilisé de substances (p. ex. victimes d'une collision impliquant un conducteur avec facultés affaiblies);
 - les enfants de moins de 10 ans, y compris ceux présentant un syndrome de sevrage néonatal découlant d'une exposition intra-utérine à des drogues.
- La stigmatisation associée à l'utilisation de substances peut influencer sur ce qui est consigné dans le dossier des patients et entraîner une sous-déclaration des cas.

Principaux résultats

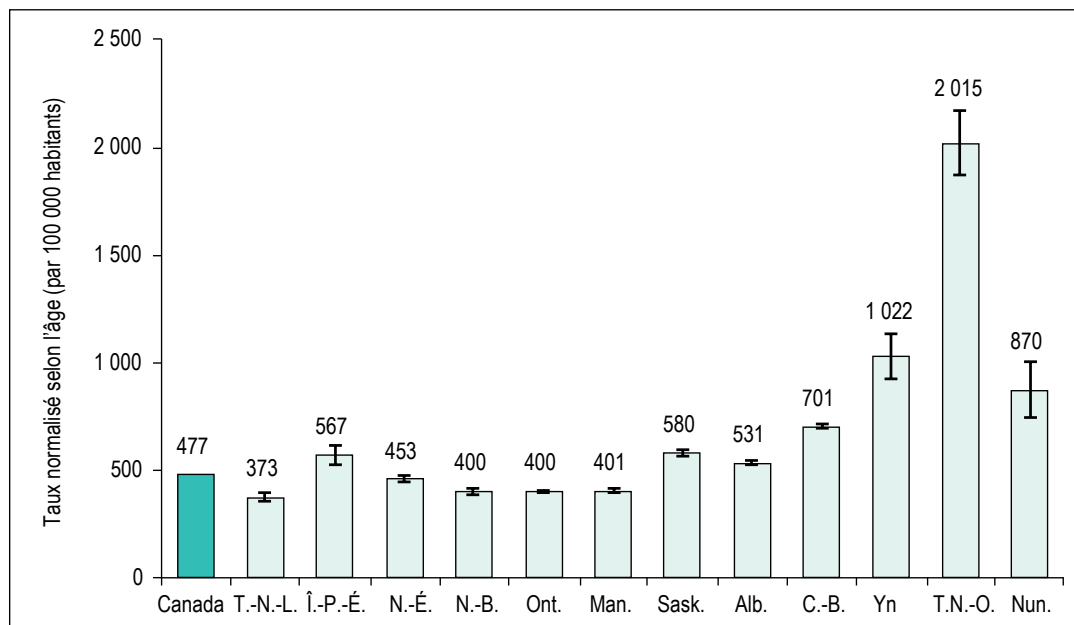
Plus de 400 Canadiens sont hospitalisés chaque jour en raison de méfaits causés par l'alcool et les drogues

En 2017-2018, les méfaits causés par l'utilisation de substances ont occasionné plus de 155 000 séjours à l'hôpital — ce nombre dépasse le total combiné de séjours à l'hôpital pour une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. La moitié des patients hospitalisés en raison de ces méfaits sont restés au moins 5 jours à l'hôpital. Au total, ces méfaits entraînent 2 millions de jours d'hospitalisation au Canada chaque année. Il existe plusieurs types de méfaits causés par l'utilisation de substances, notamment les surdoses de drogues ou d'alcool, les symptômes de sevrage sévères, les blessures liées à une intoxication, les affections chroniques comme la cirrhose du foie, ou la psychose nécessitant un traitement dans une unité de santé mentale¹⁰.

En moyenne, l'utilisation de substances entraîne 10 décès par jour à l'hôpital, la plupart (77 %) étant attribuables à des complications liées à la consommation d'alcool. L'utilisation de substances occasionne également de nombreux décès hors hôpital. Ainsi, selon l'Agence de la santé publique du Canada, les surdoses d'opioïdes à elles seules ont coûté la vie à au moins 10 Canadiens par jour l'an dernier, mais la grande majorité de ces décès se sont produits à la maison ou dans la collectivité¹¹.

Les taux de séjours à l'hôpital attribuables à l'utilisation de substances varient considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre

Figure 1 Taux d'hospitalisations en raison de l'utilisation de substances normalisé selon l'âge, par autorité compétente, 2017-2018



Remarques

La ligne à l'extrémité de chaque barre verticale délimite l'intervalle de confiance (IC) qui sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu le 10 mars 2017 d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes s'appuyant sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Ainsi, les résultats au niveau provincial du Québec ne sont pas inclus dans ce rapport.

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

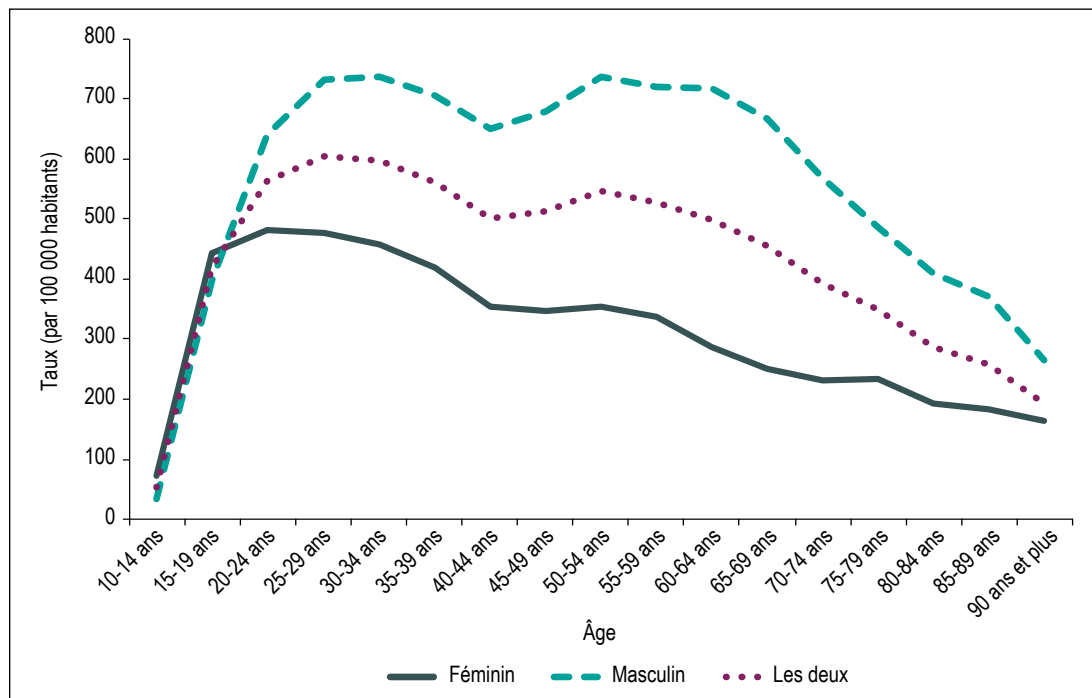
De nombreux facteurs peuvent influencer sur les taux de séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances, notamment^{12, 13}

- la disponibilité des différentes substances et l'accès à celles-ci dans chaque autorité compétente;
- les différences au chapitre de la santé de la population découlant de facteurs sociaux tels que le revenu, le niveau de scolarité, les réseaux sociaux, les conditions de logement et les traumatismes personnels ou intergénérationnels;
- l'accès à des services de réduction et de traitement des méfaits dans la collectivité, qui est parfois limité, même dans les grandes villes, ainsi que les difficultés liées à la prestation de services communautaires dans les régions peu peuplées;
- la disponibilité et l'efficacité des services paramédicaux et d'urgence avant le séjour à l'hôpital (pour traiter des surdoses ou des intoxications liées à l'utilisation de substances).

Les hommes sont hospitalisés plus souvent que les femmes

Pour mieux cibler les programmes communautaires de prévention et de traitement, il faut d'abord connaître les groupes les plus touchés et les types de substances à l'origine des méfaits. En ce qui concerne les adultes, les taux de séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Dans l'ensemble, près de 2 hospitalisations sur 3 (64 %) concernent des hommes, les taux les plus élevés étant observés chez les 25 à 34 ans et les 50 à 64 ans. En revanche, les enfants et les jeunes (de 10 à 19 ans) de sexe féminin affichent un taux de séjours à l'hôpital légèrement supérieur à ceux de sexe masculin. Chez les femmes, le taux de méfaits atteint quant à lui un sommet à la mi-vingtaine, puis redescend à mesure qu'elles avancent en âge.

Figure 2 Taux de séjours à l'hôpital en raison de l'utilisation de substances, selon l'âge et le sexe, 2017-2018



Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

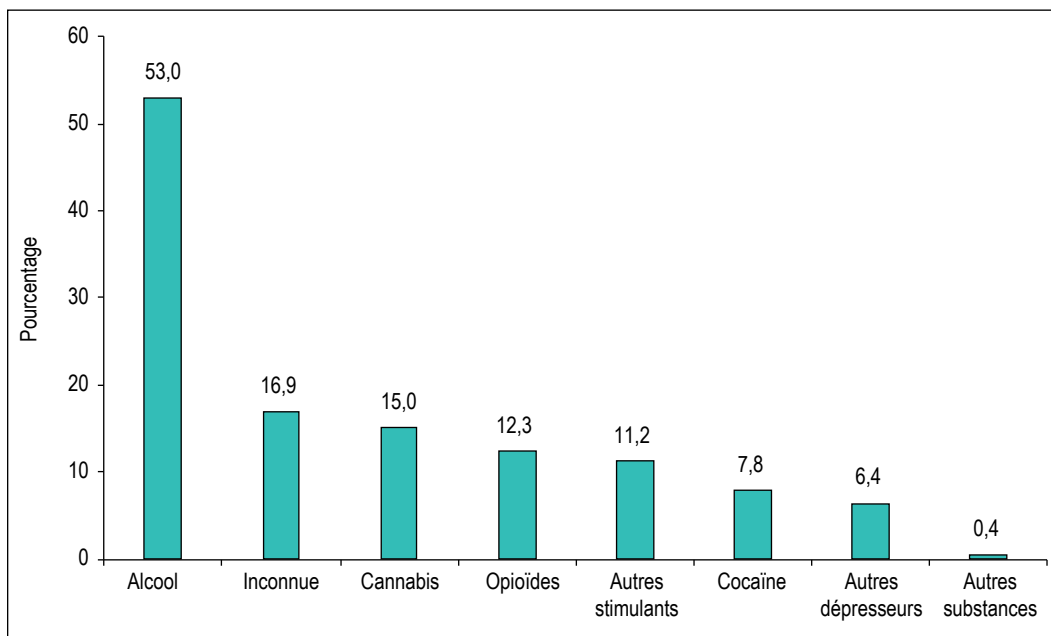
L'utilisation de substances touche des Canadiens issus de tous les groupes de revenu, mais ceux vivant dans les quartiers à faible revenu étaient 3 fois plus susceptibles d'être hospitalisés en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances que ceux vivant dans les quartiers aux revenus les plus élevés.

L'alcool est la principale cause des séjours à l'hôpital en raison de méfaits attribuables à l'utilisation de substances; l'incidence des autres substances varie toutefois d'une province et d'un territoire à l'autre

L'alcool constitue la principale cause des hospitalisations en raison de méfaits attribuables à l'utilisation de substances dans chaque province et territoire. Les taux de méfaits causés par l'alcool, qui représentent plus de la moitié du taux global observé à l'échelle nationale, varient toutefois considérablement d'une autorité compétente à l'autre, tout comme les proportions de méfaits causés par les autres drogues.

Les substances inconnues figurent au deuxième rang, après l'alcool, des causes les plus fréquentes de séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances. Il peut notamment s'agir de substances multiples (p. ex. cannabis et alcool) ou de drogues que les cliniciens ne peuvent définir. L'ICIS cherche des façons d'améliorer éventuellement la déclaration de ces cas. Après l'alcool, les 3 substances connues les plus souvent à l'origine des séjours à l'hôpital sont le cannabis, les opioïdes et les autres stimulants, dont la méthamphétamine en cristaux (crystal meth). Il est important de souligner que ces données ont été recueillies avant la légalisation du cannabis au Canada en octobre 2018¹⁴.

Figure 3 Cause des séjours à l'hôpital en raison de méfaits attribuables à l'utilisation de substances, selon la substance, Canada, 2017-2018



Remarques

Les pourcentages ne totalisent pas 100 % étant donné qu'il est possible que plus d'une substance soit consignée par hospitalisation.

Le terme « Inconnue » est utilisé pour les substances non définies, possiblement multiples.

« Autres stimulants » comprend la méthamphétamine, tandis que « Autres dépresseurs » comprend les benzodiazépines, ou somnifères.

Les « Autres substances » comprennent les hallucinogènes et les solvants.

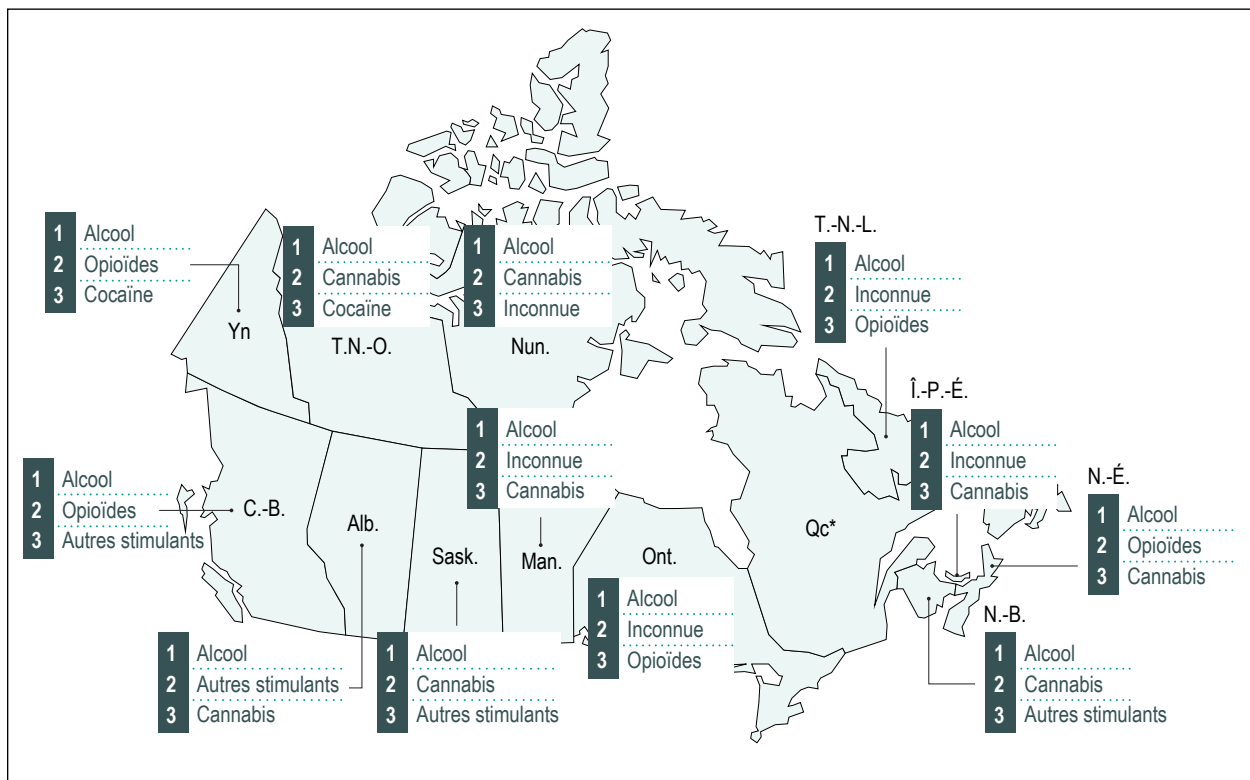
Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Le type de méfaits que le patient subit peut varier en fonction du type de drogue. Par exemple, les hospitalisations attribuables au cannabis étaient souvent liées à des symptômes de psychose ou de détresse, tandis que celles liées à des intoxications visaient souvent les personnes faisant usage d'opioïdes ou de dépresseurs. Outre l'alcool, les substances ayant entraîné la plus grande proportion de séjours à l'hôpital varient selon la province ou le territoire.

Le type de substance à l'origine des méfaits varie selon l'âge : l'alcool était le plus souvent en cause chez les hommes et les femmes de 50 à 64 ans (72 % des séjours à l'hôpital) et le cannabis, chez les enfants et les jeunes de 10 à 19 ans (près de 45 % des cas).

Figure 4 Les 3 principales substances causant des séjours à l'hôpital, selon la province ou le territoire, 2017-2018



Remarques

* Le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu le 10 mars 2017 d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes s'appuyant sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Ainsi, les résultats au niveau provincial du Québec ne sont pas inclus dans ce rapport.

Le terme « Inconnue » est utilisé pour les substances non définies, possiblement multiples.

« Autres stimulants » comprend la méthamphétamine.

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Des renseignements supplémentaires sur nombre de séjours à l'hôpital attribuables à chacune des substances, ventilé selon la province et le territoire, figurent à l'annexe A ainsi que dans le [fichier Excel téléchargeable](#) accessible dans l'outil Votre système de santé : En bref.

4 Canadiens sur 10 hospitalisés en raison de l'utilisation de substances présentent aussi un problème de santé mentale

Tableau 3 Hospitalisations en raison de l'utilisation de substances avec problème de santé mentale concomitant

Problème de santé mentale	Hospitalisations en raison de l'utilisation de substances avec problème de santé mentale concomitant
Tout problème de santé mentale	43 %
Troubles de l'humeur	16 %
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	12 %
Troubles anxieux	8 %

Remarque

« Tout problème de santé mentale » comprend aussi les troubles de la personnalité et d'autres troubles du comportement liés à l'alimentation ou au sommeil.

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Un lien complexe unit les problèmes de santé mentale et la toxicomanie. En effet, les problèmes non maîtrisés de santé mentale peuvent mener à la consommation d'alcool ou de drogues sous forme d'automédication, alors que l'usage chronique de substances peut entraîner des problèmes de santé mentale comme l'anxiété, la dépression ou la psychose¹⁵. Plus du tiers (43 %) des patients hospitalisés en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances ont également reçu des soins relatifs à un problème de santé mentale au cours de leur séjour à l'hôpital. La substance la plus susceptible d'être utilisée varie selon l'affection. Par exemple, les patients hospitalisés en raison de l'utilisation de cannabis ou de stimulants étaient plus susceptibles de recevoir un traitement relatif à la schizophrénie, tandis que ceux hospitalisés en raison de l'utilisation de dépresseurs tels que les benzodiazépines étaient plus susceptibles de recevoir un traitement relatif à l'anxiété.

Les personnes hospitalisées en raison de l'utilisation de substances et présentant un trouble de santé mentale concomitant ont en général séjourné au moins 6 jours à l'hôpital. La durée de leur séjour a donc été plus longue que celle des patients qui ne présentaient pas de problème de santé mentale (en général 4 jours).

Liens vers d'autres ressources de l'ICIS

- Indicateur Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances
 - [Votre système de santé : En bref](#) — résultats des indicateurs, infographies et tableaux téléchargeables
 - [Répertoire des indicateurs](#) — définitions et méthodologie
- Banques de données et ressources
 - [Information sur la santé mentale et la toxicomanie](#)
 - [Métadonnées de la Base de données sur la morbidité hospitalière](#)
 - [Métadonnées du Système d'information ontarien sur la santé mentale](#)
- Travaux de l'ICIS
 - [Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool](#) — indicateur dont les résultats sont présentés à l'échelle provinciale ou territoriale ainsi qu'à l'échelle de la région sanitaire dans Votre système de santé : En bref
 - [Méfaits de l'alcool au Canada : hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits](#) — rapport qui examine les politiques et interventions relatives à l'alcool à l'échelle du Canada et présente d'autres analyses sur la consommation d'alcool et ses méfaits
 - [Préjudices liés aux opioïdes au Canada](#)



Indicateur : Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance

Définition

Cet indicateur mesure la proportion de personnes, parmi les visiteurs des services d'urgence, qui se rendent fréquemment à l'urgence (au moins 4 fois par an) pour obtenir des soins liés à la santé mentale ou à la toxicomanie. Il prend appui sur l'un des indicateurs de l'ICIS appelé Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale¹⁶.

Justification

- Les visites fréquentes au service d'urgence ou dans un centre de soins d'urgence peuvent indiquer que les personnes n'ont pas accès aux services ou au soutien dont elles ont besoin dans la collectivité pour leurs problèmes de santé mentale ou de dépendance.
 - Ces visites pourraient indiquer que ces personnes présentaient des affections prises en charge de façon inadéquate dans la collectivité.
 - Elles peuvent également laisser supposer que ces personnes ne connaissaient pas les services offerts dans leur collectivité, ont eu de la difficulté à y avoir accès ou ont eu de mauvaises expériences ou de mauvais résultats en lien avec les soins communautaires.

Calcul

$$\frac{\text{Nombre total de personnes comptant au moins 4 visites au service d'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance dans l'année}}{\text{Nombre total de personnes comptant au moins 1 visite au service d'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance dans l'année}} \times 100$$

Tableau 4 Données disponibles pour l'indicateur Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance

Source des données	Exercice	Couverture
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	2017-2018 (période de vérification rétrospective allant jusqu'en 2016-2017)	Complète : Ontario, Alberta, Yukon Partielle : Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Manitoba, Saskatchewan, Colombie-Britannique

- Le terme « visites à l'urgence » désigne toutes les combinaisons de visites dans les centres de soins d'urgence et les services d'urgence des hôpitaux; il comprend les visites effectuées par une personne dans différents hôpitaux.
- Le terme « problème de santé mentale et de dépendance » désigne les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, la schizophrénie, les troubles de la personnalité, les troubles liés à une substance et les troubles addictifs, ainsi que d'autres troubles du comportement liés à l'alimentation ou au sommeil.

Limites des données et mises en garde

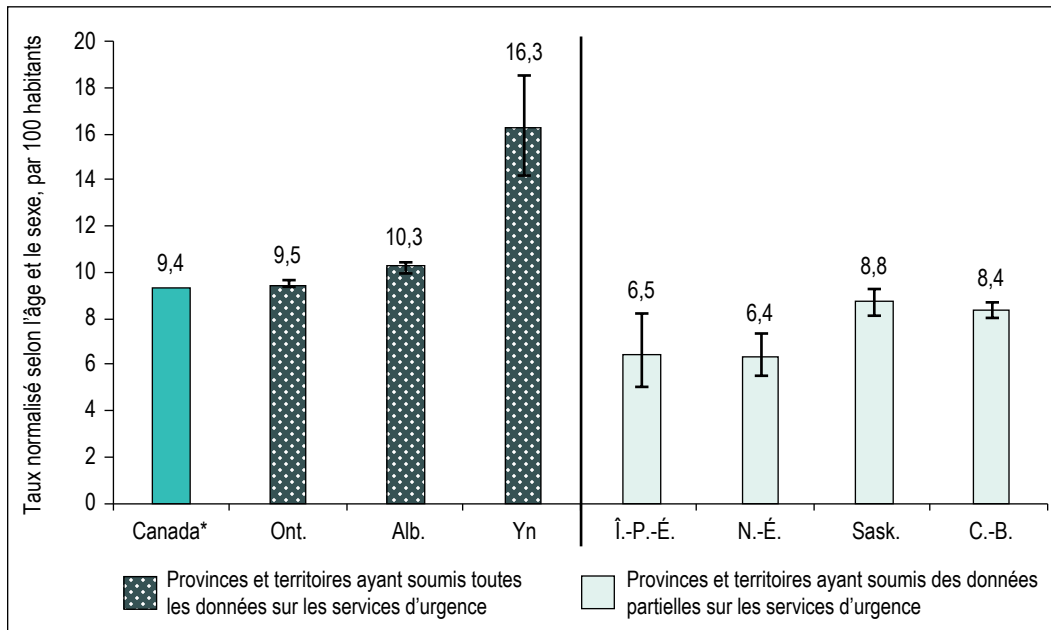
- Le niveau de détail des données soumises au SNISA varie d'une autorité compétente à l'autre, ce qui influe sur la saisie de l'information diagnostique.
- Les résultats sont fondés sur les données disponibles soumises à l'ICIS. 3 autorités compétentes soumettent des données complètes sur les services d'urgence (Ontario, Alberta et Yukon). Dans celles qui soumettent des données partielles (Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Saskatchewan et Colombie-Britannique), il est probable que les visites répétées soient sous-estimées, car les données ne peuvent être couplées à l'échelle de tous les hôpitaux. Les résultats des provinces qui soumettent des données partielles reposent sur des nombres importants de cas; il est toutefois important de les interpréter avec prudence et de ne pas les comparer. Les résultats du Manitoba ne sont pas présentés en raison d'une couverture insuffisante des données.
- L'indicateur ne comprend pas la démence ni les problèmes causés par des lésions cérébrales, notamment les commotions ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC).
- Il n'est pas toujours possible de confirmer un diagnostic au service d'urgence. Par exemple, il est possible que soient déclarés les symptômes de douleur thoracique ou d'essoufflement présentés à l'arrivée plutôt que les diagnostics en santé mentale et en toxicomanie s'y rapportant, puisque ces derniers exigent un examen plus poussé à des fins de confirmation.

Principaux résultats

Près d'un Canadien sur 10 qui se rend à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance est un utilisateur fréquent des services d'urgence

En 2017-2018, plus de 320 000 personnes ont effectué une visite au service d'urgence en vue de recevoir des soins en matière de santé mentale ou de dépendance. Près d'un sur 10 (9,4 % ou 30 434 personnes) était un visiteur fréquent comptant au moins 4 visites à l'urgence dans l'année pour obtenir ce type d'aide. La grande majorité (80 %) des personnes qui se sont rendues à l'urgence pour recevoir de l'aide en matière de santé mentale ou de dépendance présentaient des affections graves qui nécessitaient des soins médicaux urgents, dont une manœuvre de réanimation (selon l'échelle canadienne de triage et de gravité 1 à 3).

Figure 5 Taux de visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance, selon l'autorité compétente, 2017-2018



Remarques

* Le total inclut les données soumises par le Manitoba.

Les visites fréquentes peuvent être sous-estimées en raison de la soumission de données partielles sur les services d'urgence. Les résultats ne doivent pas être comparés.

La ligne à l'extrémité de chaque barre verticale délimite l'IC qui sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017 à 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Les données sur les visites au service d'urgence sont de plus en plus nombreuses, mais leur portée ne s'étend pas encore totalement à l'ensemble du pays. Les résultats des provinces qui soumettent des données partielles reposent sur des nombres importants de cas; il est toutefois important de les interpréter avec prudence et de ne pas les comparer. Dans les provinces et territoires où la déclaration de données n'est pas systématique, les résultats partiels pourraient refléter une sous-estimation du nombre de visites fréquentes.

De nombreux facteurs influent sur la fréquence des visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance, notamment les suivants^{13, 17} :

- L'emplacement géographique, selon que le patient habite dans une région urbaine, rurale ou éloignée. Dans l'ensemble, les taux de visites répétées à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance étaient invariablement plus élevés en région rurale qu'en région urbaine. De manière générale, les visites à l'urgence toutes raisons confondues étaient plus fréquentes dans les régions rurales et éloignées, probablement en raison de l'organisation des soins.
- La disponibilité des services communautaires en santé mentale et en dépendance ou de longs temps d'attente pour les services offerts. Dans certains cas, ces services sont disponibles, mais les heures d'ouverture du service d'urgence en font un milieu de soins plus accessible.
- Les liens étroits que les dispensateurs de soins primaires entretiennent avec les services communautaires, ce qui peut influencer sur le choix du point de service. Il se peut aussi que les patients n'ayant pas de médecin de famille ne soient pas en mesure de communiquer eux-mêmes avec les services communautaires appropriés.
- Les différences au chapitre de la santé de la population, comme la prévalence des problèmes de santé mentale ou la présence de facteurs qui y contribuent (p. ex. revenu, emploi, scolarité, réseaux sociaux, insécurité alimentaire, conditions de logement, traumatismes personnels ou intergénérationnels). Les patients sont susceptibles de présenter des maladies plus graves si les déterminants sociaux de la santé sous-jacents, notamment l'itinérance et la pauvreté, ne font l'objet d'aucune mesure.
- La stigmatisation, qu'elle soit réelle ou perçue, qui peut influencer sur la décision du patient de demander de l'aide et sur l'endroit où il choisira de le faire.

La moitié des utilisateurs fréquents des services d'urgence obtiennent de l'aide à la fois pour un problème de santé mentale et pour un problème de dépendance

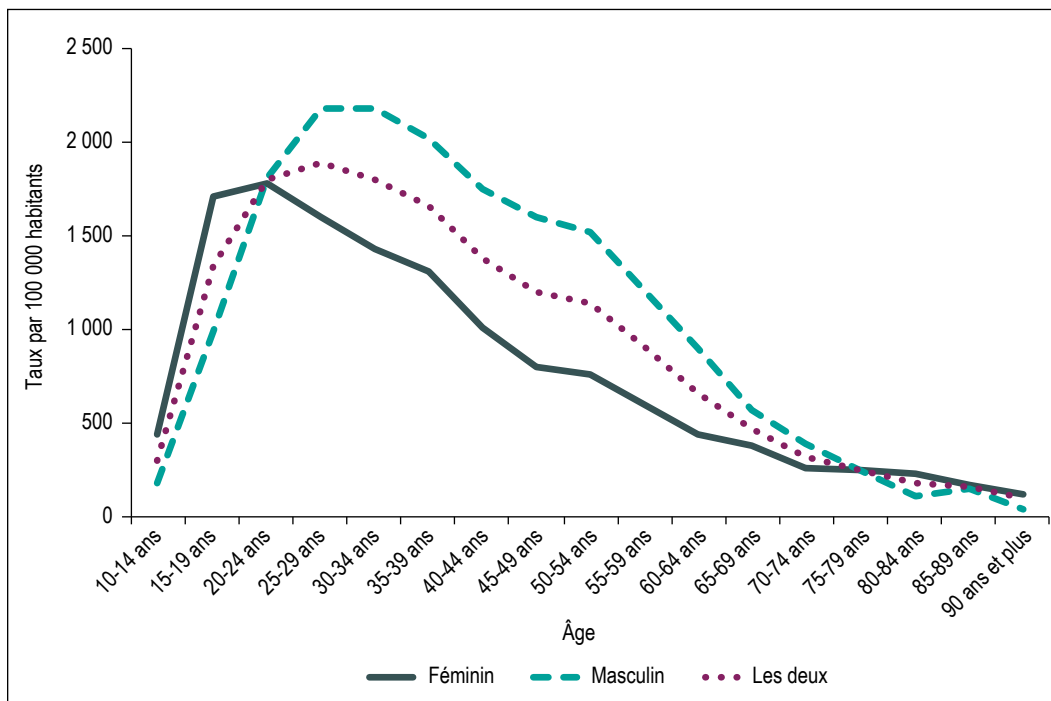
Les utilisateurs fréquents des services d'urgence présentent souvent des problèmes de santé mentale et de dépendance concomitants. Parmi les patients comptant au moins 4 visites par an,

- près de la moitié se sont rendus à l'urgence pour obtenir de l'aide relativement à un problème de santé mentale et à un problème de toxicomanie;
- le tiers a effectué une visite au service d'urgence uniquement pour obtenir de l'aide relativement à un problème de santé mentale — le plus souvent, il s'agissait de troubles anxieux, de troubles de l'humeur ou de troubles du comportement comme ceux liés à l'alimentation ou au sommeil;
- environ le cinquième s'est rendu à l'urgence uniquement pour obtenir de l'aide relativement à un problème de toxicomanie ou un trouble lié à l'utilisation de substances — le plus souvent l'alcool (84 %).

Les patients les plus susceptibles d'être des utilisateurs fréquents sont les jeunes adultes de sexe masculin

La probabilité d'effectuer au moins une visite à l'urgence au cours de l'année pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie est identique pour les 2 sexes. Toutefois, les hommes (56 %) étaient plus susceptibles que les femmes (44 %) de cumuler au moins 4 visites au service d'urgence, le taux de visites fréquentes le plus élevé étant observé chez ceux de 25 à 39 ans. En ce qui concerne les enfants et les jeunes (10 à 19 ans), les utilisateurs fréquents étaient plus susceptibles d'être de sexe féminin que de sexe masculin. Dans le groupe des 10 à 19 ans, il était plus probable qu'une visite à l'urgence vise seulement un problème de santé mentale (55 %) que seulement un problème lié à l'utilisation de substances (3 %). Les visites fréquentes observées chez les enfants et les jeunes découlent peut-être de leur difficulté à accéder à des services de santé mentale^{18, 19}.

Figure 6 Visites fréquentes à l'urgence, selon l'âge et le sexe, 2017-2018



Remarque

Cet indicateur comprend les utilisateurs fréquents des services d'urgence de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.

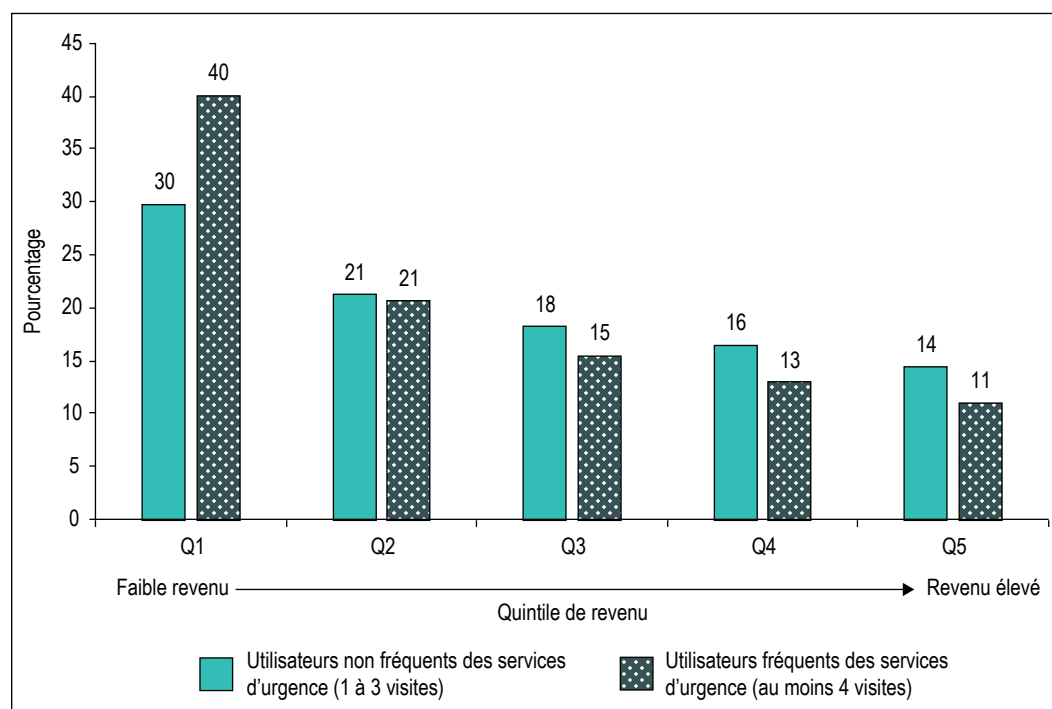
Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017 à 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Les Canadiens des quartiers à faible revenu sont plus susceptibles d'effectuer des visites fréquentes au service d'urgence

Bien que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie touchent les Canadiens issus de tous les groupes de revenu, les utilisateurs fréquents des services d'urgence cherchant de l'aide en santé mentale et en toxicomanie étaient près de 4 fois plus susceptibles de vivre dans un quartier à faible revenu que dans un quartier à revenu élevé. De plus, parmi ceux qui comptaient au moins 4 visites à l'urgence par an, environ 7 % étaient sans abri. D'autres études ont révélé que les Canadiens en situation de précarité économique présentent un risque accru de problème de santé mentale ou de toxicomanie et qu'il peut leur être plus difficile d'accéder aux soins et aux services dont ils ont besoin dans la collectivité, tandis que ceux dont le revenu est stable sont plus susceptibles de se tourner vers les soins privés^{20, 21}.

Figure 7 Pourcentage de patients comptant au moins 4 visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance, selon le revenu du quartier, 2017-2018



Remarque

Les pourcentages étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017 à 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada.

Les utilisateurs fréquents des services d'urgence sont souvent hospitalisés

Les deux tiers des utilisateurs fréquents cherchant à obtenir de l'aide en matière de santé mentale et de toxicomanie ont été admis à l'hôpital au moins une fois dans l'année, tandis qu'environ le quart (26 %) l'ont été au moins 3 fois. Près du quart des hospitalisations concernaient des troubles liés à l'utilisation de substances, mais les troubles de l'humeur, les troubles de l'alimentation et la schizophrénie figuraient aussi parmi les affections courantes.

Comme c'est le cas pour d'autres maladies chroniques, la mise en place d'un plan de soins structuré et le soutien dans la collectivité relativement à des problèmes de santé mentale et de toxicomanie contribuent à réduire les périodes de crise et, par conséquent, le besoin d'effectuer des visites fréquentes à l'urgence et les séjours coûteux à l'hôpital^{22, 23}.

Liens vers d'autres ressources de l'ICIS

- Indicateur Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance
 - [Votre système de santé : En bref](#) — résultats des indicateurs, infographies et tableaux téléchargeables
 - [Répertoire des indicateurs](#) — définitions et méthodologie
- Banques de données et ressources
 - [Information sur la santé mentale et la toxicomanie](#)
 - [Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires](#)
- Travaux de l'ICIS
 - [Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale](#) — indicateur dont les résultats sont présentés à l'échelle provinciale ou territoriale ainsi qu'à l'échelle de la région sanitaire dans Votre système de santé : En bref
 - Santé mentale des enfants et des jeunes au Canada — [infographie](#) et [rapport](#) complémentaire
 - [Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool](#) — indicateur dont les résultats sont présentés à l'échelle provinciale ou territoriale ainsi qu'à l'échelle de la région sanitaire dans Votre système de santé : En bref
 - [Méfaits de l'alcool au Canada : hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits](#) — rapport qui examine les politiques et interventions relatives à l'alcool à l'échelle du Canada et présente d'autres analyses sur la consommation d'alcool et ses méfaits
 - [Préjudices liés aux opioïdes au Canada](#)
 - [Types de préjudices liés aux opioïdes dans les hôpitaux canadiens : comparaisons entre le Canada et l'Australie](#) — rapport



Indicateur : Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles

Définition

Cet indicateur mesure le nombre de jours que les patients restent à l'hôpital sans nécessiter le niveau de soins offert dans ce milieu, jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles. Les services de soins de santé à domicile comprennent habituellement des services professionnels tels que les soins infirmiers ou les services de réadaptation, tandis que le soutien à domicile peut inclure le soutien aux activités de soins personnels, l'entretien domestique (p. ex. entretien ménager de base, lessive, magasinage, préparation des repas), l'adaptation du domicile ou d'autres services permettant à une personne de retourner à la maison. Le séjour à l'hôpital peut aussi être prolongé si une personne attend la disponibilité de membres de la famille ou d'autres aidants naturels.

Justification

- Cet indicateur permet de savoir si les Canadiens qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers de courte durée ont accès en temps opportun à des services à domicile.
- La prolongation du séjour peut signaler une sous-estimation des besoins, des lacunes dans la coordination des soins ou un manque de ressources communautaires pour fournir les services à domicile. Dans certains cas, il est possible que des séjours se prolongent davantage pendant que l'hôpital intensifie ses efforts pour organiser les services à domicile avant de transférer les patients.
- Cet indicateur peut aider à
 - déterminer dans quelles situations l'ajout de services à domicile pourrait accélérer la sortie du patient et réduire la nécessité de prolonger des services hospitaliers coûteux;
 - sensibiliser à l'importance de planifier dès que possible la sortie des patients pendant le séjour à l'hôpital pour s'assurer que les services à domicile soient prêts à temps.

Calcul

Temps médian, en jours, pendant lequel un séjour à l'hôpital est prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles

- La médiane est le point central, la moitié des résultats étant supérieurs à la médiane et l'autre moitié, inférieurs. Elle représente la durée typique du séjour des patients dont le séjour est prolongé jusqu'à ce que les services à domicile soient disponibles.
- Plus précisément, cet indicateur mesure le nombre de jours que les patients ont passé dans un lit en soins de courte durée pour patients hospitalisés alors qu'ils n'avaient pas besoin de ce niveau de service (niveau de soins alternatif ou NSA) avant d'être transférés vers les services à domicile.

Tableau 5 Données disponibles pour l'indicateur Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles

Source des données	Exercice	Couverture
Base de données sur les congés des patients (BDGP)	2017-2018	Ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec

Limites des données et mises en garde

- La prolongation des séjours à l'hôpital pourrait ne pas être classée et consignée de la même façon d'une province ou d'un territoire à l'autre. En 2016, l'ICIS a adopté des normes pour la désignation des NSA (ou séjours prolongés), mais elles pourraient ne pas encore avoir été mises en œuvre partout au pays²⁴. Il est aussi possible que les professionnels de la santé ne s'entendent pas sur le moment où le séjour d'un patient est considéré comme « prolongé », car cela nécessite une évaluation minutieuse des besoins en soins de la personne. (Consultez l'annexe B pour obtenir des précisions sur la qualité des données selon la province ou le territoire.)
- La collecte de données est problématique dans certaines autorités compétentes :
 - Les résultats du Québec, qui ne dispose pas de données équivalentes, ont été exclus.
 - La Nouvelle-Écosse décrit souvent les patients comme « en attente d'un centre de soins infirmiers », ce qui peut entraîner une variation dans les données et une sous-déclaration des patients transférés vers les services à domicile.
 - Dans les territoires, le nombre d'hospitalisations est généralement faible et peu de séjours prolongés sont déclarés.

- L'indicateur ne tient pas compte du fait que les services à domicile ont été reçus ou non. Il tient compte uniquement du fait que la personne a obtenu son congé de l'hôpital et que des services à domicile formels ont été prévus.
- Dans certains cas, il est possible qu'un patient transféré vers les services à domicile attendait en fait pour des soins de longue durée (ou pour un autre service), ce qui peut augmenter indûment le nombre de patients pris en compte dans cet indicateur.
- Les séjours à l'hôpital pour des problèmes de santé mentale ne sont pas inclus en raison de variations dans la façon dont les provinces et territoires recueillent ce type de données, ce qui a eu peu d'effet sur les résultats des indicateurs dans la plupart des provinces et territoires.

Principaux résultats

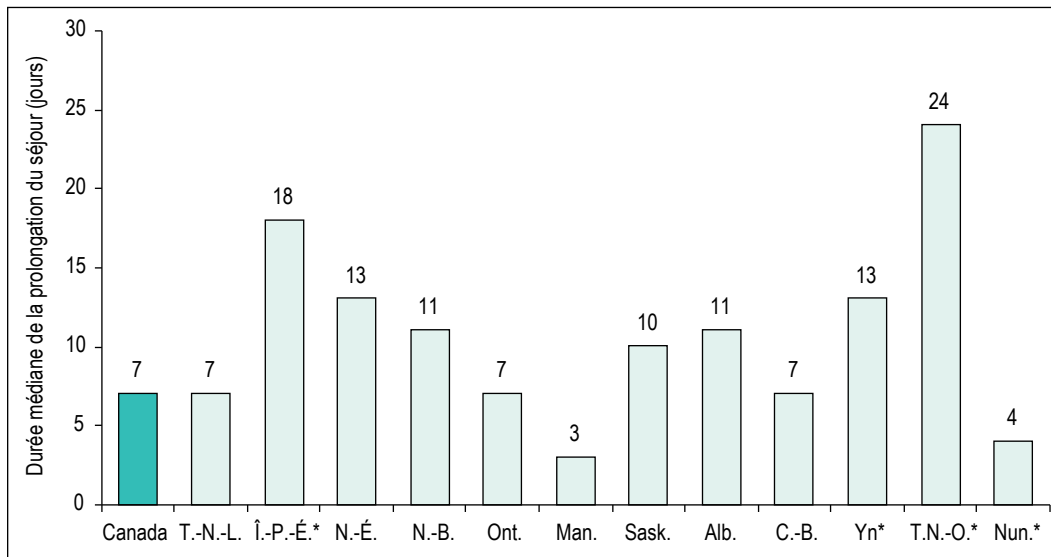
La plupart des patients ont rapidement accès à des services à domicile, mais un patient sur 12 voit son séjour prolongé

Après un séjour à l'hôpital, certains patients en convalescence nécessitent qu'une infirmière ou un autre professionnel de la santé leur rendent visite à la maison, certains ont besoin de matériel adapté pour mieux respirer ou rester mobiles, et d'autres ont besoin d'assistance avec les activités quotidiennes comme se laver ou préparer les repas. En 2017-2018, un total de 351 456 patients canadiens ont reçu leur congé de l'hôpital en se faisant prescrire des services à domicile formels (c.-à-d. non fournis par des amis ou des membres de la famille). La plupart des patients (92 %) n'ont pas dû prolonger leur séjour ni attendre d'être transférés.

Les 8 % restants — un patient sur 12 — ont dû rester à l'hôpital jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles. Chaque jour en moyenne, 1 320 utilisateurs de lits d'hôpitaux au Canada attendent que des services à domicile soient disponibles. C'est l'équivalent de 3 grands hôpitaux bondés.

La durée des prolongations de séjours varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre

Figure 8 Durée médiane de la prolongation du séjour des patients transférés vers les services à domicile, selon l'autorité compétente, 2017-2018



Autorité compétente	Canada	T.-N.-L.	Î.-P.-É.*	N.-É.	N.-B.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn*	T.N.-O.*	Nun.*
Transferts vers les services à domicile avec prolongation du séjour	27 717	537	54	295	919	15 829	1 670	693	3 915	3 769	15	5	9
Transferts vers les services à domicile sans prolongation du séjour	323 738	15 041	331	10 070	10 660	213 573	8 743	7 134	29 101	28 276	161	137	332

Remarques

* Comme le nombre de séjours prolongés à l'hôpital est faible dans les territoires et dans les provinces moins peuplées, les résultats sont instables. Par conséquent, toute comparaison avec les provinces plus peuplées doit être effectuée avec prudence.

La plupart des patients transférés vers les services à domicile (92 %) n'ont pas à prolonger leur séjour à l'hôpital et ne sont pas compris dans cet indicateur.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

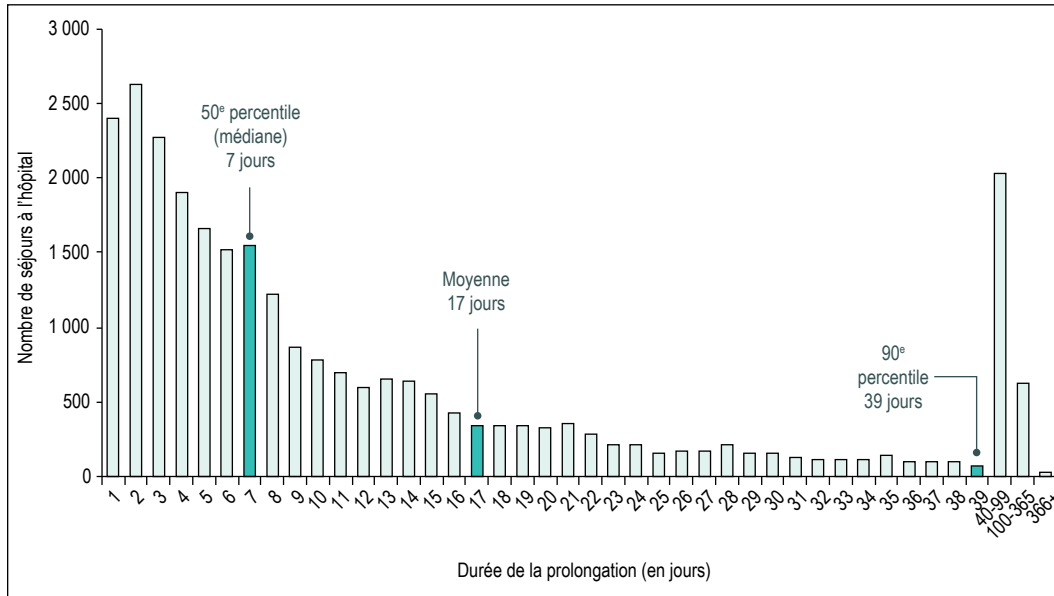
La durée des prolongations de séjours varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre. De nombreux facteurs peuvent influencer sur la prolongation des séjours à l'hôpital jusqu'à ce que les services et le soutien à domicile soient disponibles, notamment^{25, 26}

- la disponibilité des services et du soutien à domicile dans les provinces et territoires;
- la planification et l'organisation des soins, comme la planification de la sortie des patients et la coordination avec les services à domicile;
- les différences au chapitre de la santé de la population, qui influent sur les besoins en services à domicile, comme les taux de maladies chroniques (p. ex. diabète); les patients atteints de maladies chroniques multiples peuvent avoir besoin de plusieurs dispensateurs et programmes;
- la disponibilité d'un aidant parmi les amis ou les membres de la famille;
- le caractère approprié du milieu de vie à domicile des patients à mobilité restreinte;
- les variations dans la pratique clinique et la volonté de renvoyer les patients à leur domicile; les dispensateurs de soins doivent atteindre un équilibre entre le risque de réadmission à l'hôpital d'un patient renvoyé trop tôt à domicile et la durée totale de son séjour;
- la qualité des données, en raison des différentes méthodes de consignation des séjours prolongés des patients.

Le séjour de la moitié des patients est prolongé d'une semaine ou moins

Au Canada, le patient typique dont le séjour est prolongé a attendu 7 jours ou moins à l'hôpital avant que les services ou le soutien à domicile soient disponibles. Or, 10 % des patients en séjour prolongé ont passé au moins 39 journées supplémentaires à l'hôpital en attente de services à domicile.

Figure 9 Durée de la prolongation des séjours à l'hôpital jusqu'à ce que les services à domicile soient disponibles, 2017-2018



Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

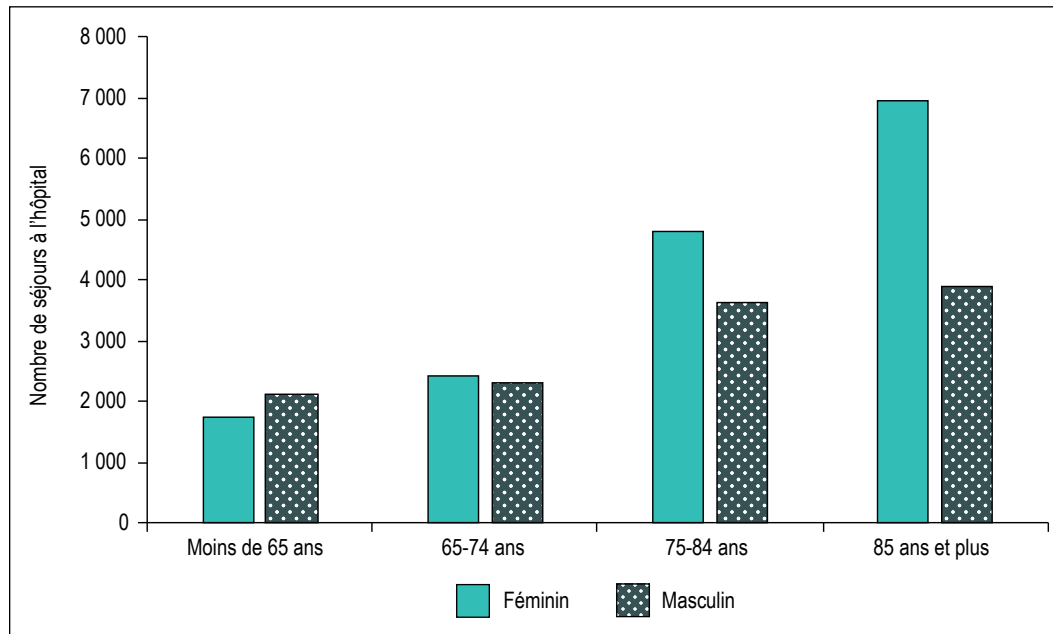
En général, la durée de la prolongation des séjours ne varie pas de façon significative selon l'âge, le sexe ou le revenu des patients, ou encore selon qu'ils habitent dans un milieu urbain ou rural. Toutefois, certains types de patients sont beaucoup plus susceptibles que d'autres de rester à l'hôpital jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles.

Les femmes âgées sont les plus susceptibles d'avoir des séjours prolongés à l'hôpital

La grande majorité (86 %) des patients dont le séjour à l'hôpital est prolongé sont âgés de 65 ans ou plus, l'âge médian étant de 82 ans. Moins de 1 % (0,2 %) de ces patients sont des enfants et des jeunes de moins de 18 ans.

La majorité des patients (presque 3 sur 5) dont le séjour à l'hôpital est prolongé sont des femmes. Ce résultat est peut-être attribuable à l'espérance de vie plus longue chez les femmes que chez les hommes et à la prévalence des maladies chroniques nécessitant des services à domicile, qui augmente avec l'âge. Les femmes qui occupent le rôle traditionnel de dispensatrice de soins de la famille ou qui survivent à leur conjoint pourraient aussi être moins susceptibles d'avoir un aidant parmi les membres de leur famille pour les soutenir à la maison. Toutefois, on compte plus d'hommes que de femmes parmi les patients de moins de 65 ans ayant passé des journées supplémentaires à l'hôpital en attente de services à domicile.

Figure 10 Séjours prolongés à l'hôpital jusqu'à ce que les services à domicile soient disponibles, selon l'âge et le sexe, 2017-2018



Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

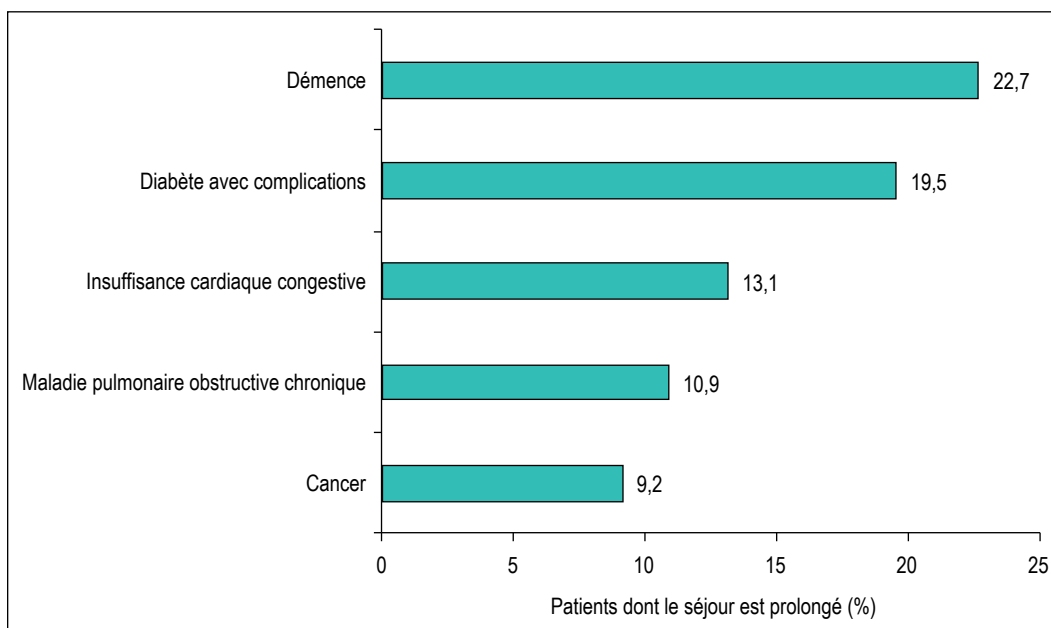
Les patients dont le séjour à l'hôpital est prolongé sont plus susceptibles d'être atteints de maladies comme la démence

Les services à domicile offrent un éventail de services de santé et de soutien, qui vont des interventions relativement simples à court terme, comme le changement de pansements, jusqu'aux soins de santé plus exigeants et aux services complexes, comme l'approvisionnement et le suivi d'un respirateur artificiel. Comme la disponibilité des services peut être limitée et la planification des services à domicile peut être difficile pour les patients avec des maladies chroniques ou des besoins plus marqués, ces derniers sont plus susceptibles de voir leur séjour à l'hôpital se prolonger^{27, 28}.

La majorité (85 %) des patients dont le séjour à l'hôpital a été prolongé jusqu'à ce que les services à domicile soient disponibles étaient hospitalisés en raison de problèmes médicaux et non pour des chirurgies. Plus d'un patient sur 5 en attente de services à domicile était atteint de démence. Parmi les autres affections relevées, mentionnons le diabète, les fractures de la hanche, l'insuffisance cardiaque congestive, la maladie pulmonaire obstructive chronique et le cancer.

Certains patients ayant des besoins complexes peuvent aussi être transférés dans un centre de soins infirmiers après leur séjour à l'hôpital. L'an dernier, parmi les patients dont le séjour à l'hôpital s'est prolongé au Canada, 55 000 attendaient un lit dans un centre de soins infirmiers ou un établissement de soins de longue durée, soit près du double de ceux qui attendaient que les services ou le soutien à domicile soient disponibles. Au Canada, le patient typique attend 9 jours à l'hôpital avant d'obtenir un lit dans un centre de soins infirmiers.

Figure 11 Les 5 principales maladies chroniques chez les patients dont le séjour à l'hôpital est prolongé parce que les services à domicile ne sont pas disponibles, 2017-2018



Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Liens vers d'autres ressources de l'ICIS

- Indicateur Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles
 - [Votre système de santé : En bref](#) — résultats des indicateurs, infographies et tableaux téléchargeables
 - [Répertoire des indicateurs](#) — définitions et renseignements sur la méthodologie
- Banques de données et ressources
 - [Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients](#)
 - [Lignes directrices sur la codification des séjours prolongés](#) (niveau de soins alternatif)
- Travaux de l'ICIS
 - Jours-patients en niveau de soins alternatif — [Votre système de santé : En détail — notes techniques pour les mesures contextuelles, novembre 2018](#)
 - [Aînés en transition : cheminements dans le continuum des soins](#) — rapport

Rapport d'étape

Au cours de la dernière année, l'ICIS et ses partenaires en santé — dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, Statistique Canada, la Commission de la santé mentale du Canada, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, l'Association canadienne de soins et services à domicile, les intervenants du secteur de la santé, des experts cliniques et des personnes ayant fait l'expérience des services — ont collaboré étroitement à l'élaboration des 12 indicateurs des priorités partagées en santé visant à mesurer l'accès aux services à domicile en milieu communautaire ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie⁵. L'ICIS prévoit publier les résultats de 3 nouveaux indicateurs chaque année jusqu'en 2022, en plus de mettre à jour les résultats des indicateurs existants.

Le travail accompli à ce jour sur les indicateurs à paraître en 2020 et en 2021 (voir le tableau 1) comprend notamment

- la formation, pour chaque indicateur, d'un groupe consultatif d'experts formé d'experts cliniques et d'experts en la matière, de personnes ayant fait l'expérience des services en question et de représentants provinciaux et territoriaux;
- la réalisation d'analyses documentaires sur les sujets prioritaires;
- l'examen d'options concernant la définition des indicateurs et les sources des données;
- le développement d'approches pour l'engagement des patients;
- l'élaboration par notre partenaire, Statistique Canada, d'un indicateur pour déterminer si les services à domicile ont permis à la personne qui les reçoit de rester à la maison.

Ces travaux ont pour objectif de mesurer l'accès aux services qui sont importants aux yeux des Canadiens. Pour y parvenir, il importe aussi d'engager des discussions sur les lacunes dans les données. Le tableau 6 présente les données comparables disponibles pour produire des rapports sur les 12 indicateurs en date de la publication du présent rapport.

Les provinces et les territoires ne partent pas sur un pied d'égalité en ce qui concerne la collecte de données et l'infrastructure d'information sur la santé. Certes, l'ICIS reçoit des données détaillées sur les soins hospitaliers de partout au pays; mais les données comparables au niveau de la collectivité ne sont disponibles que dans certaines provinces et certains territoires. Conformément à sa stratégie de renforcement des données, l'ICIS collabore avec les provinces et territoires, les établissements et les régions sanitaires afin d'élargir la couverture des banques de données existantes (p. ex. par une participation accrue au Système d'information sur les services à domicile et au Système national d'information sur les soins ambulatoires) et d'explorer de nouvelles façons de recueillir des données à l'échelle des collectivités. Ceci pourrait inclure l'adaptation d'outils de sondage avec des partenaires comme Statistique Canada, ou le développement de nouvelles sources de données pour rendre compte de ces indicateurs.

Nous continuerons de collaborer avec nos partenaires afin d'établir des normes communes en matière d'information et d'explorer de nouvelles sources de données aux fins de diffusion publique. Avec le temps, cette approche aidera à combler certaines des lacunes dans les données, de sorte que les Canadiens auront un portrait plus détaillé de l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie ainsi qu'aux services communautaires et à domicile.

Les renseignements sur les [banques de données](#) de l'ICIS et leur portée sont mis à jour périodiquement sur le site Web de l'ICIS.

Tableau 6 Avancement des travaux d'élaboration des indicateurs

Indicateur	Année et volet	État de la définition normalisée	Norme relative aux données comparables
Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances	Année 1 Santé mentale et toxicomanie	Terminé	Base de données sur la morbidité hospitalière; Base de données sur les congés des patients (En Ontario, les données des hôpitaux pour cet indicateur sont recueillies à l'aide du Système d'information ontarien sur la santé mentale et du Système national d'information sur les soins ambulatoires.)
Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance	Année 1 Santé mentale et toxicomanie	Terminé	Système national d'information sur les soins ambulatoires
Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles	Année 1 Services à domicile et soins communautaires	Terminé	Base de données sur les congés des patients

Indicateur	Année et volet	État de la définition normalisée	Norme relative aux données comparables
Blessures auto-infligées, incluant le suicide	Année 2 Santé mentale et toxicomanie	S'inspirer des travaux existants — en cours	Système national d'information sur les soins ambulatoires (niveau 3); Base de données sur la morbidité hospitalière; Base de données sur les congés des patients Statistiques de l'état civil (Statistique Canada) (En Ontario, les données des hôpitaux pour cet indicateur sont recueillies à l'aide du Système d'information ontarien sur la santé mentale.)
Détresse des aidants naturels	Année 2 Services à domicile et soins communautaires	S'inspirer des travaux existants — en cours	Système d'information sur les services à domicile; instrument d'évaluation des résidents — services à domicile; Services à domicile (SD) interRAI
Soins de longue durée fournis au moment approprié	Année 2 Services à domicile et soins communautaires	S'inspirer des travaux existants — en cours	Système d'information sur les soins de longue durée; instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal 2.0 ou Soins de longue durée en établissement (SLD) interRAI
Temps d'attente pour des services communautaires en santé mentale, orientation ou auto-orientation	Année 3 Santé mentale et toxicomanie	En cours dans les provinces et territoires	Collecte de nouvelles données provinciales
Temps d'attente pour des services à domicile, orientation	Année 3 Services à domicile et soins communautaires	En cours dans les provinces et territoires	Collecte de nouvelles données provinciales
Maintien à domicile du bénéficiaire grâce aux services à domicile	Année 3 Services à domicile et soins communautaires	Ajout de questions à l'enquête actuelle — en cours	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada)

Indicateur	Année et volet	État de la définition normalisée	Norme relative aux données comparables
Niveau de connaissance et d'utilisation des services en santé mentale et en toxicomanie	Année 4 Santé mentale et toxicomanie	Nouvelle définition requise	Nouveau, fondé sur des données d'enquête
Dépistage et intervention précoces chez les jeunes de 10 à 25 ans	Année 4 Santé mentale et toxicomanie	Nouvelle définition requise	Nouveau, fondé sur des données d'enquête
Décès à domicile ou hors hôpital	Année 4 Services à domicile et soins communautaires	Nouvelle définition requise	À déterminer

Remarque

Sauf indication contraire, toutes les sources de données appartiennent à l'ICIS.

Conclusion

Il y a moins de 2 ans, les gouvernements FPT ont convenu de mettre l'accent sur les priorités partagées en santé que sont les services à domicile et les soins communautaires ainsi que les services de santé mentale et de toxicomanie. Ils se sont engagés à améliorer l'accès aux services pour les Canadiens et à leur rendre des comptes en publiant des rapports annuels sur leur progrès. Depuis, les intervenants de ce projet — gouvernements, patients, membres du public, intervenants et experts de la mesure — n'ont ménagé aucun effort pour atteindre l'objectif fixé dans le rapport : 12 indicateurs ont été choisis, 3 ont fait l'objet d'une analyse dans le présent rapport et 9 autres sont à divers stades d'élaboration.

Ces efforts se poursuivront jusqu'en 2022 avec l'intégration progressive des indicateurs restants dans les prochains rapports annuels et le raffinement des indicateurs déjà publiés. Les nouveaux indicateurs soulèveront des questions sur les facteurs qui influencent les données et sur les façons d'améliorer les résultats. L'ICIS, pour répondre à ces questions, réalisera des travaux analytiques et donnera son appui aux chercheurs et aux partenaires en santé qui voudront bien les scruter davantage. À mesure que les indicateurs nous renseigneront sur l'accès aux soins dans les domaines des priorités partagées en santé et sur son évolution dans le temps, les planificateurs du système de santé et les dispensateurs de soins seront en mesure de concevoir et de gérer des programmes et pourront échanger des connaissances sur les meilleurs moyens de répondre aux besoins des Canadiens.

Ces changements ne surviendront pas du jour au lendemain. Ces mesures sont problématiques pour les systèmes de santé et posent sur le plan de la santé publique des défis complexes et difficiles à surmonter. Le présent rapport sert de point de référence pour les 3 premiers indicateurs. Améliorer l'accès aux services à domicile, aux soins communautaires et aux soins en santé mentale et en toxicomanie efficaces exigera une planification minutieuse et des efforts soutenus. L'ICIS continuera de collaborer de près avec les décideurs, les intervenants du secteur de la santé et les Canadiens pour veiller à ce que l'information que nous recueillons et diffusons puisse guider ces efforts et, ultimement, améliorer la santé et la qualité de vie des familles canadiennes.

Annexe A : Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances — tableau de données

Tableau A1 Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances, selon l'autorité compétente et la substance, 2017-2018

Autorité compétente	Alcool	Substances inconnues et multiples	Cannabinoïdes	Opioides	Autres stimulants	Cocaïne	Autres dépresseurs	Autres substances
Canada	53,0 %	16,9 %	15,0 %	12,3 %	11,2 %	7,8 %	6,4 %	0,4 %
Terre-Neuve-et-Labrador	54,8 %	15,4 %	8,5 %	14,9 %	2,6 %	9,5 %	14,2 %	0,9 %
Île-du-Prince-Édouard	47,6 %	21,3 %	18,4 %	9,7 %	3,2 %	1,8 %	5,7 %	0,0 %
Nouvelle-Écosse	69,9 %	7,6 %	12,1 %	12,8 %	1,9 %	9,1 %	6,1 %	0,1 %
Nouveau-Brunswick	47,7 %	12,9 %	24,2 %	11,1 %	14,6 %	9,1 %	11,2 %	0,4 %
Ontario	53,0 %	21,0 %	11,4 %	11,8 %	5,3 %	6,7 %	5,6 %	0,3 %
Manitoba	60,8 %	13,8 %	11,2 %	9,2 %	10,3 %	6,3 %	6,2 %	0,7 %
Saskatchewan	57,0 %	12,0 %	22,7 %	11,4 %	14,7 %	6,7 %	5,2 %	1,0 %
Alberta	60,2 %	12,8 %	13,6 %	13,1 %	14,0 %	6,9 %	5,3 %	0,5 %
Colombie-Britannique	52,6 %	12,9 %	12,6 %	20,1 %	16,1 %	8,5 %	5,2 %	0,4 %

Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada, novembre 2019

Autorité compétente	Alcool	Substances inconnues et multiples	Cannabinoïdes	Opioides	Autres stimulants	Cocaïne	Autres dépresseurs	Autres substances
Yukon	82,4 %	4,4 %	3,8 %	8,0 %	—	6,0 %	4,1 %	—
Territoires du Nord-Ouest	85,8 %	2,2 %	16,1 %	3,9 %	0,9 %	8,5 %	2,1 %	—
Nunavut	51,3 %	14,1 %	36,8 %	2,2 %	—	—	—	—

Remarques

— Données supprimées en raison des faibles volumes.

Le terme « inconnues » est utilisé pour les substances non définies, possiblement multiples.

« Autres stimulants » comprend la méthamphétamine, tandis que « Autres dépresseurs » comprend les benzodiazépines, ou somnifères.

Les « Autres substances » comprennent les hallucinogènes et les solvants.

Les pourcentages indiquent la contribution de chaque substance dans chaque autorité compétente.

Le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu le 10 mars 2017 d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes s'appuyant sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Ainsi, les résultats au niveau provincial du Québec ne sont pas inclus dans ce rapport.

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe B : Notes méthodologiques

Séjour à l'hôpital prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles

- La variation dans les pratiques de consignation des données pourrait expliquer certaines des différences dans les résultats entre les provinces et territoires.
 - L'ICIS a élaboré une méthodologie d'estimation du nombre potentiel de cas manquants (les longues hospitalisations sans mention de séjour prolongé), qui varie de 9 à 100 % entre les provinces et territoires.
 - Le nombre de cas varie généralement de 9 à 21 %, mais le pourcentage peut être plus élevé dans certaines autorités compétentes (Nouvelle-Écosse, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) en raison des différentes pratiques de consignation des données.

Autorité compétente	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
%	16	21	39	20	15	21	9	15	16	9	30	100

- En Ontario, les séjours à l'hôpital en raison d'une maladie mentale sont soumis dans une autre base de données (le Système d'information ontarien sur la santé mentale), et certaines régions du Manitoba ne consignent pas les retours à domicile avec services de soutien. Afin d'assurer la comparabilité des résultats entre les provinces et territoires, ces séjours dans un hôpital en raison de maladie mentale sont exclus des données (sauf pour les patients atteints de démence et de troubles mentaux organiques).
 - Dans d'autres provinces et territoires, l'inclusion des séjours dans un hôpital en raison de maladie mentale a eu une incidence minime sur les résultats globaux; la durée médiane des prolongations de séjours a seulement augmenté au Manitoba et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Annexe C : Texte de remplacement pour les images et les figures

Première image : Plus de 400 Canadiens sont hospitalisés chaque jour en raison de méfaits causés par l'alcool ou les drogues, soit plus que pour les crises cardiaques et les AVC combinés. Et chaque jour, 10 Canadiens décèdent à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances. De ce nombre de décès, 3 sur 4 sont attribuables à l'alcool.

Deuxième image : Près d'un Canadien sur 10 qui visite un service d'urgence pour un problème de santé mentale ou de dépendance le fait 4 fois ou plus durant l'année.

Troisième image : Plus de 90 % des patients hospitalisés ont accès rapidement à des services à domicile. Toutefois, 1 sur 12 voit son séjour prolongé jusqu'à ce que les services ou le soutien à domicile soient disponibles; c'est l'équivalent de 3 grands hôpitaux (400 lits) bondés chaque jour.

Figure 1 : Taux d'hospitalisations en raison de l'utilisation de substances normalisé selon l'âge, par autorité compétente, 2017-2018

Autorité compétente	Taux	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
Canada	477	—	—
T.-N.-L.	373	355	391
Î.-P.-É.	567	526	608
N.-É.	453	439	468
N.-B.	400	385	415
Ont.	400	397	404
Man.	401	390	413
Sask.	580	565	595
Alb.	531	524	539
C.-B.	701	693	709
Yn	1 022	917	1 127
T.N.-O.	2 015	1 869	2 162
Nun.	870	740	1 000

Remarques

— Sans objet.

L'intervalle de confiance (IC) sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents. Les taux sont ajustés selon l'âge.

Le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu le 10 mars 2017 d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes s'appuyant sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Ainsi, les résultats au niveau provincial du Québec ne sont pas inclus dans ce rapport.

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 2 : Taux de séjours à l'hôpital en raison de l'utilisation de substances, selon l'âge et le sexe, 2017-2018

Âge	Féminin	Masculin	Les deux
10-14 ans	72	35	53
15-19 ans	442	397	419
20-24 ans	483	640	563
25-29 ans	477	731	605
30-34 ans	457	738	597
35-39 ans	418	706	562
40-44 ans	355	650	502
45-49 ans	346	679	513
50-54 ans	354	737	547
55-59 ans	337	720	528
60-64 ans	286	718	499
65-69 ans	251	667	454
70-74 ans	231	568	392
75-79 ans	233	486	349
80-84 ans	193	409	287
85-89 ans	184	371	257
90 ans et plus	163	265	193

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3 : Cause des séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances, selon la substance, Canada, 2017-2018

Substance	Pourcentage
Alcool	53,0
Inconnue	16,9
Cannabis	15,0
Opiïdes	12,3
Autres stimulants	11,2
Cocaïne	7,8
Autres dépresseurs	6,4
Autres substances	0,4

Remarques

Les pourcentages ne totalisent pas 100 % étant donné qu'il est possible que plus d'une substance soit consignée par hospitalisation.

Le terme « Inconnue » est utilisé pour les substances non définies, possiblement multiples.

« Autres stimulants » comprend la méthamphétamine, tandis que

« Autres dépresseurs » comprend les benzodiazépines, ou somnifères.

Les « Autres substances » comprennent les hallucinogènes et les solvants.

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 4 : Les 3 principales substances causant des séjours à l'hôpital, selon la province ou le territoire, 2017-2018

Autorité compétente	Première substance	Deuxième substance	Troisième substance
T.-N.-L.	Alcool	Inconnue	Opioides
Î.-P.-É.	Alcool	Inconnue	Cannabis
N.-É.	Alcool	Opioides	Cannabis
N.-B.	Alcool	Cannabis	Autres stimulants
Ont.	Alcool	Inconnue	Opioides
Man.	Alcool	Inconnue	Cannabis
Sask.	Alcool	Cannabis	Autres stimulants
Alb.	Alcool	Autres stimulants	Cannabis
C.-B.	Alcool	Opioides	Autres stimulants
Yn	Alcool	Opioides	Cocaïne
T.N.-O.	Alcool	Cannabis	Cocaïne
Nun.	Alcool	Cannabis	Inconnue

Remarques

Le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu le 10 mars 2017 d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes s'appuyant sur l'entente asymétrique de septembre 2004. Ainsi, les résultats au niveau provincial du Québec ne sont pas inclus dans ce rapport.

Le terme « Inconnue » est utilisé pour les substances non définies, possiblement multiples.

« Autres stimulants » comprend la méthamphétamine.

Sources

Base de données sur la morbidité hospitalière, Système d'information ontarien sur la santé mentale et Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 5 : Taux de visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance, selon l'autorité compétente, 2017-2018

Autorité compétente	Taux	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
Canada*	9,4	—	—
Î.-P.-É.†	6,5	5,1	8,3
N.-É.†	6,4	5,6	7,4
Ont.	9,5	9,4	9,7
Sask.†	8,8	8,2	9,3
Alb.	10,3	10,0	10,5
C.-B.†	8,4	8,1	8,7
Yn	16,3	14,2	18,6

Remarques

* Le total inclut les données soumises par le Manitoba.

† Les visites fréquentes peuvent être sous-estimées en raison de la soumission de données partielles sur les services d'urgence.

Les résultats ne doivent pas être comparés.

— Sans objet.

Les taux sont ajustés selon l'âge et le sexe.

L'IC sert à déterminer s'il y a une différence statistiquement significative entre le résultat de l'indicateur et la moyenne. L'étendue de l'IC illustre le degré de variabilité du taux. Par exemple, l'IC d'une province ou d'un territoire peut être étendu si peu de cas sont répertoriés et que les résultats sont instables. Selon les estimations, les valeurs des indicateurs sont exactes dans les limites supérieure et inférieure de l'IC 19 fois sur 20 (IC de 95 %). Les taux dont l'IC ne chevauche pas le résultat du Canada peuvent être considérés comme étant statistiquement différents.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017 à 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 6 : Visites fréquentes à l'urgence, selon l'âge et le sexe, 2017-2018

Âge	Féminin	Masculin	Les deux
10-14 ans	436	176	303
15-19 ans	1 712	992	1 341
20-24 ans	1 782	1 810	1 797
25-29 ans	1 600	2 179	1 890
30-34 ans	1 425	2 182	1 800
35-39 ans	1 306	2 024	1 661
40-44 ans	1 012	1 745	1 375
45-49 ans	797	1 604	1 199
50-54 ans	760	1 520	1 142
55-59 ans	601	1 212	906
60-64 ans	438	898	664
65-69 ans	379	566	469
70-74 ans	264	386	322
75-79 ans	250	247	248
80-84 ans	229	110	177
85-89 ans	169	147	160
90 ans et plus	119	44	97

Remarque

Cet indicateur comprend les utilisateurs fréquents des services d'urgence de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon.

Source

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017 à 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 7 : Pourcentage de patients comptant au moins 4 visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance, selon le revenu du quartier, 2017-2018

Quintile de revenu (du plus faible au plus élevé)	Utilisateurs non fréquents des services d'urgence (1 à 3 visites)	Utilisateurs fréquents des services d'urgence (au moins 4 visites)
Q1	30 %	40 %
Q2	21 %	21 %
Q3	18 %	15 %
Q4	16 %	13 %
Q5	14 %	11 %

Remarque

Les pourcentages étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100.

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2016-2017 à 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier de conversion des codes postaux plus, Statistique Canada.

Figure 8 : Durée médiane de la prolongation du séjour des patients transférés vers les services à domicile, selon l'autorité compétente, 2017-2018

Autorité compétente	Durée médiane de la prolongation du séjour (jours)
Canada	7
T.-N.-L.	7
Î.-P.-É.*	18
N.-É.	13
N.-B.	11
Ont.	7
Man.	3
Sask.	10
Alb.	11
C.-B.	7
Yn*	13
T.N.-O.*	24
Nun.*	4

Remarques

* Comme le nombre de séjours prolongés à l'hôpital est faible dans les territoires et dans les provinces moins peuplées, les résultats sont instables. Par conséquent, toute comparaison avec les provinces plus peuplées doit être effectuée avec prudence.

La plupart des patients transférés vers les services à domicile (92 %) n'ont pas à prolonger leur séjour à l'hôpital et ne sont pas compris dans cet indicateur.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 9 : Durée de la prolongation des séjours à l'hôpital jusqu'à ce que les services à domicile soient disponibles, 2017-2018

Ce graphique présente le nombre de séjours à l'hôpital qui ont été prolongés jusqu'à ce que les services à domicile soient disponibles, en nombre de jours de prolongation. Le nombre de séjours prolongés le plus élevé concerne les prolongations de 1 à 3 jours; la moitié des prolongations de séjours durent 7 jours ou moins. La durée moyenne des prolongations de séjours est de 17 jours et seulement une prolongation de séjour sur 10 dure 39 jours ou plus. Certains séjours sont prolongés de 365 jours ou plus.

Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 10 : Séjours prolongés à l'hôpital jusqu'à ce que les services à domicile soient disponibles, selon l'âge et le sexe, 2017-2018

Âge	Féminin	Masculin
Moins de 65 ans	1 709	2 099
65-74 ans	2 384	2 304
75-84 ans	4 787	3 608
85 ans et plus	6 932	3 889

Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 11 : Les 5 principales maladies chroniques chez les patients dont le séjour à l'hôpital est prolongé parce que les services à domicile ne sont pas disponibles, 2017-2018

Affection	Pourcentage des patients en séjour prolongé présentant l'affection
Démence	22,7
Diabète avec complications	19,5
Insuffisance cardiaque congestive	13,1
Maladie pulmonaire obstructive chronique	10,9
Cancer	9,2

Source

Base de données sur les congés des patients, 2017-2018, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Gouvernement du Canada. [Priorités partagées en matière de santé](#). Consulté le 11 mars 2019.
2. Gouvernement du Canada. [Un énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#). 2017.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape](#). 2018.
4. Institut canadien d'information sur la santé. [Une première au Canada : l'ICIS mesurera l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, de même qu'aux services à domicile et en milieu communautaire](#). Consulté le 11 mars 2019.
5. Institut canadien d'information sur la santé. [Priorités partagées en santé](#). Consulté le 11 mars 2019.
6. Institut canadien d'information sur la santé. [Indicateurs de santé](#). Consulté le 11 mars.
7. Institut canadien d'information sur la santé. [Répertoire des indicateurs](#). Consulté le 11 mars 2019.
8. Institut canadien d'information sur la santé. [Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool](#). Consulté le 11 mars 2019.
9. Institut canadien d'information sur la santé. [Préjudices liés aux opioïdes au Canada, décembre 2018](#). 2018.
10. Young MM, Jesseman R; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. [Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers : rapport technique](#). 2014.
11. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. [Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada \(de janvier 2016 à décembre 2017\)](#). 2018.
12. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. [Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health](#). 2016.

13. Gouvernement du Canada. [Le renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances](#). 2018.
14. Gouvernement du Canada. [Légalisation et réglementation du cannabis](#). Consulté le 11 mars 2019.
15. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. [Quand les troubles de santé mentale et d'abus de substances se rencontrent](#). 2013.
16. Institut canadien d'information sur la santé. [Hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale](#). Consulté le 11 mars 2019.
17. Fleury M-J, Fortin M, Rochette L, et al. [Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization](#). *BMC Emergency Medicine*. 2019.
18. Commission de la santé mentale du Canada. [La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : une perspective axée sur les jeunes](#). 2015.
19. Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. [Chapitre 3, section 3.01 : Services de santé mentale aux enfants et aux jeunes](#). In : Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, dir. *Rapport annuel 2016, volume 1 de 2*. 2016.
20. Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K, et al. [Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform](#). *Health Policy*. 2006.
21. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ. [Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study](#). *Archives of General Psychiatry*. 2011.
22. Centre de toxicomanie et de santé mentale. [Mental Health and Primary Care Policy Framework](#). 2016.
23. Stephenson MD, Lisy K, Stern CJ, Feyer A-M, Fisher L, Aromataris EC. [The impact of integrated care for people with chronic conditions on hospital and emergency department utilization: A rapid review](#). *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 2019.
24. Institut canadien d'information sur la santé. [Définitions et lignes directrices pour la désignation des NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée](#). Sans date.
25. Sutherland JM, Crump RT. [Alternative level of care: Canada's hospital beds, the evidence and options](#). *Healthcare Policy*. 2013.

26. Lavergne MR. [Regional Variation in Alternate Level of Care \(ALC\) Service Use in British Columbia Hospitals: An Opportunity for Intervention?](#). 2015
27. Agrément Canada, Association canadienne de soins et services à domicile. [Les soins et services à domicile au Canada : faire progresser l'amélioration de la qualité et les soins intégrés](#). 2015.
28. Association canadienne de soins et services à domicile. [Un plan national pour de meilleurs soins à domicile au Canada](#). 2016.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

20977-1019

