

WHO-AIMS / OMS IESM

VERSION 2.1

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

INSTRUMENT D'ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE SANTE
MENTALE

FEVRIER 2005

NE PAS CITER OU DISTRIBUER SANS PERMISSION

Ceci est une traduction non officielle de WHO-AIMS Instrument. Pour une traduction officielle, veuillez vous référer à la version originale en anglais de WHO-AIMS Instrument



Organisation Mondiale de la Santé
Santé Mentale: Evidence et Recherche
Département de Santé Mentale et d'Abus de Substance
Genève

Remerciements

L'Instrument d'Évaluation des Systèmes de santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO-AIMS) a été conceptualisé et développé par l'équipe Recherche et Evidence (MER) du Département de Santé Mentale et d'Abus de Substances (MSD) de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), en collaboration avec des collègues membres ou extérieurs à l'OMS. Au départ, l'instrument a été développé par les membres suivants de l'équipe MER: Shekhar Saxena (coordinateur), Antonio Lora, Mark Fourgon Ommeren, Tom Barrett, et Jodi Morris. L'instrument a bénéficié d'apports techniques par Itzhak Levav et Pratap Sharan. L'équipe a reçu l'aide administrative de Grazia Motturi et Romarin Westermeyer.

Benedetto Saraceno a assuré la supervision et la coordination générale pour le développement de WHO-AIMS.

Les Bureaux Régionaux de l'OMS ont collaboré dans le projet en révisant les différentes versions:

- Bureau régional Afrique (Custodia Mandlhate, Thérèse Agossou)
- Bureau régional Organisation de la Santé Américaine et Pan Américaine (Claudio Miranda, Jose Miguel Caldas de Almeida)
- Bureau régional pour la méditerranée orientale (Ahmed Mohit, Srinivasa Murthy)
- Bureau régional Europe (Wolfgang Rutz; Muijen Mat)
- Bureau régional pour l'Asie du sud-est (Vijay Chandra)
- Bureau régional pour le Pacifique ouest (Xiangdong Wang)

Pour le Département de Santé Mentale et Abus de Substance de l'OMS ont révisé l'instrument et ont apporté leur contribution :

José Bertolote, Michelle Funk, Vladimir Poznyak, Leonid Prilipko, Myron Belfer, Dan Chisholm, Natalie Drew, Alexandra Fleischmann, Anna Gatti, Margaret Grigg, et Isidore Obot.

Les collègues extérieurs à l'OMS suivants ont contribué aux différentes étapes du développement de l'instrument : Vuong Anh Duong, Rajya Abu Sway, Salih Al - Hasnawi, Mathias Angermeyer, Karen Babich, Seyed Abbas Bagheri Yazdi, Florence Baingana, Larisa Boderscova, C.R. Chandrashekar, Marina Chiarini, Dagenais chrétien, Neli Demi, Saida Douki, Mike Ekpo, Alan Flisher, Maurizio Focchi, Vijay Ganju, Nestor Giralda, Gozel Greenidge, Walter Gulbinat, Yousif Hanna Rofa, Mihai Hotineanu, Sylvia Kaaya, Font Thuy Lan, Ville Lehtinen, Tatiana Lekovska Stoicovska, Lingue Li Jiang, John Mahoney, Anita Marini, Venetsanos Mavreas, Joseph Mbatia, Céline Mercier, Nalaka Mendis, Albert Minoletti, Livia Nano, David Ndeti, John Orley, S. Rajkumar, Pedro Ruis, Khalid Saeed, Patricio Jácome Salazar, Edward Searle, Carole Siegel, Fran Silvestri, David Smith, Michele Tansella, Maris Taube, Mamadou Habib Thiam, Graham Thornicroft, Francisco Torres Gonzales, Antti Tuomi-Nikula et Benjamín Vicente.

Une version pilote antérieure de l'instrument a été testée en Albanie, Barbade, Équateur, Inde, Kenya, Lettonie, Moldova, Pakistan, Sénégal, Sri Lanka, Tunisie et Vietnam.

L'Organisation mondiale de la Santé remercie les personnes suivantes de leur contribution à la traduction en français de ce document: Driss Moussaoui, Mohamed Agoub, Meriem El Yazaji, Soumia Berrada, Youssef El Hamaoui, Centre Collaborateur de Casablanca, Maroc. Jean-Luc Roelandt, Aude Caria, Nicolas Daumerie, Vincent Girard, Agathe Kergall, Centre Collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale de Lille, France.

Le projet a reçu l'assistance financière et/ou en ressources humaines de:

- (a) L'Autorité de la Santé de la région de Lombardie, Italie,
- (b) Le Ministère de Santé Publique de Belgique
- (c) L'Institut National de Santé Mentale (NIMH) (sous les Instituts Nationaux de Santé) et le Centre des services de la Santé Mentale (sous l'Administration des Services de la Santé Mentale et d'Abus de la Substance [SAMHSA]) des États-Unis
- (d) L'Institut de Santé Mentale des Neurosciences et Addictions, Instituts canadiens de Recherche de la Santé.

INTRODUCTION

L'Instrument d'Evaluation des Systèmes de santé Mentale de l'Organisation de la Mondiale de la Santé (OMS-IESM /WHO-AIMS) est un nouvel outil de l'OMS pour collecter des informations essentielles sur le système de santé mentale d'un pays ou d'une région. L'objectif de cette collecte d'informations est d'améliorer les systèmes de santé mentale. Pour l'utilisation de l'OMS-IESM / WHO-AIMS, un système de santé mentale se définit comme l'ensemble des activités dont le but fondamental est d'encourager, rétablir ou maintenir la santé mentale. Le système de santé mentale inclut toutes les organisations et ressources centrées sur l'amélioration de la santé mentale.

La mission de l'OMS dans le domaine de santé mentale est de réduire la charge associée aux troubles psychiques et neurologiques, y compris les troubles liés à l'utilisation de substances, et d'encourager la santé mentale de la population mondiale. Le rapport sur la santé dans le monde : 2001: « Santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs » fournit des preuves scientifiques de l'énorme charge des troubles associés aux troubles psychiques. Ce rapport met également en lumière le besoin et les raisons de mettre en place des systèmes et des services de santé mentale intégrés dans la Cité (ou la communauté). Les 10 recommandations du rapport définissent les composants clés pour le développement des systèmes de santé mentale.

1. Traiter les troubles au niveau des soins primaires
2. Assurer la disponibilité des psychotropes
3. Soigner au sein de la communauté
4. Eduquer le grand public
5. Associer la cité, les familles et les usagers
6. Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national
7. Développer les ressources humaines
8. Etablir des liens avec d'autres secteurs
9. Surveiller la santé mentale des populations
10. Soutenir la recherche.

L'Atlas de l'OMS sur la santé mentale (2001) rapporte que plus de 27 % des pays n'ont aucun système pour collecter et rapporter les informations concernant la santé mentale. Beaucoup d'autres pays ont des systèmes d'information mais ces systèmes sont souvent d'étendue et de qualité limitées. Ce manque d'informations valides gêne le développement des politiques, des plans et des services de santé mentale.

OMS-IESM / WHO-AIMS a été développé pour évaluer les composants clés d'un système de santé mentale et fournir ainsi des informations essentielles au renforcement des systèmes de santé mentale. . OMS-IESM / WHO-AIMS constitue la base de la stratégie de l'OMS pour fournir aux pays une aide en santé mentale, basée sur ces informations, dans le cadre du Plan d'Action Globale en santé mentale de l'OMS (mhGAP), avalisé par les entités gouvernantes de l'OMS. . Grâce à WHO-AIMS / OMS-IESM il est possible d'identifier les faiblesses principales des systèmes de santé mentale et d'obtenir des informations essentielles pour une action pertinente de santé mentale dans le domaine public.

Comment WHO-AIMS / OMS-IESM a-t-il été développé ? Les 10 recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2001 , énoncées ci-dessus , en sont la pierre angulaire. .

Ces recommandations définissent les aspects essentiels au développement d'un système de santé mentale dans les lieux ayant peu de ressources. Pour chaque recommandation (domaine d'intérêt), des items ont été rédigés et regroupés en un certain nombre de thématiques (sous-domaines). La contribution d'experts et de personnes stratégiques issues de pays ayant peu de ressources assure la clarté, la validité et la faisabilité des items. En décembre 2003, le WHO-AIMS 1.1 (version pilote) a été publié. WHO-AIMS 1.1 était composé de 10 domaines couvrant chacune des 10 recommandations. Au printemps de 2004, l'instrument pilote a été testé en Albanie, aux Barbades, en Équateur, en Inde, au Kenya, en Lettonie, en Moldavie, au Pakistan, au Sénégal, au Sri Lanka, en Tunisie et au Vietnam. En Albanie, l'instrument a été utilisé afin de rédiger le plan d'actions pour mettre en place la réforme des services de santé mentale. La conclusion principale du test de la version pilote était que l'instrument est très utile parce que complet et qu'il collecte des informations clés utiles pour l'action. La majorité des pays a été en mesure de rassembler des informations significatives pour la plupart des items. Cependant, la longueur de l'instrument pilote était un frein à son utilisation. Par conséquent, l'instrument pilote a été substantiellement révisé et raccourci. .

Le processus de révision et de raccourcissement s'est appuyé sur les informations suivantes : (a) le nombre de pays capables de rassembler les données pour chaque item dans l'étude pilote; (b) le nombre de pays rapportant l'existence d'une activité en santé mentale pour chaque item dans l'étude pilote; (c) l'estimation par les experts de l'importance d'items ou thématiques spécifiques pour la planification de l'action en santé mentale publique dans les pays à bas et moyen revenus (d) l'estimation (faible, moyenne, importante) pour chacun des items de l'instrument de leur significativité, faisabilité et déclinaison pratique. .

Une version révisée a été présentée lors d'une rencontre OMS à Milan (Italie) en décembre 2004 aux représentants des pays d'Albanie, de Chine, d'Inde, d'Iran, d'Irak, de Lettonie, du Niger, de Macédoine, de Moldavie, du Pakistan, de Palestine, du Paraguay, du Sri Lanka et du Vietnam mais aussi à des personnes ressources d'un certain nombre d'autres pays.. En général, les participants ont trouvé que l'instrument était un outil précieux pouvant être utilisé efficacement pour évaluer et renforcer les systèmes de santé mentale des pays. Néanmoins, plusieurs ajouts et modifications ont été recommandés. Toutes les remarques des participants à cette rencontre ont été sérieusement prises en considération et la grande majorité d'entre elles a été intégrée à la version actuelle WHO-AIMS 2.1.

WHO-AIMS 2.1 comprend 6 domaines (couvrant les 10 recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2001 à travers 28 thématiques et 156 items). Les 6 domaines sont interdépendants, liés conceptuellement, et quelques-uns se chevauchent. L'ensemble des 6 domaines a besoin d'être évalué afin d'obtenir une image relativement complète du système de santé mentale.

Fondamentalement, le WHO-AIMS est prévu pour évaluer les systèmes de santé mentale des pays à bas et moyen revenus. Il peut être utilisé pour un pays entier, ou pour une région/état/province au sein d'un grand pays, tel que l'Inde, le Brésil ou la Chine. De plus, la plupart des items de l'instrument sont pertinents et applicables aux zones les plus pauvres des pays à de revenu élevé.

La mise en oeuvre de WHO-AIMS peut susciter une prise de conscience et faciliter l'amélioration des services de santé mentale. Les pays seront en mesure de développer des plans de santé mentale basés sur des états des lieux et des objectifs clairs. Les pays seront également en mesure de gérer le changement, en mettant en oeuvre des réformes politiques, en

fournissant des services communautaires / intégrés dans la cité et en impliquant les usagers, les familles et les autres partenaires dans les domaines de la promotion, la prévention, des soins et de rééducation. Grâce au WHO-AIMS, les pays auront une image plus claire et plus complète des principales faiblesses de leur système de santé mentale, et cette connaissance devrait faciliter, dans le temps, des améliorations.

WHO-AIMS est l'un des documents techniques essentiels récemment développé par OMS dans le champ des systèmes de santé mentale et devrait être utilisé avec ceux-ci. Le plus incontournable de ces documents est le Guide des Politiques et des Services en santé mentale. (http://www.who.int/mental_health/policy/en/).

Informations et critiques de WHO-AIMS, Dr Shekhar Saxena, Evidence and Research Team, Département Santé Mentale et Abus des Substances, Organisation de la Santé Mondiale, Genève. (saxenas@who.int).

SOMMAIRE GENERAL

Réponses aux Questions Fréquemment posées
Guide sur la collecte de données avec le WHO-AIMS
Définitions des termes les plus fréquemment utilisés
Domaine 1: Politique et cadre législatif
Domaine 2: Services de santé mentale
Domaine 3: Santé mentale intégrée aux soins de santé primaire
Domaine 4: Ressources humaines
Domaine 5: Éducation du public et Liens avec d'autres secteurs
Domaine 6: Surveillance et recherche en santé mentale

RÉPONSES AUX QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSEES

Comment puis-je commencer ?

La première étape est d'identifier une personne qui sera le référent pour votre pays et qui aura à compléter le WHO-AIMS (si ce n'est pas vous-même). Cette personne devra se familiariser à l'utilisation du WHO-AIMS et au matériel de soutien. L'instrument doit être lu entièrement avec attention. Cela permettra un recueil de données efficace et un gain de temps

La seconde étape est de définir un plan de recueil des données Ce plan devra décrire comment les données seront collectées pour chacun des critères, identifiera les institutions / agences / structures / personnes qui seront contactées pour obtenir les informations et spécifiera l'échéancier selon lequel les contacts seront pris et les données rassemblées

Quels informateurs clés pourrai-je contacter ?

Le recueil des données est une période pendant laquelle il sera nécessaire d'être particulièrement actif et impliqué, interagissant avec les personnes clés des différentes institutions/agences/structures.

Au début de chaque domaine une liste d'informateurs clés possibles est donnée à titre indicatif, certains d'entre eux pouvant ne pas être pertinents pour votre pays. Toute source pertinente d'informations peut bien sûr être sollicitée

Les données peuvent être disponibles au niveau national (central), au niveau régional / local ou institutionnel. Il est recommandé de lister par niveau, toutes les sources d'informations disponibles.

Le premier contact doit être pris au niveau national. Si une information de qualité existe à ce niveau, il n'est pas nécessaire de contacter les informateurs clés des autres niveaux. / . Cependant, il arrive très souvent que les données ne soient pas disponibles au niveau national. Si c'est le cas, il est alors nécessaire de contacter le niveau régional / local / . Si des données de qualité existent à l'un de ces niveaux, il n'est alors pas utile de contacter le niveau institutionnel. Dans le cas contraire, le niveau institutionnel devra être sollicité en envoyant par exemple des questionnaires dans les institutions pour obtenir les données.

Enfin, il faut noter que la réponse à certains critères existe déjà en tant que telle alors que d'autres nécessiteront le recoupement de plusieurs sources d'informations.

Quel type d'informations ai-je besoin de consigner et à quel endroit ?

Il vous est demandé de consigner différents types d'informations à différents endroits :

1) les données : toutes les données doivent être enregistrées dans le programme de saisie Excel, une version imprimée de ces données doit être conservée.

2) les commentaires au niveau des critères: pour chaque critère, une colonne réservée aux commentaires est prévue dans les feuilles Excel. Vous pouvez dans cette colonne écrire tous les commentaires que vous souhaitez formuler au sujet du critère considéré, y compris les problèmes rencontrés pour recueil de l'information ou les écarts de formulations avec votre pays.

3) Remarques sur l'instrument / autres remarques : à la fin du programme Excel de saisie des données, une feuille est réservée aux remarques que vous souhaitez formuler au sujet de l'instrument (dans son ensemble ou sur un point précis) et aux informations complémentaires qui sont pertinentes et qui n'apparaîtraient pas ailleurs concernant le système de santé mentale de votre pays / région.

4) Journal de bord du recueil de données: il vous est demandé de tenir un journal de bord qui décrive les étapes du recueil de données. Dans ce journal, vous pouvez consigner l'ensemble des informateurs clés sollicités pour chaque item, les données collectées au niveau institutionnel et toutes les notes décrivant le processus de collecte.

Ai-je besoin de lister les sources d'informations ?

Nous vous demandons de notifier la source de données pour certains critères seulement. . Cependant, il est prévoyant de consigner dans votre journal de bord tout ce qui facilitera les recueils de données futurs.

Que faire si mon pays est trop vaste pour collecter toutes les données?

Le WHO-AIMS / OMS IESM peut être utilisé pour évaluer le système de santé mentale d'un pays ou d'une région (province, état, secteur). Si la population de votre pays est très importante (par exemple, la Chine ou l'Inde) ou si votre pays a un nombre important de structures de santé mentale (par exemple, les pays riches), alors vous pouvez envisager

d'utiliser l'instrument au niveau régional (province, état, secteur). Il est essentiel de décider à quel niveau sera fait le recueil de données, de délimiter clairement la zone de recueil et de répondre à l'ensemble des questions pour cette zone.

Est-il nécessaire de conserver les données relatives à chaque structure de santé mentale ?

La plupart des items du WHO-AIMS/OMS-IESM nécessite des données agrégées. Cependant, les données non agrégées (par exemple, les données relatives à chaque structure de santé mentale) pourront être utiles lors de la définition et de la mise en place d'un plan d'actions pour améliorer le système de santé mentale de votre pays. . Donc, bien que seulement les données agrégées soient consignées, il est essentiel de garder les données non agrégées dans votre journal de bord. .

Pourquoi certains mots sont-ils en italique ?

Tous les mots en italique renvoie à la rubrique « Termes fréquemment employés » des premières pages de l'instrument. Cette rubrique définit et décrit les termes utilisés dans le WHO-AIMS. Les définitions données font seulement référence au contexte de l'instrument et non aux positions officielles de l'OMS. Les définitions ont été faites dans l'optique de l'évaluation des systèmes de santé mentale.

Que faire si la définition de la rubrique « Termes fréquemment employés » diffère de celle utilisée dans mon pays?

Sauf indication contraire, il est demandé d'utiliser la définition donnée par le WHO AIMS/OMS-IESM, même si elle diffère du sens habituellement attribué dans votre pays. Cet écart entre les définitions sera notifié dans le programme Excel de saisie des données dans la colonne réservée à cet effet.

Que signifie # ?

Le signe # indique que les données pertinentes ont été collectées pour un item antérieur et donc n'ont pas besoin d'être collectées une autre fois. Le programme Excel de saisie de données assure la logique entre les items marqués par le signe #

Pour certains items du WHO-AIMS/OMS-IESM à choix multiples (classer de A à E), il est demandé de fournir « la source de données » ou « la meilleure estimation disponible ». Qu'est-ce que cela signifie ?

Lorsque les données disponibles ne sont pas suffisamment précises pour permettre de répondre à un critère à choix multiples (par exemple, les items avec classement de A à E), il est demandé de compléter du mieux possible. Certaines sources d'informations peuvent vous aider à faire la meilleure estimation, comme les focus groupes, les experts es-qualité, les sources de données secondaires, les enquêtes postales, les comités d'informateurs clés.

Il est alors demandé de spécifier la source d'informations dans l'espace prévu à cet effet du programme de saisie de données. Si aucune source d'informations n'est disponible, vous devez faire vous même la meilleure estimation et cochez la case appropriée du programme Excel.

Puis-je ajouter des informations au sujet de services ou des programmes qui ne soient pas déjà incluses dans l'instrument ?

Oui. Vous êtes encouragés à décrire ou fournir des données relatives à votre système de santé mentale même si elles ne sont pas spécifiquement requises par le WHO-AIMS/OMS-IESM. Ces informations complémentaires doivent être notées dans la rubrique « Remarques sur l'instrument / autres remarques » à la fin du programme Excel de saisies des données.

Puis-je interpréter l'information contenue dans les items comme des standards officiels de l'OMS pour les systèmes de santé mentale?

Non. Cet instrument est conçu pour évaluer les faiblesses et les forces de systèmes de santé mentale et l'information est en premier lieu utilisée par les pays pour améliorer leur système de santé mentale. L'instrument ne peut être perçu comme posant ou reflétant les standards officiels de l'OMS pour les systèmes de santé mentale.

L'OMS peut-elle faciliter les coopérations des agences nationales et régionales?

Une collaboration étroite avec les organisations centrales telles que le Ministère de la santé peut être utile au recueil des données. L'OMS est prête à faire le nécessaire pour faciliter ces collaborations. Les agences nationales pourront ensuite servir de levier pour les collaborations avec le niveau régional ou local.

Que puis-je faire si ma question n'apparaît pas dans cette rubrique ou dans le matériel de soutien fourni avec l'instrument ?

Si la réponse à votre question ne figure ni dans ce manuel ni dans les guides méthodologiques annexes, n'hésitez pas à contacter l'équipe du WHO-AIMS à Genève (email: saxenas@who.int).

GUIDE METHODOLOGIQUE POUR LE RECUEIL DE DONNEES WHO-AIMS

Ce document fournit des conseils méthodologiques pour recueillir les données dans le cadre du WHO-AIMS/OMS-IEMS. Bien qu'il soit rédigé dans la perspective d'être complété à l'échelle d'un pays, les stratégies générales explicitées sont également pertinentes pour une collecte au niveau régional (si la collecte nationale n'est pas faisable parce que le pays est trop vaste, le nombre d'habitants ou de structures de santé mentale trop important).

1. phase préliminaire.

Pendant la phase préliminaire, la personne référente représentant le pays se familiarise avec le WHO-AIMS/OMS-IEMS et le contenu des critères. Il est essentiel qu'avant le recueil des données, l'ensemble de l'instrument soit lu avec attention. Cela favorisera l'efficacité du recueil et fera gagner du temps. Cela permet :

- de porter un regard sur tous les types de données à collecter.
- d'identifier les institutions / organismes qui potentiellement fourniront de l'information.
- de commencer à réfléchir aux informations disponibles dans les différentes institutions / organismes et d'avoir une vue globale du recueil de données. / organismes, et création d'une vue générale d'ensemble de la collection des données.
- de trouver d'autres solutions / d'autres sources d'informations, si les données ne sont pas disponibles dans les organisations centrales (ministères, agences nationales, etc.)

Une étape importante de la phase préliminaire est la planification du recueil des données. Ce plan doit décrire comment les données seront collectées pour chaque critère.. Il doit préciser pour chaque critère quelle institution / agence / structure / personnes seront sollicitées pour obtenir l'information. Pour tous les items, les différentes méthodes de recueil des données seront explicitées (contacts directs, contacts téléphoniques, lettres officielles, questionnaires, etc.) Un échéancier devra être établi.

L'échéancier du plan d'action doit tenir compte :

- Du temps pour organiser la collecte des données
- Du temps pour recueillir les informations au niveau central et au niveau des agences et organismes régionaux et provinciaux.
- Du temps pour recueillir les informations nécessaires issues des structures de santé mentale.
- Du temps pour les éventuels confirmations / éclaircissement des données
- Du temps de saisie des données dans le programme Excel développé pour le WHO-AIMS/OMS-IEMS
- Du temps pour la rédaction d'un rapport descriptif

La flexibilité dans l'application du plan d'action est cruciale, du fait des imprévus qui surgiront au cours du processus de collecte.. Par exemple, cela peut prendre plus de temps que prévu pour obtenir une information. . Un échéancier est tout de même nécessaire parce qu'il donne un cadre systématique au recueil de données. . L'étude pilote, qui a utilisé la version précédente du WHO-AIMS/OMS-IEMS, révèle que dans la plupart des sites pilotes les étapes décrites plus haut peuvent être réalisées en deux à quatre mois.

2. phase de collecte des données

L'information que le WHO-AIMS/OMS-IESM permet de collecter reflète, pour le champ de la santé mentale, la situation générale d'un pays pour une année donnée. Pour recueillir ces informations relatives à la situation d'un pays, des informateurs à différents niveaux (pas seulement national mais aussi régional et institutionnel) auront besoin d'être sollicités. Une liste des sources possibles d'informations pour chaque domaine est contenue dans le tableau ci-dessous.

Domaine 1	Domaine 2	Domaine 3	Domaine 4	Domaine 5	Domaine 6
Associations de consommateurs Associations de familles Département des finances du ministère de la santé Associations Des droits de l'homme Organisations internationales Département légal du ministère de la santé Bibliothèques / Archives du parlement Bureau santé mentale Services de santé mentale Ministère de finances Agences gouvernementales nationales et régionales (par ex, Ministère de la santé Département santé mentale) Organisation non gouvernementales Publications du parlement / Journal Officiel Sécurité sociale Assurances privées	Département soins communautaires du ministère de la santé Assurances santé Département hospitalisation du ministère de la santé Bureau santé mentale Services de santé mentale Hôpitaux psychiatriques Ministère de la santé institut national de santé mentale Organisations non gouvernementales Département pharmacologique du ministère de la santé Industrie pharmaceutiques Ordre des pharmaciens	Associations des praticiens pour un système alternatif de santé Département de médecine générale, faculté de médecine Assurances santé Agences internationales Association des médecins et infirmiers Services de santé mentale Institut national de santé mentale Organisations non gouvernementales de santé et médico-sociales Ecoles d'infirmiers Département pharmacologique du ministère de la santé Industrie pharmaceutique Association des pharmaciens Département des soins de santé primaire du ministère de la santé Structures de soins de santé primaire	Association de consommateurs Association de familles Département hospitalisation du ministère de la santé Département des ressources humaines du ministère de la santé Association des droits de l'homme Agences internationales Organisation internationales Bureau santé mentale Services de santé mentale Agences gouvernementales nationales et régionales (par ex, Ministère de la santé Département santé mentale) Ministère de santé Département de santé mentale Services Registre national pour ONGs Organismes non gouvernementaux Ecoles des infirmiers Département du personnel dans le ministère de santé mentale Association des	Tribunaux Département des prisons dans le ministère de justice Ministère de justice Association des employés / syndicats Organismes internationaux actives en santé mentale Autorités locales Services de santé mentale Ministère de l'éducation Ministère de santé Ministère de justice Ministère de l'emploi Ministère De travail public et de logement Ministère d'aides sociales Services sociaux nationaux Organisations non gouvernementales (ONGs) Département de police Associations de presse Associations des professionnels Offices régionaux des employés Ecoles structures de conseil Sécurité sociale	Base de données électronique incluant Pubmed Institut de santé mentale Organismes internationaux Services de santé mentale Ministère de l'éducation Ministère de santé Institut nationale des statistiques Journaux scientifiques nationaux Organismes non gouvernementaux (ONGs) Ecoles des infirmiers et écoles professionnelles Autres départements universitaires Prestataires public et privé de santé mentale Associations professionnelles Autorité de santé régionales Recherches Municipalités de recherches (e.g nationale, médicale, recherche, municipalité) Universités Département de médecine et de sciences sociales (e.g département de psychiatrie, santé public,

			professionnels Ecoles professionnelles pour différentes professions Centre de formation en santé mentale Universités		psychologie)
--	--	--	--	--	--------------

2.1 Sources de d'informations au niveau national

Tout d'abord, contactez les organisations centrales, telles que les Ministères, les agences / instituts nationaux qui sont supposés détenir des informations pour le pays entier. Posez le type de questions suivant :

- Quel genre d'information sur la santé mentale collectez vous régulièrement ?
- Quel genre d'information sur la santé mentale transmettez vous ?
- A quelle fréquence transmettez vous ces informations ?
- Quel autre genre d'informations consignez vous (sans les transmettre régulièrement)?

Ces organisations centrales n'ont souvent que peu d'informations nécessaires au remplissage du WHO-AIMS. . Il faut alors songer à contacter d'autres sources d'informations au niveau régional / local / institutionnel, puis agréger les données.

2.2 SOURCES DE DONNÉES AU NIVEAU REGIONAL / DEPARTEMENTAL / LOCAL

Pour vérifier les informations disponibles dans les organisations régionales / départementales / locales, il faut contacter directement les représentants de chacune (par téléphone par exemple). Puis poser de nouveau les questions suivantes :

- Quel genre d'informations sur la santé mentale collectez vous régulièrement ? -
- Quel genre d'informations sur la santé mentale transmettez vous ?
- A quelle fréquence transmettez vous ces informations ?
- Quel autre genre d'informations consignez vous (sans les transmettre régulièrement) ?
- A qui transmettez vous l'information ?

Parfois il sera nécessaire de contacter les organisations centrales auxquelles les institutions régionales, départementales transmettent les informations.. Il peut être difficile d'entrer en contact avec l'ensemble des institutions régionales. départementales et locales d'un pays – les organisations centrales pourront être sollicitées afin d'aider la coopération entre tous.

Il peut aussi être utile d'avoir des réunions conjointes avec les représentants régionaux / départementaux / locaux pour que chacun reçoive les explications nécessaires. Ou bien, les organisations nationales peuvent rédiger une lettre pour appuyer le processus de collecte des données au niveau régional / départemental / local.

2.3 SOURCES DE DONNÉES AU NIVEAU DE LA STRUCTURE

Il arrive qu'il y ait peu d'informations disponibles au niveau central et régional. . heureusement, les structures de santé mentale possèdent quant à elles beaucoup d'informations, même si elles ne les conservent pas systématiquement ni ne les rendent très accessibles. Le défi ici est de trouver la façon la plus efficace et effective de rentrer en contact avec toutes ces sources d'informations .

Les étapes à prendre en compte :

1. faire une liste de toutes les structures de santé mentale existantes dans le pays, qui peuvent être contactées en cas de besoin.
2. obtenir les coordonnées de la personne clé dans chaque structure
3. développez une étude pour les structures de santé mentale en fonction du WHO-AIMS. Il est important de s'assurer que l'adaptation / la traduction de l'enquête est correctement comprise par les personnes qui auront à la compléter. La définition des critères doit être claire. En envoyant une enquête contenant toutes les questions du WHO-AIMS spécifiques aux structures, peut être aurez vous la chance de ne collecter les informations qu'une seule fois auprès de chaque structure. Pour vous aider à développer cette enquête , vous pouvez vous aider du tableau suivant qui montre quels items du WHO-AIMS sont pertinents par type de structures.
4. Il peut être très utile de tester la version de l'instrument adaptée aux structures dans une structure en particulier. Cela permet d'améliorer l'outil en fonction des contraintes liées au fonctionnement des structures.
5. Il est peut être utile d'utiliser le Fax pour envoyer et recevoir les questionnaires de l'étude
6. Il est peut être extrêmement utile de téléphoner ou de rencontrer les personnes clés dans chaque structure, pour discuter des moyens de la collecte de l'information tenant compte de l'enregistrement des données. Cela peut servir aussi pour rendre le questionnaire plus compréhensible pour éviter des erreurs inutiles.
7. Parfois les données peuvent être recueillies lors d'entretiens avec le directeur et/ou le personnel qui travaille dans les structures.
8. les formations individuelles ou de groupe peuvent être utiles pour expliquer la terminologie – des confusions sont possibles entre les termes et leurs significations (par exemple, il ne faut pas confondre les termes « nombre de patients suivis » et « nombre de contacts » car les structures de santé mentale ont pour habitude de comptabiliser le « nombre de contacts »)
9. Il est important de se rendre disponible par téléphone (ou par d'autres moyens de communication) auprès des des personnes clés des structures afin de répondre à leurs questions et suivre leur collecte de données.
10. Après avoir examiné l'information collectée de la structure, il est important d'assister par téléphone les personnes clés des structures (ou par autre moyen de communication) pour confirmer ou éclaircir les informations .

	Hôpital psychiatrique	Unité d'hospitalisation psychiatrique, intégrée dans la Cité ¹	Structure de consultation psychiatrique, intégrée dans la Cité	Structure résidentielle intégrée dans la Cité	Structure de soins de jours en santé mentale	Structures de soins de santé primaires
Numéro du critère WHO- AIMS OMS- IESM	1.4.2 1.4.4 2.1.3 2.6.1-2.6.12 2.7.2 2.9.1 2.10.1 2.11.1 2.11.5 4.1.1 4.1.4 6.1.2 6.1.5	1.4.3 1.4.5 2.4.1-2.4.9 2.9.2 2.10.2 2.11.1 4.1.1 4.1.3 6.1.3 6.1.5	2.1.3 2.2.1-2.2.9 2.9.3 2.10.3 2.11.2-2.11.4 2.11.6 4.1.1 4.1.2 6.1.4 6.1.5	1.4.3 1.4.5 2.5.1-2.5.7 4.1.1	2.3.1- 2.3.6 4.1.1	Domaine 3

Tableau récapitulatif: critères du WHO-AIMS/OMS-IESM applicables aux structures, en fonction de leur type.

Comment utiliser ce tableau:

Pour chaque type de structure une liste des critères du WHO-AIMS pertinent à cette structure est faite.

Par exemple, la stratégie pour développer un questionnaire à envoyer aux hôpitaux psychiatriques serait :

- (1) utilisez le tableau au-dessus pour identifier tous les items qui concernent les hôpitaux psychiatriques,
- (2) Formulez des questions pour chacun de ces critères (par exemple, pour l'item 1.4.2, vous pourriez poser la question suivante « Votre structure est-elle évaluée par un organisme externe au moins une fois par an la garantie aux usagers du respect des Droits de l'Homme ? »),
- (3) Fournissez toutes les définitions pertinentes et notes utiles pour répondre aux questions (par exemple, pour article 1.4.2 vous aurez besoin de définir ce qu'est la garantie du respect des Droits de l'Homme pour les usagers tout comme vous aurez besoin de dire ce qu'est un organisme externe d'évaluation).

Lorsque vous contactez les structures / organisations / institutions, la procédure générale suppose :

- D'informer le responsable de la structure sur le WHO-AIMS
- D'identifier une personne clé dans la structure (habituellement, celle qui travaille sur les données de la structure concernée)
- D'informer directement la personne clé sur les données qu'elle doit collecter (plutôt qu'informer seulement le responsable de la structure).

¹ Les termes « intégrés dans la Cité » se réfèrent à la traduction anglaise « community-based ». En effet, en français (France) le terme « communautaire » n'est pas pertinent pour décrire les structures de soins extérieurs à l'hôpital psychiatrique. Le terme « Cité » ne renvoie pas à la ville, mais bien à la communauté des citoyens d'un territoire donné.

- Au cours d'entretiens avec les représentants des différentes structures, il peut y avoir une tendance à présenter la structure sous un jour positif. A ce titre, il peut être nécessaire d'expliquer que l'objectif du WHO-AIMS n'est pas d'évaluer mais de comprendre la situation actuelle du champ de la santé mentale et de planifier les évolutions futures..
- Quand cela est possible, il peut être utile d'être présent dans la structure/institution avec la personne clé pour compléter ensemble les données.

Afin de calculer les données nationales sur la base des données par structure, il faut se rappeler que deux types de données sont collectés par le WHO-AIMS :

Les critères QUANTITATIFS pour lesquels la mesure est un nombre, un taux ou une proportion. Au niveau national , les valeurs totales calculées sont trouvées en additionnant les valeurs obtenues par les différentes structures de la santé mentale. Donc une même donnée doit être consignée par chaque structure ; leur somme représente la valeur du pays.

Par exemple, le "Nombre total des usagers suivis par les structures ambulatoires de santé mentale" est trouvé en additionnant le nombre des usagers traités par chaque structure de santé mentale. Un autre exemple : le « Nombre total d'unités d'hospitalisation psychiatrique intégrés dans la Cité disposant d'au moins un médicament psychotrope par catégorie thérapeutique » est trouvé en additionnant le nombre d'unités d'hospitalisation psychiatrique intégrées dans la Cité qui rapportent avoir au moins un médicament psychotrope, par catégorie thérapeutique.

Les critères à choix multiples où les catégories représentent des tranches numériques (généralement un pourcentage: A=0%, B=1%-20%, C=21%-50%, etc).

Le chiffre national peut parfois être obtenu en calculant une moyenne pondérée. Par exemple, le "Pourcentage d'usagers dans les hôpitaux psychiatriques qui ont été contenus ou isolés au moins une fois au cours de l'année écoulée " est trouvé en additionnant le nombre de malades isolés dans chaque hôpital psychiatrique puis en le divisant par le nombre total de malades suivis par les hôpitaux psychiatriques au niveau du pays.

Plusieurs items du WHO-AIMS contiennent une liste de sous-items (par exemple, l'item 1.1.2 a 11 sous items). Les données doivent être fournies pour chaque sous-item. .

3.0 Après la collecte des données

Une fois recueillies, les données doivent être saisies dans le programme Excel développé pour le WHO-AIMS. Ce programme ainsi que le guide d'utilisation sont disponibles sur demande. Il faut aussi prévoir de rédiger un rapport qui pourra être diffusé aux partenaires concernés.

DEFINITIONS DES TERMES FREQUEMMENT EMPLOYES

Les termes définis ci-dessous sont strictement destinés à être utilisés dans le cadre du projet WHO-AIMS ; les définitions et descriptions faites ne constituent pas les standards officiels de l’OMS. Toutes les définitions ont été élaborées pour l’évaluation des systèmes de santé mentale.

Autre travailleur de santé ou de santé mentale : Un travailleur en santé ou santé mentale qui possède une certaine formation en soins de santé ou de santé mentale mais qui ne fait partie d’aucune des catégories professionnelles définies (ex., *médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, thérapeutes occupationnels*).

- **Sont inclus :** les *travailleurs en soins primaires non-médecin/non-infirmier*, conseillers psychosociaux professionnels et paraprofessionnels, éducateurs spécialisés en santé mentale, et personnel auxiliaire
- **Sont exclus :** le personnel général des services logistiques dans les lieux de soins de santé ou de santé mentale (ex. cuisine, ménage, sécurité).

Autre structure résidentielle : structure résidentielle qui accueille des personnes avec troubles psychiques mais ne répondant pas à la définition de *structure résidentielle communautaire / intégrée dans la Cité* ou autre structure de santé mentale définie dans cet instrument (*unité d’hospitalisation psychiatrique communautaire/intégrée dans la Cité , structure résidentielle communautaire/intégrée dans la Cité, unité d’hospitalisation médico-légale, hôpital psychiatrique*). Sont inclus les structures résidentielles spécifiques aux personnes ayant un retard mental, aux personnes ayant des troubles liés à la consommation de substances aux personnes ayant un trouble de démence. Sont aussi incluses les structures résidentielles qui ne sont pas officiellement des structures de santé mentale mais, dans lesquelles néanmoins, la majorité des personnes résidentes peuvent présenter un trouble psychique.

Campagnes d’éducation et sensibilisation du public : Effort organisé et coordonné pour éduquer le grand public et le sensibiliser aux sujets en rapport avec la santé mentale en utilisant des outils variés (par exemple, média, brochures,etc.). **Sont exclus :** publicités commerciales(ex. par les compagnies pharmaceutiques); publicités pour les études de recherche.

Centre médicalisé de soins de santé primaire : Un *dispensaire de soins de santé primaires* comptant *des médecins de soins de santé primaire* dans son personnel habituel.

Docteur en médecine : un professionnel de santé ayant un diplôme en médecine moderne qui l’autorise à exercer la médecine dans son pays. .

Formation continue en psychiatrie/santé mentale : Acquisition des connaissances essentielles et de compétences pour identifier, , traiter, et orienter les *personnes* ayant des troubles psychiques. La formation continue a lieu après la formation universitaire diplômante (ou école professionnelle). Huit heures de formation sont équivalentes à un jour de formation.

Inclure : formation dans les services. **Exclure :** formation exclusive en neurologie

Hôpital psychiatrique : structure hospitalière spécialisée qui propose hospitalisations et séjours de longue durée aux personnes ayant des troubles psychiques . Habituellement ces structures sont indépendantes et autonomes, cependant, elles peuvent avoir certains liens avec le reste du système de santé. Le niveau de spécialisation varie considérablement : dans

certains cas seuls des services de long séjour sont offerts, dans d'autres cas des services spécialisés et à court terme sont aussi disponibles (services de réhabilitation, unités spécialisées pour enfants et sujets âgés, etc.)

Sont inclus : Les structures publiques et privées à but non lucratif et lucratif ; les hôpitaux psychiatriques pour enfants et adolescents uniquement et les hôpitaux psychiatriques pour autres groupes spécifiques (ex. personnes âgées).

Sont exclus : les unités d'hospitalisation en santé mentale intégrées dans la Cité, les unités médico-légales, . Les structures qui accueillent uniquement les personnes avec un trouble lié à la consommation d'alcool / de substance ou ayant un retard mental sans comorbidité psychiatrique

Infirmier: Un professionnel de santé ayant achevé une formation officielle d'infirmier, dans une école de niveau universitaire, pour un diplôme ou un grade de profession d'infirmier.

Infirmier de soins de santé primaire : Infirmier travaillant dans une structure *de soins de santé primaire*.

Intervention psychosociale : Une intervention utilisant essentiellement des méthodes psychologiques ou sociales pour le traitement et/ou réhabilitation d'un trouble psychique ou d'une détresse psychosociale considérable.

Sont inclus : la psychothérapie, le conseil, les activités avec les familles et les traitements psycho-éducatifs , les activités de réhabilitation (des moins aux plus structurées : les activités de loisirs et de socialisation, entraînement aux compétences interpersonnelles et sociales, activités occupationnelles ou formation professionnelle, activités d'emploi protégé) et mise en place d'un soutien social.

Sont exclus : les entretiens d'admission, les évaluations, et les entretiens de suivi des traitements psychopharmacologiques.

Législation en santé mentale : Les dispositions légales en rapport avec la santé mentale. Ces dispositions concernent spécifiquement des questions telles que : le respect des droits civiques et humains des personnes ayant des troubles psychiques , les structures de soin, les professionnels, la formation professionnelle, l'organisation des services.

Lit: lit utilisable sans discontinuité par une personne ayant un trouble psychique, pour des soins de jour ou de nuit.

Médecin de soins de santé primaire : Un praticien généraliste, médecin de famille ou autre docteur en médecine non-spécialisé travaillant dans une structure de soins de santé primaire. .

Nombre d'hospitalisations : correspond à la somme de toutes les hospitalisations (séjours) d'une structure pour une année . Dans le WHO-AIMS, ce nombre est un compte double. En d'autres termes, si un usager est hospitalisé deux fois, deux hospitalisations sont comptabilisées.

Nombre d'usagers hospitalisés à l'hôpital psychiatrique : (a) nombre de patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique au début de l'année plus (b) nombre d'admissions durant l'année

Nombre d'usagers suivis dans une structure communautaire / intégrée dans la cité résidentielle : (a) nombre d'usagers dans la structure au début de l'année plus (b) nombre d'admissions dans la structure durant l'année.

Nombre des usagers suivis par une structure de soins de jour en santé mentale de jour : nombre d'usagers ayant été en contact avec la structure au moins une fois dans l'année pour recevoir un traitement. .

Nombre d'usagers suivis par une structure ambulatoire de santé mentale : nombre d'usagers avec au moins un contact en ambulatoire avec la structure. Un contact fait référence à une intervention en santé mentale dispensée par un membre du personnel d'une structure ambulatoire de santé mentale, que l'intervention ait lieu à l'intérieur de la structure ou ailleurs.

Praticien « complémentaire » / alternatif/ traditionnel: praticien qui à l'origine exerce une médecine traditionnelle, alternative, « complémentaire » plutôt qu'une médecine moderne, allopathique.

Psychiatre : Un docteur en médecine qui a eu au moins deux années de formation post-doctorale en psychiatrie dans une institution d'enseignement reconnue. Cette période peut inclure une formation quelle que soit la sous-spécialité en psychiatrie.

Psychologue : Un professionnel ayant achevé une formation officielle en psychologie dans une école de niveau universitaire sanctionnée par un diplôme ou un grade en psychologie. WHO-AIMS collecte uniquement les informations qui concernent les psychologues travaillant en soins de santé mentale.

Respect des droits de l'homme pour les usagers/patients:

Action ayant pour finalité de garantir le respect des Droits de l'Homme aux usagers, liée aux éléments suivants : soins les moins restrictifs possibles, consentement éclairé au traitement, confidentialité, évitement de la contention et de l'isolement lorsque c'est possible, des procédures pour les hospitalisations libres et sans consentement (sous contrainte), des procédures de sortie, des procédures de plaintes et d'appels, la protection contre les abus commis par les professionnels, la protection des biens des usagers.

Structure de soins de santé primaire : structure qui offre souvent le premier point d'entrée dans le système de santé. La structure de soins de santé primaire propose habituellement une première évaluation et un traitement des problèmes les plus courants et oriente ceux nécessitant un diagnostic et un traitement plus spécialisés vers les structures dotées de personnels plus spécialisés. .

Structure de soins de santé primaire non médicalisée : structure sans médecin de santé primaire faisant partie de son personnel habituel.

Structure communautaire / intégrée dans la Cité : structure de santé mentale située en dehors du site de l'hôpital psychiatrique.

Structure résidentielle communautaire / intégrée dans la Cité :

Non hospitalière, structure de santé mentale communautaire / intégrée dans la cité qui permet un hébergement de nuit aux personnes ayant des troubles psychiques. Habituellement, ces structures sont ouvertes aux usagers relativement stabilisés, n'ayant pas besoin d'intervention médicale intensive.

Sont inclus : Logement surveillé ; appartement et maison communautaires / intégrés dans la cité sans professionnel ; appartement et maison communautaire / intégrés dans

la cité avec professionnel résidentiel ou en visite; auberges, hôtels avec présence de professionnel le jour et la nuit ; hôtels, auberges, appartements et maisons avec personnel soignant durant toute la journée ; centres de réadaptions; communautés thérapeutiques. Structures publiques et privées (à but lucratif ou non lucratif) sont incluses. Structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité pour les enfants et les adolescents seulement et structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité pour les autres groupes spécifiques (par exemple, sujets âgés) sont aussi incluses.

Sont exclus: structures qui traitent seulement les personnes avec un diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'alcool ou d'abus de substances ou un retard mental; structures résidentielles dans les hôpitaux psychiatriques; structures d'accueil qui sont importantes pour l'accueil des personnes présentant des troubles mentaux, mais dont ce n'est pas la mission première (par exemple maisons de retraite, structures qui traitent les troubles principalement neurologiques ou des problèmes d'invalidité physiques).

Structure résidentielle communautaire / intégrée dans la Cité pour les enfants et les adolescents seulement: Même définition que la structure résidentielle communautaire mais exclusivement réservées aux enfants ou aux adolescents. Exclues: structures pour enfants avec des problèmes sociaux (par exemple orphelins, enfants de familles interrompues) mais sans nécessairement un trouble psychique.

Structure de soins de jour en santé mentale : une structure qui dispense essentiellement des soins aux usagers pendant la journée. Généralement ces structures :

(1) sont ouvertes aux groupes d'usagers plutôt qu'aux usagers individuellement (2) permettent aux usagers de rester au-delà des temps d'entretiens en face à face (3) impliquent la présence pour au moins une demie journée voire toute une journée.

Sont inclus: les centres de jour, les centres de soins de jour, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les ateliers protégés, les clubs, les centres de cure, les ateliers de travail / de réhabilitation, les entreprises sociales, les structures publiques, les structures privées à but non lucratif et celles à but lucratif, les structures de soins de jour pour enfants et adolescents et celles pour populations spécifiques.

Sont exclus : les structures qui traitent uniquement les personnes ayant un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substance, ou ayant un retard mental sans comorbidité psychique. Les structures qui reçoivent des personnes ayant des troubles psychiques mais dont la vocation initiale n'est pas de prendre en charge ces troubles. Les structures de soins de jour pour les patients hospitalisés.

Structure de soins de jour en santé mentale pour enfants et adolescents : structure qui répond à la définition de *structure de soins de jour en santé mentale de jour* et accueille exclusivement les enfants et les adolescents

Structure ambulatoire en santé mentale : structure ciblée sur la prise en charge ambulatoire des troubles psychiques et des problèmes cliniques et sociaux qui y sont liés

Sont inclus : les centres de santé mentale; les structures ambulatoires en santé mentale; services de consultation ambulatoire des troubles psychiques spécifiques ou pour traitements spécialisés; les services de consultations externes en santé mentale des hôpitaux généraux ; polycliniques en santé mentale; dispensaires spécialisés des ONG qui ont un personnel qualifié en santé mentale et qui dispensent des soins ambulatoires de santé mentale (ex. pour les victimes de viol et les personnes sans domicile fixe). Les structures publiques et les structures privées à but non lucratif ou

lucratif. *Les structures ambulatoires de santé mentale pour enfants et adolescents uniquement* et les structures ambulatoires de santé mentale pour autres groupes spécifiques (ex. sujets âgés) sont aussi incluses.

Sont exclus : cabinets privés ; les structures que accueillent spécifiquement les personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool / de substance, les personnes ayant un retard mental sans comorbidité psychiatrique.

Structure ambulatoire de santé mentale pour enfants et adolescents uniquement : structure qui répond à la définition de *structure ambulatoire de santé mentale* et qui accueille exclusivement des enfants et des adolescents.

Unité d'hospitalisation en psychiatrie communautaire / intégrée dans la Cité : Unité d'hospitalisation en psychiatrie pour la prise en charge des troubles psychiques, localisée dans une structure intégrée dans la Cité. La plupart du temps située à l'hôpital général, ces unités prennent en charge des usagers ayant des problèmes aigus pour un temps de séjour habituellement court (semaines ou mois).

Sont incluses : les structures publiques, privées à but non lucratif, privées à but lucratif ; les unités d'hospitalisation intégrées dans la Cité pour enfants et adolescents, les unités d'hospitalisation intégrées dans la Cité pour populations spécifiques (ex. personnes âgées).

Sont exclus : les Hôpitaux psychiatriques; les structures résidentielles intégrées dans la Cité, ; les structures qui accueillent uniquement les personnes ayant des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances ou des retards mentaux..

Thérapeute Occupationnel / Ergothérapeute : Un professionnel de santé ayant achevé une formation officielle en thérapie occupationnelle (ergothérapie) dans une école de niveau universitaire pour un diplôme ou un grade de thérapie occupationnelle / ergothérapie.

Travailleur en soins de santé primaire non-médecin/non-infirmier : Membre d'une équipe travaillant dans une structure de soins de santé primaire qui propose des services de santé de base et fait le lien avec les autres aspects du système de soin. . Ces professionnels comprennent les assistants médicaux, travailleurs d'appoint, travailleurs de santé à fonctions multiples, assistants de santé, travailleurs de santé communautaire, entre autres... La formation et les fonctions de ces travailleurs varient à travers les pays, mais souvent inférieure à celles des médecins et infirmiers. Les médecins, les infirmiers et autres professionnels de santé peuvent superviser leur travail

Travailleur social : un professionnel ayant achevé une formation officielle de travailleur social dans une école de niveau universitaire, reconnue et sanctionnée par un diplôme ou un grade de travail social. WHO-AIMS demande une information concernant seulement les travailleurs sociaux travaillant dans les soins de santé mentale.

Unités d'hospitalisations médico-légales : Unités d'hospitalisation réservées à l'évaluation ou au traitement des personnes ayant des troubles psychiques et sous le coup d'une procédure judiciaire. Ces unités peuvent être localisées dans les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux généraux, ou ailleurs.

Usager/ Patient/Consommateur : personne recevant des soins en santé mentale. Ces termes sont utilisés dans différents lieux et par différents groupes de praticiens et de personnes ayant des troubles psychiques, et sont considérés comme synonymes par le WHO-AIMS.

**Les Termes employés dans le WHO-AIMS
sont essentiellement issus des sources suivantes**

Johnson S, Kuhlmann R; EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European

Service Mapping Schedule (ESMS): Development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000; 405:14-23.

World Health Organization (2001). *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Legislation and Human Rights.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Policy, Plans and Programmes.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Mental Health Financing.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Advocacy for Mental Health Mental Health Legislation and Human Rights.* Mental Health Policy and Service Package. Geneva: World Health Organization.

DOMAINE 1

Politique et Cadre législatif

1.1	Politique de santé mentale
1.2	Programme de santé mentale
1.3	Législation en santé mentale
1.4	Respect des Droits de l'Homme
1.5	Financement des services de santé mentale

THEME 1.1	Politique de santé mentale
DEFINITION	Date et composantes de la politique de santé mentale et liste des médicaments essentiels
CRITERE 1.1.1	Dernière version de la politique de santé mentale
DEFINITION	Année de la dernière version du document relatif à la politique de santé mentale (que cela soit un document spécifique à la politique de santé mentale ou une partie d'un document de politique santé générale)
MESURE	Nombre; IN = inconnu; NA= non applicable (ex. la politique de santé mentale n'existe pas)
REMARQUES	La politique de santé mentale fait référence à un ensemble organisé de valeurs, de principes et d'objectifs qui doivent améliorer la santé mentale et réduire le fardeau associé aux des troubles mentaux pour une population.

CRITERE 1.1.2	Chapitres de la politique de santé mentale
DEFINITION	Composantes de la politique de santé mentale
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation des services: développement de services de psychiatrie communautaires / intégrés dans la Cité 2. Organisation des services: réduction du nombre de grands hôpitaux psychiatriques 3. Organisation des services: développement d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaire 4. Ressources humaines 5. Participation des usagers et des familles 6. Défense des droits et promotion 7. Protection des droits fondamentaux des usagers 8. Accès équitable aux services de santé mentale pour tous 9. Financement 10. Amélioration de la qualité 11. Supervision du système <p>O/N; IN = inconnu; NA=non applicable</p>

CRITERE 1.1.3	Médicaments psychotropes inclus dans la liste des médicaments essentiels
DEFINITION	Catégories des médicaments psychotropes inclus dans la liste de médicaments essentiels
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antipsychotiques (O/N; NA = non applicable) 2. Anxiolytiques (O/N; NA = non applicable) 3. Antidépresseurs (O/N; NA = non applicable) 4. Régulateurs de l'humeur (O/N; NA = non applicable) 5. Médicaments antiépileptiques (O/N; NA = non applicable)
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les antipsychotiques incluent chlorpromazine, fluphenazine, halopéridol;

	<p>les antidépresseurs incluent amitriptyline, clomipramine; les régulateurs de l'humeur incluent carbamazépine, carbonate de lithium, acide valproïque; les anxiolytiques incluent diazépam; les médicaments antiépileptiques incluent phénobarbital, carbamazépine, acide valproïque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cocher O si au moins un médicament par catégorie est présent dans la liste des médicaments essentiels • Cocher N s'il n'y a pas de médicaments de cette catégorie dans la liste des médicaments essentiels • Cocher NA s'il n'y a pas de liste de médicaments essentiels • Les médicaments essentiels font référence aux médicaments que la région ou le pays a adopté – souvent une adaptation du modèle OMS de la liste des médicaments essentiels.
--	---

THEME 1.2	Programme de santé mentale
DEFINITION	Date, chapitres inclus et description des stratégies du programme de santé mentale

CRITERE 1.2.1	Dernière version du programme de santé mentale
DEFINITION	Année de la dernière version du programme de santé mentale
MESURE	Nombre; IN = Inconnu, NA= non applicable (ex, le programme de santé mentale n'existe pas)
REMARQUES	Un programme de santé mentale est un plan d'actions détaillé pour la santé mentale qui définit les priorités stratégiques, le calendrier de réalisation et les ressources nécessaires. Un programme de santé mentale inclue généralement la promotion de santé mentale, la prévention des troubles mentaux et le traitement des personnes avec maladies mentales.

CRITERE 1.2.2	Contenu du programme(s) de santé mentale
DEFINITION	Chapitres du programme(s) de santé mentale
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1.Organisation des services: développement de services de psychiatrie communautaires / intégrés dans la Cité 2.Organisation des services: réduction du nombre de grands hôpitaux psychiatriques 3.Organisation des services: développement d'une composante santé mentale dans les soins de santé primaire 4.Ressources humaines 5.Participation des usagers et des familles 6.Défense des droits et promotion 7.Protection des droits fondamentaux des usagers 8. Accès équitable aux services de santé mentale pour tous 9.Financement 10.Amélioration de la qualité 11.Supervision du système <p>O/N; IN = inconnu; NA=non applicable</p>
REMARQUES	Décrire les composantes de tous les programmes de santé mentale qui sont valables pour la dernière année, indépendamment de la date de publication du programme (ex. si les programmes ont été fait en 1995 et en 2000 et qu'ils sont toujours opérationnels, décrire les chapitres de ces deux programmes).

CRITERE 1.2.3	Stratégies du dernier programme de santé mentale
----------------------	---

DEFINITION	Identification des stratégies du dernier programme de santé mentale
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le budget est mentionné dans le dernier programme de santé mentale 2. Un calendrier de réalisation est mentionné dans le dernier programme de santé mentale 3. Des objectifs spécifiques sont mentionnés dans le dernier programme de santé mentale 4. Certaines des objectifs identifiés dans le dernier programme de santé mentale ont-ils été atteints au cours de la dernière année calendaire ? <p>O/N ; IN = inconnu; NA = non applicable</p>

CRITERE 1.2.4	Dernière version d'un programme d'alerte catastrophe / urgence en santé mentale
DEFINITION	Année de la dernière version d'un programme d'alerte catastrophe/ urgence en santé mentale pour les services d'urgences.
MESURE	Nombre ; IN= inconnu; NA= non applicable (ex. pas de programme de santé mentale de catastrophe/urgence)
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Un programme d'alerte catastrophe/urgence en santé mentale est un plan détaillé de prise en charge des problèmes de santé mentale, dans le contexte d'une catastrophe/urgence. Il fixe habituellement les stratégies prioritaires, établit les délais et les moyens nécessaires. • Le programme peut faire partie du programme de santé mentale, du programme de santé, d'un programme de catastrophe ou constituer un document séparé.

THEME 1.3	Législation en santé mentale
DEFINITION	Date, chapitres inclus et mise en oeuvre de la législation en santé mentale

CRITERE 1.3.1	Dernière version de la Législation en santé mentale
DEFINITION	Année de la dernière version de la Législation en santé mentale
MESURE	Nombre ; IN = inconnu ; NA= non applicable (ex. pas de législation en santé mentale)
REMARQUES	La législation en santé mentale fait référence aux dispositions légales en rapport avec la santé mentale. Ces dispositions concernent spécifiquement des questions telles que : protections des droits civils et des droits de l'homme des personnes avec des troubles mentaux, structures de soin, formation personnelle et professionnelle et structure des services.

CRITERE 1.3.2	Chapitres de la Législation en santé mentale
DEFINITION	Chapitres inclus la Législation en santé mentale
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accès aux soins de santé mentale, y compris l'accès aux soins les moins restrictifs 2. Droits des utilisateurs des services de santé mentale, des membres de la famille, et des autres acteurs de soins 3. Questions de compétence, de capacité et de tutelle pour les personnes avec des troubles mentaux 4. Traitement avec consentement et sans consentement 5. Accréditation des professionnels et des structures de soins 6. Application de la Loi et autres éléments du système judiciaire pour les personnes avec des troubles mentaux 7. Mécanismes pour surveiller l'hospitalisation et les soins sans consentement

	8. Mécanismes pour mettre en œuvre les dispositions de la législation en santé mentale O/N, IN = inconnu, NA= non applicable
REMARQUES	Décrire toute la législation pertinente en santé mentale, qui peut être trouvée dans les différents domaines de la Loi. Elle peut être trouvée dans la législation spécifique de santé mentale (définie dans l'item précédent) ou dans la législation de la santé ou d'autres domaines (ex. violence, suicide).

CRITERE 1.3.3	Procédures et documents standardisés de mise en œuvre de la législation
DEFINITION	Procédures et documents standardisés pour mettre en œuvre la législation en santé mentale
MESURE	Des procédures et des documents standardisés existent dans: A= aucun chapitres de la législation en santé mentale B = peu de chapitres de la législation en santé mentale C = quelques chapitres de la législation en santé mentale D = la majorité des chapitres de la législation en santé mentale E = tous ou la plupart des chapitres de la législation en santé mentale IN = inconnu NA= non applicable
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Cela peut inclure des conseils sur les procédures, les instruments, les formulaires à utiliser. • Dans le fichier d'entrée des données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case appropriée si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible.

THEME 1.4	Contrôle et formation sur les droits de l'homme
DEFINITION	Contrôle et formation sur le respect des droits de l'homme dans les services de santé mentale

CRITERE 1.4.1	Fonctions des organismes de supervision des droits de l'homme au niveau national ou régional
DEFINITION	Fonctions des organismes de supervision au niveau national ou régional, évaluant le respect <i>des droits de l'homme pour les usagers</i> des services de santé mentale
MESURE	Des organismes de supervision existent au niveau national ou régional et ont autorité pour : <ol style="list-style-type: none"> 1. Superviser des inspections régulières dans les structures de santé mentale 2. Examiner les procédures d'admission et de sortie sans consentement 3. Examiner les procédures de gestion des plaintes 4. L'organisme de supervision a autorité pour imposer des sanctions (ex. retrait d'autorisation, imposer des pénalités ou fermer les structures qui violent constamment les droits de l'homme) O/N; IN = inconnu; NA = non applicable
REMARQUES	Si vous remplissez WHO-AIMS pour votre pays, s'il vous plaît répondez à la question des organismes de supervision nationaux; si c'est pour un état, une province ou une région administrative désignée, s'il vous plaît, répondez à la question pour les organismes de supervision du niveau régional

CRITERE 1.4.2	Inspection des droits de l'homme dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Proportion des <i>hôpitaux psychiatriques</i> avec au moins une supervision/inspection annuelle externe <i>de respect des droits de l'homme pour les patients</i>
MESURE	Proportion ; IN = inconnu

NUMERATEUR	Nombre d' <i>hôpitaux psychiatriques</i> avec au moins une supervision/inspection annuelle externe de <i>respect des droits de l'homme pour les patients</i>
DENOMINATEUR	Nombre total d' <i>hôpitaux psychiatriques</i>
REMARQUES	Une supervision/inspection externe fait référence à une supervision qui est réalisée par un organisme externe, indépendant de la structure de santé mentale.

CRITERE 1.4.3	Inspection des droits de l'homme dans les unités d'hospitalisation psychiatrique et les structures résidentielles communautaires / intégrées dans la Cité
DEFINITION	Proportion d' <i>unités d'hospitalisation psychiatrique</i> et de <i>structures résidentielles communautaires / intégrées dans la Cité</i> , avec au moins une supervision/inspection externe annuelle du <i>respect des droits de l'homme pour les patients</i>
MESURE	Proportion ; IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre d' <i>unités d'hospitalisation psychiatrique</i> et de <i>structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité</i> avec au moins une supervision/inspection externe annuelle du <i>respect des droits de l'homme pour les patients</i>
DENOMINATEUR	Nombre total d' <i>unités d'hospitalisation psychiatrique</i> et de <i>structures résidentielles communautaires / intégrées dans la Cité</i> .
REMARQUES	Une supervision/inspection externe fait référence à une supervision qui est réalisée par un organisme externe, indépendant de la structure de santé mentale.

CRITERE 1.4.4	Formation du personnel des hôpitaux psychiatriques au respect des des droits de l'homme pour les patients
DEFINITION	Proportion d'hôpitaux psychiatriques avec au moins une formation d'une journée, une réunion ou autre type de session de travail sur <i>le respect des droits de l'homme pour les patients</i> dans les 2 dernières années.
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'hôpitaux psychiatriques avec au moins une journée de formation, une réunion ou autre type de session de travail <i>le respect des droits de l'homme pour les patients</i> dans les 2 dernières années
DENOMINATEUR	Nombre total des <i>hôpitaux psychiatriques (#)</i>

CRITERE 1.4.5	Formation du personnel des unités d'hospitalisation psychiatrique et structures résidentielles communautaires / intégrées dans la Cité sur le respect des droits de l'homme pour les patients
DEFINITION	Proportion d' <i>unités d'hospitalisation psychiatrique</i> et <i>structures résidentielles communautaires / intégrées dans la Cité</i> , avec au moins une formation d'une journée, une réunion ou autre type de session de travail sur <i>le respect des droits de l'homme pour les patients</i> dans les 2 dernières années
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA=non applicable
NUMERATEUR	Nombre d' <i>unités d'hospitalisation psychiatrique</i> et <i>structures résidentielles communautaires / intégrées dans la Cité</i> , avec au moins une formation d'une journée, une réunion ou autre type de session de travail sur <i>le respect des droits de l'homme pour les patients</i> dans les 2 dernières années
DENOMINATEUR	Nombre total des unités d'hospitalisation psychiatrique et structures résidentielles communautaires / intégrées dans la Cité (#)

THEME 1.5	Financement des services de santé mentale
DEFINITION	Dépenses et ressources financières des services de santé mentale

CRITERE 1.5.1	Dépenses en santé mentale par le Ministère de la santé
DEFINITION	Proportion des dépenses en santé mentale par rapport aux dépenses totales en santé

	du Ministère de la santé.
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA= non applicable
NUMERATEUR	Montant du budget dépensé pour les services de santé mentale par le Ministère de la santé
DENOMINATEUR	Montant total du budget dépensé pour les services de santé par le Ministère de la santé
REMARQUES	Cet item couvre les dépenses pour les services de santé mentale (c.-à-d., budget dépensé). Il ne couvre pas l'allocation budgétaire. Allocation budgétaire et dépenses peuvent différer car souvent l'argent alloué pour la santé mentale est dépensé pour d'autres services.

CRITERE 1.5.2	Dépenses pour les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Proportion des dépenses en santé mentale dépensées pour <i>les hôpitaux psychiatriques</i>
MESURE	Proportion ; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Montant du budget dépensé pour les hôpitaux psychiatriques par le Ministère de la santé
DENOMINATEUR	Montant du budget total dépensé pour les services de santé par le Ministère de la santé (#)

CRITERE 1.5.3	Les troubles mentaux dans les budgets de la sécurité sociale
DEFINITION	Couverture des troubles mentaux par le budget de la sécurité sociale
MESURE	A= aucun trouble mental n'est couvert par la sécurité sociale B= Seulement les (certains) troubles mentaux sévères sont couverts par la sécurité sociale. C= Tous les troubles mentaux sévères et certains troubles modérés sont couverts D= Tous les troubles mentaux sont couverts E = tous les troubles mentaux et tous les problèmes de santé mentale d'ordre clinique sont couverts IN = inconnu ; NA= non applicable
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les systèmes de sécurité sociale sont une source de financement des soins de santé mentale. Chaque personne, à partir d'un certain niveau de revenu, est obligé de reverser un pourcentage fixe de son revenu au fond géré par l'assurance maladie. En retour, l'état paye une partie ou tous les soins de santé mentale. • Dans le fichier d'entrée des données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case appropriée si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible.

CRITERE 1.5.4	Accès gratuit aux médicaments psychotropes essentiels
DEFINITION	Proportion de la population ayant accès gratuitement (au moins 80% couverts) aux médicaments psychotropes essentiels.
MESURE	Proportion ; IN = inconnu ; NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'individus ayant accès gratuitement (au moins 80% couverts) aux médicaments psychotropes essentiels
DENOMINATEUR	Nombre d'individus dans la population générale
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Cet item est spécifique aux médicaments psychotropes (dans plusieurs pays les médicaments psychotropes ne sont pas couverts par l'état ou les systèmes d'assurances). • L'accès gratuit aux médicaments psychotropes essentiels signifie que les médicaments psychotropes essentiels – une fois prescrits – sont fournis aux personnes avec troubles mentaux gratuitement ou avec un remboursement égal ou supérieur à 80% du prix de vente public. Les sources de financement de l'accès gratuit/ remboursement peuvent être l'état ou les systèmes d'assurances (professionnels, sociaux ou privés).

SI LA RÉPONSE À L'ITEM PRECEDENT ÉTAIT MOINS DE 100%, PASSER A L'ITEM SUIVANT. SI NON, PASSER AU DOMAINE 2

CRITERE 1.5.5	Accessibilité des médicaments antipsychotiques
DEFINITION	Proportion du revenu quotidien minimum nécessaire pour payer un jour de traitement antipsychotique, par un usager sans aucun remboursement, et utilisant le médicament antipsychotique le moins cher disponible.
MESURE	Proportion ; IN = inconnu ; NA= non applicable
NUMERATEUR	Coût d'un jour de traitement antipsychotique, en utilisant le médicament antipsychotique le moins cher disponible dans la monnaie locale.
DENOMINATEUR	Revenu quotidien minimum dans la monnaie locale.
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Revenu quotidien minimum: un taux minimum de paye établi par la Loi pour un travail accompli. C'est le salaire calculé en fonction du temps, habituellement appliqué aux adultes non qualifiés, exerçant un emploi pour la première fois. Si le salaire minimum est défini en heures, le salaire quotidien minimum peut être calculé sur la base d'une journée de travail de 8 heures et par conséquent en multipliant le salaire horaire par 8 heures. • Pour la source du revenu minimum du pays, consulter le Ministère du travail ou le Ministère de la sécurité sociale ou le Bureau des Statistiques ou l' ILO (stat@ilo.org). Si les données du salaire minimum sont disponibles seulement sur la base d'une année, diviser le revenu minimum annuel par 250 jours de travail. Utiliser le salaire quotidien du travailleur 'journalier' si aucun salaire minimum n'existe. (un travailleur 'journalier' est un travailleur non qualifié qui embauché et payé au jour le jour) • Le coût du médicament est basé sur le prix de vente public, payé par un usager ne recevant aucun remboursement de la caisse d'assurance ou de l'état. • Pour déterminer le coût d'un jour de traitement, utiliser la dose de médicament recommandée par le système Defined Daily Dose (DDD) / Dose Journalière Définie (DJD). Le DDD / DJD est la posologie moyenne par jour, pour un médicament utilisé selon son indication principale chez l'adulte. Les DDD/DJD des médicaments antipsychotiques dans la liste de l'OMS des médicaments essentiels (2003) sont : <ol style="list-style-type: none"> 1. Chlorpromazine (DDD/DJD 300 mg. oral)

	<p>2. Fluphenazine (DDD/DJD 1 mg. action prolongée)</p> <p>3. Halopéridol (DDD/DJD 8 mg. oral)</p> <p>4. Autres médicaments antipsychotiques (spécifier le médicament et utiliser le DDD/DJD) (voir, ATC Index 2004, www.whooc.no/atcddd/)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un exemple: les DDD/DJD de la Chlorpromazine antipsychotique est 300 mg. En Albanie en utilisant la monnaie locale (lek) le coût unitaire pour chaque comprimé de 100 mg. de Chlorpromazine est 2.8 lek. Donc, le coût DDD/DJP est $3 \times 2.8 = 8.4$ lek par jour.
--	---

CRITERE 1.5.6	Accessibilité des médicaments antidépresseurs
DEFINITION	Proportion de revenu quotidien minimum nécessaire pour payer un jour de traitement antidépresseur par un usager sans aucun remboursement en utilisant le médicament antidépresseur le moins cher disponible
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA= non applicable
NUMERATEUR	Coût d'un jour de traitement antidépresseur en utilisant le médicament antidépresseur le moins cher disponible dans la monnaie locale
DENOMINATEUR	Salaires quotidiens minimum dans la monnaie locale (#)
NOTE	<ul style="list-style-type: none"> • Revenu quotidien minimum: un taux minimum de paye établi par la Loi pour un travail accompli. C'est le salaire calculé en fonction du temps, habituellement appliqué aux adultes non qualifiés, exerçant un emploi pour la première fois. Si le salaire minimum est défini en heures, le salaire quotidien minimum peut être calculé sur la base d'une journée de travail de 8 heures et par conséquent en multipliant le salaire horaire par 8 heures. • Pour la source du revenu minimum du pays, consulter le Ministère du travail ou le Ministère de la sécurité sociale ou le Bureau des Statistiques ou l' ILO (stat@ilo.org). Si les données du salaire minimum sont disponibles seulement sur la base d'une année, diviser le revenu minimum annuel par 250 jours de travail. Utiliser le salaire quotidien du travailleur 'journalier' si aucun salaire minimum n'existe. (un travailleur 'journalier' est un travailleur non qualifié qui embauché et payé au jour le jour) • Le coût du médicament est basé sur le prix de vente public, payé par un usager ne recevant aucun remboursement de la caisse d'assurance ou de l'état. • Pour déterminer le coût d'un jour de traitement, utiliser la dose de médicament recommandée par le système Defined Daily Dose (DDD) / Dose Journalière Définie (DJD). Le DDD / DJD est la posologie moyenne par jour, pour un médicament utilisé selon son indication principale chez l'adulte.. Les DDD des médicaments antidépresseurs dans la liste de l'OMS des médicaments essentiels (2003) sont <ol style="list-style-type: none"> 1. Amitriptyline (DDD 75 mg. oral) 2. Clomipramine (DDD 100 mg. oral) 3. Autres médicaments antidépresseurs (spécifier le médicament et utiliser le DDD) (voir, ATC Index 2004, www.whooc.no/atcddd/)

DOMAINE 2

SERVICES DE SANTE MENTALE

2.1.	Intégration et organisation des services de santé mentale
2.2.	Structure ambulatoire de santé mentale
2.3.	Structure de traitement de jour
2.4.	Unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
2.5.	Structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
2.6.	Hôpitaux psychiatriques
2.7.	Unités d'hospitalisation médico-légale
2.8.	Autres structures résidentielles
2.9.	Disponibilité du traitement psychosocial dans les structures de santé mentale
2.10.	Disponibilité des médicaments psychotropes essentiels
2.11.	Equité dans l'accès aux services / soins de santé mentale

THEME 2.1	Intégration et organisation des services
DEFINITION	Intégration et organisation des structures de soins des services de santé mentale

CRITERE 2.1.1	Existence et fonctions d'une « autorité de santé mentale » nationale ou régionale
DEFINITION	Existence et spécification des rôles de « l'autorité de santé mentale » nationale ou régionale
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une « autorité de santé mentale » nationale ou régionale existe (O/N) 2. « L'autorité de santé mentale » conseille le gouvernement sur la politique et la législation de santé mentale (O/N; NA = non applicable) 3. « L'autorité de santé mentale » est impliquée dans la planification des services (O/N; NA = non applicable) 4. « L'autorité de santé mentale » est impliquée dans la gestion et la coordination de service (O/N; NA = non applicable) 5. « L'autorité de santé mentale » est impliquée dans le contrôle et l'évaluation de la qualité des services de santé mentale (O/N; NA = non applicable)
REMARQUES REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • « L'autorité de santé mentale » est une entité responsable des soins de santé mentale dans une région ou un pays. Le Département de Santé Mentale ou le Bureau du Ministère de la Santé peut être considéré comme une « autorité de santé mentale » • Coter NA = non applicable s'il n'y a pas « d'autorité de santé mentale »

CRITERE 2.1.2	Organisation des services de santé mentale par secteur de santé mentale
DEFINITION	Les services de santé mentale pour les populations sont organisés sous formes de secteurs de santé mentale ²
MEASURE	O/N; IN = inconnu
REMARQUES	Un secteur de santé mentale est une zone géographique définie, qui regroupe des services de santé mentale de base, dans des structures spécifiques, accessibles à tous les habitants de cette zone.

CRITERE 2.1.3	Hôpitaux psychiatriques intégrant dans leur organisation des structures
----------------------	--

² Au sens de la sectorisation psychiatrique française ou de « catchment area »

	ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Proportion d' <i>hôpitaux psychiatriques intégrant dans leur organisation des structures ambulatoires de santé mentale</i>
MESURE	Proportion; NA = non applicable ; IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre des <i>hôpitaux psychiatriques intégrant dans leur organisation des structures ambulatoires de santé mentale</i>
DENOMINATEUR	Nombre total d' <i>hôpitaux psychiatriques (#)</i>
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Coter NA, si aucun <i>hôpital psychiatrique</i> n'existe • Les deux structures (<i>hôpital psychiatrique</i> et <i>structures ambulatoires</i>) sont mutuellement intégrées si les 2 conditions suivantes existent: <ul style="list-style-type: none"> a. Le système d'orientation entre les deux types de structures permet la continuité des soins b. <i>Les hôpitaux psychiatriques</i> et <i>les structures ambulatoires de santé mentale</i> travaillent d'une manière coordonnée

THEME 2.2	Structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Usagers suivis et services fournis dans les structures ambulatoires de santé mentale

CRITERE 2.2.1	Disponibilité des structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Nombre de <i>structures ambulatoires de santé mentale</i>
MESURE	Nombre; IN = inconnu

CRITERE 2.2.2	Usagers suivis dans les structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	<i>Nombre des usagers suivis dans les structures ambulatoires de santé mentale, pour 100,000 habitants (population générale)</i>
MESURE	Taux pour 100,000 habitants (population générale); IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures ambulatoires de santé mentale</i>
DENOMINATEUR	Nombre d'individus dans la population générale divisé par 100,000

CRITERE 2.2.3	Distribution selon le sexe des usagers suivis dans les structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Proportion femmes suivies dans les <i>structures ambulatoires de santé mentale</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de femmes suivies dans les <i>structures ambulatoires de santé mentale</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures ambulatoires de santé mentale (#)</i>

CRITERE 2.2.4	Diagnostics des usagers suivis dans des structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Proportion d' <i>usagers suivis dans des structures ambulatoires de santé mentale</i> par diagnostics (CIM-10)
MEASURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Troubles mentaux et comportementaux dus à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-F19) 2. Schizophrénie, troubles schizotypiques et autres troubles délirants (F20-F29) 3. Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39) 4. Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes (F40-F48) 5. Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69) 6. Autre (ex. épilepsie, troubles mentaux d'origine organique, retard mental, trouble comportemental et émotionnel survenu dans l'enfance et l'adolescence, troubles du développement psychologique) (IN = inconnu; NA = non applicable)
NUMERATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures ambulatoires de santé mentale</i> pour chaque diagnostic
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures ambulatoires de santé mentale (#)</i>
REMARQUES	CIM-10 indique la 10 ^{ème} révision de la Classification Statistique Internationale des

	Maladies et des problèmes de santé de l'OMS (http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm).
--	---

CRITERE 2.2.5	Contacts ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Nombre moyen de contacts par <i>usager</i> suivis dans des <i>structures ambulatoires de santé mentale</i>
MESURE	Nombre; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre total de contacts fournis aux usagers par les structures ambulatoires de santé mentales, durant l'année (pour la totalité des usagers)
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures ambulatoires de santé mentale (#)</i>
REMARQUES	Un contact ambulatoire est une interaction (ex, un entretien d'admission, une psychothérapie, une visite de suivi) impliquant un usager et un membre du personnel en ambulatoire. Le nombre cumulé de contacts ambulatoires est la somme des contacts de tous les usagers dans toutes les structures ambulatoires. Inclure les contacts dispensés par un membre du personnel de la structure, que le contact ait eu lieu ou non dans la structure ou dans un autre lieu (ex. à domicile)

CRITERE 2.2.6	Enfants et adolescents suivis dans des structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Proportion d'enfants et adolescents parmi les usagers suivis dans des <i>structures ambulatoires de santé mentale</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre d' <i>usagers</i> âgés de moins de 18 ans suivis dans des <i>structures ambulatoires de santé mentale</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures ambulatoires de santé mentale (#)</i>
REMARQUES	Compter les usagers âgés de moins de 18 ans suivis dans des structures pour adultes et dans des structures spécialisés pour les enfants et adolescents

CRITERE 2.2.7	Disponibilité des structures ambulatoires de santé mentale spécialisées pour enfants et adolescents
DEFINITION	Proportion des <i>structures ambulatoires de santé mentale pour enfants et adolescents uniquement</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre des <i>structures ambulatoires de santé mentale pour enfants et adolescents uniquement</i>
DENOMINATEUR	Nombre des <i>structures ambulatoires de santé mentale (#)</i>

CRITERE 2.2.8	Suivi des soins dans la Cité/communautaire
DEFINITION	Proportion de <i>structures ambulatoires de santé mentale</i> qui dispensent un suivi des soins de routine dans la Cité/communautaire
MESURE	Proportion; IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre de <i>structures ambulatoires de santé mentale</i> qui dispensent un suivi de soins communautaire de routine
DENOMINATEUR	Nombre de <i>structures ambulatoires de santé mentale (#)</i>
REMARQUES	Le suivi communautaire de routine correspond au suivi des soins en dehors des structures de soins. Par exemple : visite à domicile pour vérifier l'observance du traitement, assurer des soins adéquats, identifier des signes précoces de rechutes, favoriser la réhabilitation

CRITERE 2.2.9	Equipe mobile de santé mentale
DEFINITION	Proportion des <i>structures ambulatoires de santé mentale</i> qui ont des équipes mobiles de santé mentale, qui dispensent des soins de santé mentale réguliers en dehors des structures de soins.
MESURE	Proportion; IN = inconnu
NUMERATEUR	Proportion des <i>structures ambulatoires de santé mentale</i> qui ont des équipes mobiles

	de santé mentale qui dispensent des soins de santé mentale réguliers en dehors des structures de soins.
DENOMINATEUR	Nombre des <i>structures ambulatoires de santé mentale</i> (#)
REMARQUES	Les équipes mobiles des dispensaires de santé mentale dispensent des soins ambulatoires réguliers dans différentes zones géographiques pour remédier aux difficultés d'accès aux structures de santé mentale. Inclure : les extensions des dispensaires

THEME 2.3	Structures de traitement de jour
DEFINITION	Nombre d'usagers suivis et utilisation des structures de santé mentale de jour

CRITERE 2.3.1	Disponibilité des structures de santé mentale de jour
DEFINITION	Nombre de <i>structures de santé mentale de jour</i>
MESURE	Nombre; IN = inconnu

CRITERE 2.3.2	Usagers suivis en structures de traitement de jour
DEFINITION	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures de santé mentale de jour, pour 100,000 habitants (population générale)</i>
MESURE	Taux pour 100,000 en population générale; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures de santé mentale de jour</i>
DENOMINATEUR	Nombre d'individus dans la population générale divisé par 100,000 (#)

CRITERE 2.3.3	Distribution selon le sexe des usagers suivis dans les structures de santé mentale de jour
DEFINITION	Proportion de femmes suivies dans les <i>structures de santé mentale de jour</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de femmes suivies dans les <i>structures de santé mentale de jour</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures de santé mentale de jour</i> (#)

CRITERE 2.3.4	Durée d'hospitalisation dans les structures de traitement de jour
DEFINITION	Nombre moyen de jours où les <i>usagers</i> sont présents dans les <i>structures de santé mentale de jour</i>
MESURE	Nombre; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre cumulé de jours où les <i>usagers</i> sont présents dans les <i>structures de santé mentale de jour</i> au cours de l'année précédente (total de tous les usagers)
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures de santé mentale de jour</i> (#)
REMARQUES	Le nombre cumulé de jours où les usagers étaient présents dans les <i>structures de santé mentale de jour</i> est la somme des jours de tous les usagers pour toutes les structures de traitement de jour.

CRITERE 2.3.5	Enfants et adolescents suivis dans les structures de traitement de jour
DEFINITION	Proportion des enfants et adolescents parmi les usagers suivis dans les <i>structures de santé mentale de jour</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre d' <i>usagers</i> âgés de moins de 18 ans suivis dans les <i>structures de santé mentale de jour</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans les structures de santé mentale de jour</i> (#)

REMARQUES	Compter les usagers âgés de moins de 18 ans suivis dans des structures adultes et dans les structures spécialisés pour les enfants et adolescents
CRITERE 2.3.6	Disponibilité des structures de santé mentale de jour pour enfants et adolescents uniquement
DEFINITION	Proportion de <i>structures de santé mentale de jour pour enfants et adolescents uniquement</i>
MEASURE	Proportion; IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre de <i>structures de santé mentale de jour pour enfants et adolescents uniquement</i>
DENOMINATEUR	Nombre de <i>structures de santé mentale de jour (#)</i>
THEME 2.4	Unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Nombre de lits, nombre de patients et utilisation des unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
CRITERE 2.4.1	Disponibilité des unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Nombre d' <i>unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité (#)</i>
MESURE	Nombre; IN = inconnu
CRITERE 2.4.2	Lits dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Nombre de <i>lits dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i> , pour 100,000 habitants (population générale)
MESURE	Taux pour 100,000 habitants (population générale) ; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de <i>lits dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i>
DENOMINATEUR	Nombre d'individus dans la population générale divisé par 100,000 (#)
CRITERE 2.4.3	Distribution selon le sexe des admissions dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Proportion de femmes admises dans <i>les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre de femmes admises dans <i>les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre total d'admissions dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i>
CRITERE 2.4.4	Diagnostics des admissions dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Proportion des admissions dans <i>les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i> par diagnostic CIM-10
MEASURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Troubles mentaux et comportementaux dus à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-F19) 2. Schizophrénie, troubles schizotypiques et autres troubles délirants (F20-F29) 3. Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39) 4. Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes (F40-F48) 5. Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69) 1. 6. Autre (ex. épilepsie, troubles mentaux d'origine organique, retard mental, trouble comportemental et émotionnel survenu durant l'enfance et l'adolescence,

	troubles du développement psychologique) (IN = inconnu; NA = non applicable)
NUMERATEUR	<i>Nombre d'admissions dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité pour chaque diagnostic</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre total d'admissions dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité (#)</i>
REMARQUES	CIM-10 fait référence à la 10 ^{ème} révision de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé apparentés. Elle est disponible en ligne à http://www3.who.int/icd/vol11htm2003/fr-icd.htm

CRITERE 2.4.5	Admissions sans consentement/sous contrainte dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Proportion d'admissions sans consentement/sous contrainte dans <i>les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'admissions sans consentement/sous contrainte dans <i>les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'admissions</i> dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité (#)
REMARQUES	Admission sans consentement/sous contrainte signifie admission dans des structures de santé mentale sans le consentement volontaire de l'individu. Les admissions involontaires sont habituellement 'permises' dans les situations où les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être auto ou hétéro agressive et où elles risquent une détérioration de leurs conditions de vie si un traitement adéquat n'est pas mis en place. Les admissions sans consentement/sous contrainte sont spécifiquement régies par la législation de la santé.

CRITERE 2.4.6	Durée moyenne d'hospitalisation dans une unité d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Durée moyenne d'hospitalisation dans des unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
MESURE	Nombre; IN = inconnu ; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de jours cumulés d'hospitalisation dans des unités d'hospitalisations psychiatriques au cours de l'année précédente (total de toutes les hospitalisations).
DENOMINATEUR	Nombre d'hospitalisations dans des unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité.
REMARQUES	Le nombre de jours cumulés correspond à la somme des jours pour tous les usagers et dans toutes les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité

CRITERE 2.4.7	Contention physique et isolement dans des unités d'hospitalisations psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Pourcentage de patients qui ont été contraints physiquement <i>ou</i> isolés au moins une fois au cours de l'année précédente, dans des unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité
MESURE	A = Plus de 20% des patients ont été contraints ou isolés B = 11-20% des patients ont été contraints ou isolés C = 6-10% des patients ont été contraints ou isolés D = 2-5% des patients ont été contraints ou isolés E = 0-1% des patients ont été contraints ou isolés IN = inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> Par contrainte physique comprendre : toute méthode manuelle ou physique ou appareil mécanique, matériel, ou équipement attaché ou jouxtant le corps du patient, qu'il ou elle ne peut pas enlever facilement. L'utilisation de la force pour contenir le patient et restreindre ses mouvements constitue une contrainte. L'isolement est le placement d'un patient dans un espace confiné (ex: une pièce fermée à clé, une chambre d'isolement). Inclure tous les patients qui ont été contraints ou isolés, sans tenir compte de la durée de la

	contrainte ou de l'isolement <ul style="list-style-type: none"> • Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible.
--	--

CRITERE 2.4.8	Admissions d'enfants ou d'adolescents dans des unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Proportion d'admissions d'enfants et d'adolescents dans des unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	<i>Nombre d'admissions de patients de moins de 18 ans dans des unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'admissions dans des unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité (#)</i>
REMARQUES	Compter les usagers âgés de moins de 18 ans suivis aussi bien dans les unités pour adultes ainsi que pour enfants et adolescents.

CRITERE 2.4.9	Lits dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité réservés aux enfants et adolescents.
DEFINITION	Proportion de lits dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité réservés aux enfants et adolescents
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité réservés aux enfants et adolescents
DENOMINATEUR	Nombre de lits dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité (#)
REMARQUES	Les lits d'hospitalisation psychiatrique pour enfants et adolescents peuvent être trouvés dans différentes unités incluant aussi bien les unités pédiatriques que les unités psychiatriques (toutefois, les lits doivent être spécifiquement réservés pour des enfants et adolescents).

THEME 2.5	Structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Nombre de lits/places, nombre d'usagers et utilisation des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité

CRITERE 2.5.1	Disponibilité de structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Nombre de structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité (#)
MESURE	Nombre; IN = inconnu

CRITERE 2.5.2	Nombre de lits/places dans les structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Nombre de lits/lieux dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité, pour 100,000 en population générale
MESURE	Taux pour 100,000 habitants (population générale) ; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits/places dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DENOMINATEUR	Nombre d'habitants (population générale) divisé par 100,000 (#)

CRITERE 2.5.3	Usagers suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité, par 100,000 habitants (population générale)</i>
MESURE	Taux pour 100,000 habitants (population générale); IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité</i>

DENOMINATEUR	Nombre de personnes dans la population générale divisé par 100,000 (#)
CRITERE 2.5.4	Répartition des usagers suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité selon le sexe
DEFINITION	Proportion de femmes suivies dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de femmes suivies dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité (#)</i>

CRITERE 2.5.5	Durée moyenne de séjour dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Durée moyenne du séjour (en jours) passé dans des structures résidentielles
MESURE	Nombre; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre cumulé de jours passés dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité au cours de l'année précédente (total de tous les usagers)
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité (#)</i>
REMARQUES	<i>Le nombre cumulé de jours passés dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité est la somme du nombres de jours pour tous les usagers et pour toutes les structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité.</i>

CRITERE 2.5.6	Enfants et adolescents suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Proportion d'usagers enfants et adolescents suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'usagers âgés de moins de 18 ans suivis dans des structures communautaires résidentielles
DENOMINATEUR	<i>Nombre d'usagers suivis dans des structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité (#)</i>
REMARQUES	Compter les usagers âgés de moisnde 18 ans suivis dans des structures spécialisées pour adultes ou pour enfants et adolescents

CRITERE 2.5.7	Lits/places dans les structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité réservées aux enfants et adolescents
DEFINITION	Proportion de lits/places dans les structures résidentielles communautaires / intégrées dans la cité réservés aux enfants et adolescents
MESURE	Proportion ; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits/places dans les structures communautaires / intégrées dans la cité réservées aux enfants et adolescents
DENOMINATEUR	Nombre de lits/places dans les structures communautaires / intégrées dans la cité (#)

FACET 2.6	Hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Nombre de lits, nombre de patients et utilisation des hôpitaux psychiatriques

CRITERE 2.6.1	Disponibilité des hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Nombre d'hôpitaux psychiatriques (#)
MESURE	Nombre; IN = inconnu

CRITERE 2.6.2	Disponibilité des lits dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques pour 100,000 personnes
MESURE	Taux par 100,000 personnes en population générale; IN = inconnu ; NA = non

	applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques.
DENOMINATEUR	Nombre d'habitants (population générale) divisé par 100 000. (#)

CRITERE 2.6.3	Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Augmentation/diminution du nombre de lits dans des hôpitaux psychiatriques dans les cinq dernières années.
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	[Nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques l'année de l'enquête (#)] - [Nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques cinq années auparavant]
DENOMINATEUR	Nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques cinq années auparavant
REMARQUES	Exemple : si l'année de l'étude est 2004, alors la comparaison se fera avec le nombre de lits en 1999.

CRITERE 2.6.4	Répartition des usagers suivis dans les hôpitaux psychiatrique selon le sexe
DEFINITION	Proportion de femmes suivies dans les hôpitaux psychiatriques
MESURE	Proportion; IN = inconnu ; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de femmes suivies dans des hôpitaux psychiatriques
DENOMINATEUR	<i>Nombre de patients suivis dans les hôpitaux psychiatriques</i>

CRITERE 2.6.5	Diagnostic des patients dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Proportion de patients suivis dans les hôpitaux psychiatriques au cours de l'année précédente par diagnostics selon la CIM-10.
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Troubles mentaux et comportementaux dus à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-F19) 2. Schizophrénie, troubles schizotypiques et autres troubles délirants (F20-F29) 3. Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39) 4. Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes (F40-F48) 5. Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69) 1. 6. Autre (ex. épilepsie, troubles mentaux d'origine organique, retard mental, trouble comportemental et émotionnel survenu dans l'enfance et l'adolescence, troubles du développement psychologique) (IN = inconnu; NA = non applicable)
NUMERATEUR	<i>Nombre de patients suivis dans les hôpitaux psychiatriques pour chaque catégorie diagnostique</i>
DENOMINATEUR	<i>Nombre de patients suivis dans les hôpitaux psychiatriques (#)</i>

CRITERE 2.6.6	Admissions sans consentement/sous contrainte dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Proportion d'admissions sans consentement/sous contrainte dans les hôpitaux psychiatriques
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'admissions sans consentement/sous contrainte dans les hôpitaux psychiatriques
DENOMINATEUR	Nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques
REMARQUES	Admission sans consentement/sous contrainte signifie admission dans des structures de santé mentale sans le consentement volontaire de l'individu. Les admissions involontaires sont habituellement 'permises' dans les situations où les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être auto ou hétéro agressive et où elles risquent une détérioration de leurs conditions de vie si un traitement adéquat n'est pas mis en place. Les admissions sans consentement/sous contrainte sont spécifiquement régies par la législation de la santé.

CRITERE 2.6.7	Patients hospitalisés au long cours dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Proportion de patients hospitalisés dans des hôpitaux psychiatriques au long cours par durée de séjour au 31 décembre de l'année précédente
MESURE	1. plus de 10 ans 2. 5-10 ans 3. 1-4 ans 4. moins d'un an (IN = inconnu; NA = non applicable)
NUMERATEUR	Nombre de patients pour chaque groupe de durée de séjour
DENOMINATEUR	Nombre de patients séjournant dans des hôpitaux psychiatriques au 31 décembre de l'année précédente.

CRITERE 2.6.8	Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Nombre moyen de jours passés dans les hôpitaux psychiatriques
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre cumulatif de jours passés dans les hôpitaux psychiatriques (total de tous les patients)
DENOMINATEUR	<i>Nombre de patients suivis dans les hôpitaux psychiatriques (#)</i>
REMARQUES	Le nombre cumulatif de jours passés dans les hôpitaux psychiatriques est la somme des nombres de jours d'hospitalisation de tous les usagers, pour tous les hôpitaux psychiatriques.

CRITERE 2.6.9	Occupation des lits des hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Taux d'occupation des lits dans des hôpitaux psychiatriques
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre cumulatif des jours passés dans des hôpitaux psychiatriques (total de tous les usagers) (#)
DENOMINATEUR	Nombre total de lits dans des hôpitaux psychiatriques temps 365 (#)

CRITERE 2.6.10	Contrainte physique et isolement dans des hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Pourcentage d'usagers qui ont été <i>contraints physiquement ou isolés</i> au moins une fois au cours de l'année précédente dans des hôpitaux psychiatriques
MESURE	A= Plus de 20% des patients ont été contraints ou isolés B= 11-20% des patients ont été contraints ou isolés C= 6-10% des patients ont été contraints ou isolés D= 2-5% des patients ont été contraints ou isolés E= 0-1% des patients ont été contraints ou isolés IN = inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> Par contrainte physique comprendre : toute méthode manuelle ou physique ou appareil mécanique, matériel, ou équipement attaché ou jouxtant le corps du patient, qu'il ou elle ne peut pas enlever facilement. L'utilisation de la force pour contenir le patient et restreindre ses mouvements constitue une contrainte. L'isolement est le placement d'un patient dans un espace confiné (ex: une pièce fermée à clé, chambre d'isolement). Inclure tous les patients qui ont été contraints ou isolés, sans tenir compte de la durée de la contrainte ou de l'isolement Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 2.6.11	Enfants ou adolescents suivis dans des hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Proportion d'enfants et adolescents suivis dans <i>des hôpitaux psychiatriques</i>
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de patients âgés de moins de 18 ans suivis dans des hôpitaux psychiatriques
DENOMINATEUR	<i>Nombre de patients suivis dans des hôpitaux psychiatriques (#)</i>
REMARQUES	Compter les patients âgés de moins de 18 ans suivis dans les structures spécialisées pour adultes ainsi que pour enfants et adolescents.

CRITERE 2.6.12	Disponibilité de lits d'hôpitaux psychiatriques pour enfants et adolescents uniquement
DEFINITION	Proportion de lits dans les hôpitaux psychiatriques réservés aux enfants et adolescents
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques réservés aux enfants et adolescents
DENOMINATEUR	Nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques (#)

FACET 2.7	Unités d'hospitalisations medico-légales
DEFINITION	Nombre de lits et d'usagers dans des unités d'hospitalisations médico-légales

CRITERE 2.7.1	Disponibilité de lits dans les unités d'hospitalisations médico-légales
DEFINITION	Nombre de lits dans les unités d'hospitalisations médico-légales pour 100,000 habitants (population générale)
MESURE	Taux pour 100,000 habitants en population générale; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits dans des unités d'hospitalisations médico-légales
DENOMINATEUR	Nombre d'habitants (population générale) divisé par 100 000. (#)

CRITERE 2.7.2	Lits dans les unités d'hospitalisations médico-légales par type de structure
DEFINITION	Proportion de lits dans les unités d'hospitalisations médico-légales par type de structure : 1) Hôpitaux psychiatriques 2) Unités médico-légales dans les hôpitaux psychiatriques 3) Unités médico-légales dans les hôpitaux généraux 4) Structures de soins en santé mentale dans les prisons
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits dans les unités d'hospitalisations médico-légales par type de structure
DENOMINATEUR	Nombre de lits dans les unités d'hospitalisations médico-légales (#)
REMARQUES	Les structures de soins en santé mentale pour les détenus sont des structures thérapeutiques de santé mentale localisées dans les prisons.

CRITERE 2.7.3	Patients hospitalisés au long cours dans des unités médico-légales
DEFINITION	Proportion de patients hospitalisés au long cours dans une unité médico-légale, en calculant la durée d'hospitalisation au 31 décembre de l'année précédente.
MESURE	1. Plus de 10 ans 2. 5-10 ans 3. 1-4 ans 4. Moins d'un an (IN = inconnu; NA = non applicable)
NUMERATEUR	Nombre de patients pour chaque groupe de durée de séjour.
DENOMINATEUR	Nombre de patients séjournant dans des unités médico-légales au 31 décembre de l'année précédente.

THEME 2.8	Autres structures résidentielles
DEFINITION	Disponibilité de lits /places dans d'autres structures résidentielles permettant de délivrer des soins à des personnes présentant des troubles mentaux

CRITERE 2.8.1	Disponibilité "d'autres structures résidentielles "
DEFINITION	Nombre « d'autres structures résidentielles » dans ou en dehors du système de santé permettant de délivrer des soins à des patients présentant des troubles mentaux.
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Structures résidentielles spécifiques pour personnes (pour tous les âges) présentant un retard mental 2. Structures résidentielles spécifiques pour jeunes âgés de 1 mois de 18 ans présentant un retard mental 3. Structures résidentielles spécifiques pour personnes présentant des problèmes (exp.: structures pour désintoxication) d'abus de substance (incluant l'alcool) 4. Structures résidentielles spécifiques pour personnes atteintes de démence 5. Structures résidentielles qui ne sont pas officiellement des structures de santé mentale, mais où la majorité des personnes y résidant présentent des troubles mentaux avérés (par exemple : retard mental, abus de substance, démence, épilepsie, psychose) <p>Nombre; IN = inconnu</p>
REMARQUES	Les exemples de structures résidentielles dans la dernière catégorie (5) incluent des structures pour les personnes sans domicile fixe ou désinstitutionnalisées, des structures de désintoxication encadrées par les services sociaux, les foyers pour les veufs, etc, qui, sont de fait, utilisés pour loger des personnes présentant des troubles mentaux avérés, selon la CIM 10.

CRITERE 2.8.2	Nombre de places/lits dans « d'autres structures résidentielles »
DEFINITION	Nombre de places/lits dans « d'autres structures résidentielles » dans ou en dehors du système de santé, permettant de délivrer des soins à des patients présentant des troubles mentaux.
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Places/lits dans des structures résidentielles spécifiques pour personnes (pour tous les âges) présentant un retard mental 2. Places/lits dans des structures résidentielles spécifiques pour jeunes âgés de 17 ans ou moins présentant un retard mental 3. Places/lits dans des structures résidentielles spécifiques pour personnes présentant des problèmes (exemple: structures pour désintoxication) d'abus de substance (incluant l'alcool) 4. Places/lits dans des structures résidentielles spécifiques pour personnes atteintes de démences 5. Structures résidentielles qui ne sont pas officiellement des structures de santé mentale, mais où la majorité des personnes y résidant présentent des troubles mentaux avérés (par exemple : retard mental, abus de substance, démence, épilepsie, psychose)
REMARQUES	Les exemples de structures résidentielles dans la dernière catégorie (5) incluent des structures pour les personnes sans domicile fixe ou désinstitutionnalisées, des structures de désintoxication encadrées par les services sociaux, les foyers pour les veufs, etc, qui, sont de fait, utilisés pour loger des personnes présentant des troubles mentaux avérés, selon la CIM 10.

THEME 2.9	Disponibilité de traitement psychosocial dans les structures de santé mentale
DEFINITION	Pourcentage d'usagers qui bénéficient de traitements psychosociaux

CRITERE 2.9.1	Disponibilité d'interventions psychosociales dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Pourcentage de patients qui ont bénéficié d'une intervention psychosociale ou plus au cours de l'année précédente dans des hôpitaux psychiatriques
MESURE	<p>A = zéro (0%)</p> <p>B = peu (1 - 20%)</p>

	<p>C = quelques uns (21 - 50%) D = la majorité (51 - 80%) E = tous ou presque tous (81 - 100%) IN = inconnu; NA= non applicable</p>
REMARQUES	<p>Les sessions d'interventions psychosociales doivent durer au minimum vingt minutes pour être incluses dans cet item. Exemples de traitements psychosociaux : la psychothérapie, l'apport d'aide sociale, le conseil, les activités de réhabilitations et les traitements psychoéducatifs. Ne sont pas inclus dans les interventions psychosociales : les entretiens d'admission, les évaluations et les rendez-vous de suivi psychopharmacologique.</p>

CRITERE 2.9.2	Disponibilité d'interventions psychosociales dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	<p>Pourcentage de patients ayant bénéficié d'une ou plusieurs interventions psychosociales dans unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité au cours de l'année précédente.</p>
MESURE	<p>A = zéro (0%) B = peu (1 - 20%) C = quelques un (21 - 50%) D = la majorité (51 - 80%) E = tous ou presque tous (81 - 100%) IN = inconnu; NA= non applicable</p>
REMARQUES	<p>Les sessions d'interventions psychosociales doivent durer au minimum vingt minutes pour être incluses dans cet item. Exemples de traitements psychosociaux : la psychothérapie, l'apport d'aide sociale, le conseil, les activités de réhabilitations, et les traitements psychoéducatifs. Ne sont pas inclus dans les interventions psychosociales, les entretiens d'admission, les évaluations et les rendez-vous de suivi psychopharmacologique.</p>

CRITERE 2.9.3	Disponibilité d'interventions psychosociales dans les structures ambulatoires de santé mentale.
DEFINITION	<p>Pourcentage d'usagers ayant bénéficié d'une ou plusieurs interventions psychosociales dans les structures ambulatoires de santé mentale au cours de l'année précédente.</p>
MESURE	<p>A = zéro (0%) B = peu (1 - 20%) C = quelques (21 - 50%) D = la majorité (51 - 80%) E = tous ou presque tous (81 - 100%) IN = inconnu; NA= non applicable</p>
REMARQUES	<p>Les sessions d'interventions psychosociales doivent durer au minimum vingt minutes pour être incluses dans cet item. Exemples de traitements psychosociaux : la psychothérapie, l'apport d'aide sociale, le conseil, les activités de réhabilitations, et les traitements psychoéducatifs. Ne sont pas inclus dans les interventions psychosociales, les entretiens d'admission, les évaluations et les rendez-vous de suivi psychopharmacologique.</p>

THEME 2.10	Disponibilité des médicaments psychotropes
DEFINITION	<p>Disponibilité des médicaments psychotropes dans les structures de santé mentale à tout moment</p>
REMARQUES	<p>Ce thème concerne la disponibilité des médicaments, et non la capacité financière à les acheter (voir le thème concernant le financement des services dans le premier domaine)</p>

CRITERE 2.10.1	Disponibilité des médicaments dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	<p>Proportion d'hôpitaux psychiatriques dans lesquels au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique (anti-psychotique, antidépresseur, thymorégulateur, anxiolytique et anti-épileptique) est disponible dans la structure tout au long de l'année.</p>

MESURE	Proportion; IN = inconnu, NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'hôpitaux dans lesquels au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique est disponible.
DENOMINATEUR	Nombre total d'hôpitaux psychiatriques #

CRITERE 2.10.2	Disponibilité des médicaments dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Proportion d'unités d'hospitalisations psychiatriques intégrées dans la cité dans lesquelles au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique (anti-psychotique, antidépresseur, thymorégulateur, anxiolytique et anti-épileptique) est disponible durant toute l'année.
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité dans lesquelles au moins un médicament psychotrope pour chaque catégorie thérapeutique est disponible.
DENOMINATEUR	Nombre total d'unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité #

CRITERE 2.10.3	Disponibilité des médicaments dans les structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Proportion des structures ambulatoires de santé mentale dans lesquelles au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique de médicaments (anti-psychotique, anti-dépresseur, thymorégulateur, anxiolytique et anti-épileptique) est disponible dans la structure ou dans une pharmacie mitoyenne pendant toute l'année.
MESURE	Proportion; IN = inconnu; NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre de structures de santé mentale ambulatoires dans lesquelles au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique est disponible dans la structure ou dans une pharmacie mitoyenne
DENOMINATEUR	Nombre total des structures ambulatoires de santé mentale (#)

FACET 2.11	Equité dans l'accès aux services de santé mentale
DEFINITION	Equité dans l'accès aux services de santé mentale à travers divers groupes de population

CRITERE 2.11.1	Lits psychiatriques situés dans ou à côté de la plus grande ville
DEFINITION	Ratio du nombre de lits psychiatriques dans ou à côté de la plus grande ville par rapport au nombre total de lits psychiatriques dans le pays
MESURE	Ratio; IN = inconnu; NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre de lits psychiatriques dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité et dans les hôpitaux psychiatriques dans ou à côté de la plus grande ville pour 100, 000 habitants de la ville.
DENOMINATEUR	Nombre de lits psychiatriques dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires / intégrées dans la cité et hôpitaux psychiatriques dans tout le pays pour 100, 000 habitants du pays (#)
REMARQUES	Choisir la plus grande ville du pays en terme de population. Inclure la plus grande agglomération pour déterminer la plus grande ville.

CRITERE 2.11.2	Utilisation des services ambulatoires de santé mentale par les usagers ruraux
DEFINITION	Proportion d'utilisation des services ambulatoires de santé mentale par les usagers ruraux proportionnellement à la taille de cette population
MESURE	En proportion de la taille de cette population, les usagers ruraux sont : A = Substantiellement sous représentés dans leur usage des services ambulatoires B = à peu près également représentés dans leur usage des services ambulatoires C = Substantiellement sur représentés dans leur usage des services ambulatoires IN = inconnu; NA= non applicable
REMARQUES	• Utiliser la définition adoptée dans votre pays pour définir la population rurale.

	<ul style="list-style-type: none"> Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible
CRITERE 2.11.3	Accès aux services de santé mentale pour les usagers potentiels issus de minorités linguistiques
DEFINITION	Pourcentage de structures de santé mentale ambulatoires qui emploient une stratégie spécifique afin d'assurer que les minorités linguistiques puissent accéder aux services de santé mentale dans la langue qu'ils parlent couramment.
MESURE	A = zéro (0%) B = peu (1 - 20%) C = quelques(21 - 50%) D = la majorité (51 - 80%) E = tous ou presque tous (81 - 100%) IN = inconnu; NA= non applicable
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> Les stratégies peuvent être officielles ou pas et peuvent inclure: (a) fourniture de traduction / services d'interprètes, (b) coordination du personnel pour assurer, à n'importe quel moment, la présence de personnel parlant couramment les langues minoritaires, ou (c) assurer des formations en langues minoritaires pour le personnel etc. Exclure les structures où il n'y a pas ou peu de minorité linguistiques dans la population (c'est-à-dire, structures pour lesquelles la langue n'est pas un problème). Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible
CRITERE 2.11.4	Utilisation des services de santé mentale ambulatoires par groupes des ethniques et religieux minoritaires.
DEFINITION	Proportion d'utilisation des services de santé mentale ambulatoires par des groupes ethniques et par des groupes de minorités religieuses relativement à la taille de leur population
MESURE	Relativement à la taille de leur population, les usagers issus de minorités ethniques et religieuses sont: A = Substantiellement sous représentés dans leur usage des services ambulatoires B = A peu près également représentés dans leur usage des services ambulatoires C = Substantiellement sur représentés dans leur usage des services ambulatoires IN = inconnu; NA= non applicable
CRITERE 2.11.5	Admission de groupes ethniques et religieux minoritaires dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Nombre proportionnel d'admission dans les hôpitaux psychiatriques
MESURE	Relativement à la taille de leur population, les groupes de minorités ethniques et religieuses sont: A = Admis en plus grande proportion dans les hôpitaux psychiatriques B = Admis en proportion plus ou moins égale dans les hôpitaux psychiatriques C = Admis en plus petite proportion dans les hôpitaux psychiatriques IN = inconnu; NA= non applicable
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible
CRITERE 2.11.6	Différences entre les structures administrées par le gouvernement et les cliniques privées de santé mentale.
DEFINITION	En moyenne, existe une différence substantielle (ex: plus que 50%) entre les structures administrées par le gouvernement et les cliniques privées selon des indicateurs de santé sélectionnés
MESURE	1. Durée moyenne de la liste d'attente pour une première consultation psychiatrique en dehors des urgences

	<p>2. Nombre moyen de minutes passées entre un psychiatre et un patient en consultation</p> <p>3. Nombre moyen de lits par infirmier dans les structures hospitalières psychiatriques</p> <p>O/N; IN = inconnu; NA= non applicable</p>
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

DOMAINE 3

SANTÉ MENTALE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

3.1	Soins de santé primaire médicalisés
3.2	Soins de santé primaire non médicalisés
3.3	Interaction avec les praticiens complémentaires /alternatifs / traditionnels

THEME 3.1	Soins de santé primaire médicalisés
DEFINITION	Formation des médecins de santé primaire en santé mentale, liens avec le système de santé mentale, et médicaments psychotropes dans les soins de santé primaire

CRITERE 3.1.1	Formation des étudiants en médecine
DEFINITION	Proportion d'heures de formation (premier grade) consacrées à des sujets de psychiatrie et de santé mentale pour <i>les étudiants en médecine</i>
MESURE	Proportion; IN = Inconnu
NUMERATEUR	Nombre d'heures de formation (premier grade) consacrée à des sujets de psychiatrie et de santé mentale pour <i>les étudiants en médecine</i>
DENOMINATEUR	Nombre total d'heures de formation continue (premier grade) données à l'université de médecine
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le nombre total d'heure en formation prendre en compte les heures de leçons théoriques et celles de formations pratiques). • S'il y a plus d'une faculté de médecine, calculer le nombre d'heure moyen des facultés.

CRITERE 3.1.2	Programme de Formation médicale continue pour les médecins en soins de santé primaire.
DEFINITION	Proportion de médecins en soins de santé primaire ayant eu au moins deux jours de stage de mise à niveau en psychiatrie et en santé mentale durant l'année précédente.
MESURE	Proportion; IN : Inconnu
NUMERATEUR	Nombre de médecins en soins de santé primaire ayant eu au moins deux jours de stage de mise à niveau en psychiatrie et santé mentale durant l'année précédente.
DENOMINATEUR	Nombre total de médecins en soins de santé primaire travaillant dans les dispensaires de soins de santé primaires durant l'année précédente.

CRITERE 3.1.3	Protocoles de soins et d'évaluation en soins de santé primaire médicalisés
DEFINITION	Disponibilité des protocoles de soins et d'évaluation pour les situations clés en santé mentale, dans les dispensaires de soins de santé primaire
MESURE	Protocoles disponibles dans: A = Aucun dispensaire / cabinet de soins en santé primaire médicalisés (0%) B = Très peu de dispensaires / cabinet de en soins de santé primaire médicalisés (1 - 20%) C = Quelques dispensaires / cabinet de soins en santé primaire médicalisés (21 - 50%) D = La majorité des dispensaires / cabinet de soins en santé primaire médicalisés (51 - 80%) E = Tous ou presque tous les dispensaires / cabinet de soins en santé primaire médicalisés (81 - 100%) IN = Inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les protocoles de soins et d'évaluation les guides cliniques, les manuels, ou les vidéos sur la santé mentale pour le personnel de soins de santé primaire. Ils incluent aussi les procédures d'orientation et de réorientation entre les services de soins de santé primaire.

	<p>les dispensaires et les services de santé mentale. Les manuels de santé mentale ne sont pas considérés comme des protocoles de traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible
--	--

CRITERE 3.1.4	Orientations de patients des médecins de santé primaire et vers les professionnels de santé mentale
DEFINITION	<i>Médecin de soins de santé primaire</i> à plein temps qui adresse en moyenne au minimum un patient par mois à un professionnel de santé mentale
MESURE	A = Zéro (0%) B = Très peu (1 - 20%) C = Quelques uns (21 - 50%) D= La majorité (51 - 80%) E= Tous ou presque tous (81 - 100%) IN = Inconnu
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 3.1.5	Interaction entre des médecins de santé primaire et les services de santé mentale
DEFINITION	<i>Médecins de santé primaire en interaction avec les services de santé mentale au moins une fois par mois durant l'année précédente.</i>
MESURE	A = Zéro (0%) A = Très peu (1 - 20%) B = Quelques uns (21 - 50%) C = La majorité (51 - 80%) D = Tous ou presque tous (81 - 100%) IN = Inconnu (0%)
REMARQUES	Les interactions incluent (en face à face ou par téléphone) : les réunions, les revues de cas individuels, la coordination et le suivi de l'orientation d'un patient mais aussi les sessions de formation en santé mentale. Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 3.1.6	Prescription de médicaments psychotropes par les médecins de santé primaire
DEFINITION	Les réglementations de santé autorisent les médecins de santé primaire à prescrire ou à renouveler la prescription des psychotropes.
MESURE	A = Non autorisé B = Les médecins en soins de santé primaire / médecins généralistes sont autorisés à prescrire mais avec certaines restrictions (ex. : ils ne sont pas autorisés à initier les prescriptions mais sont autorisés à renouveler les prescriptions ou ils ne sont autorisés à prescrire que dans des cas d'urgence). C = Les médecins en soins de santé primaire / médecins généralistes sont autorisés à prescrire sans restriction.

CRITERE 3.1.7	Disponibilité des médicaments psychotropes dans les centres de soins de santé primaire médicalisés
DEFINITION	Les dispensaires médicalisées de soins de santé primaire ou pharmacies accessibles à la population, dans lesquels au moins un médicament psychotrope de chaque catégorie thérapeutique (médicaments anti-psychotiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, anxiolytiques et antiépileptiques) est disponible dans la structure ou la pharmacie la plus proche tout au long de l'année.
MESURE	A = Aucun dispensaire ou pharmacie (0%) B = Très peu de dispensaires ou pharmacies (1 - 20%)

	C = Quelques dispensaires ou pharmacies (21 - 50%) D = La majorité des dispensaires ou pharmacies (51 - 80%) E = Tous ou presque tous les dispensaires ou pharmacies (81 - 100%) IN = Inconnu, NA= non applicable
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

THEME 3.2	Soins de santé primaire non médicalisés
DEFINITION	Formation en santé mentale des personnels de santé primaire non médecins , liens avec le système de santé mentale, et médicaments psychotropes dans les soins de santé primaire non médicalisés

CRITERE 3.2.1	Formation des étudiants infirmiers
DEFINITION	Proportion d'heures de formation (premier grade) consacrées à des sujets de psychiatrie et de santé mentale dans <i>les écoles d'infirmiers</i>
MESURE	Proportion; IN = Inconnu
NUMERATEUR	Nombre d'heures de formation (premier grade) consacrées à des sujets de psychiatrie et de santé mentale dans les écoles d'infirmiers
DENOMINATEUR	Nombre total d'heures de formation (premier degré) délivrées aux étudiants infirmiers dans les écoles d'infirmiers
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le nombre total de formation les heures prendre en compte les heures de leçons théoriques et celles de formations pratiques. • S'il y a plus d'une école d'infirmier, utiliser la moyenne des différentes écoles d'infirmiers

CRITERE 3.2.2	Formation de personnel de santé primaire non médecins / non infirmiers dans les centres de formation professionnelle
DEFINITION	Proportion d'heures de formation consacrées à des sujets de psychiatrie et de santé mentale pour les personnels de santé primaire, dans les centres de formation professionnels / écoles.
MESURE	Proportion; IN = Inconnu
NUMERATEUR	Nombre d'heures de formation consacrées à des sujets de psychiatrie et de santé mentale pour les personnels de santé primaire dans les centres de formation professionnels / écoles.
DENOMINATEUR	Nombre total d'heures de formation pour le personnel de santé primaire dans les centres de formation professionnels / écoles
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Le nombre total d'heures de formation inclus leçons théoriques et formations pratiques. • S'il y a plus d'un centre de formation professionnel, calculer le nombre d'heure moyen des différents centres ou écoles.

CRITERE 3.2.3	Formation continue des infirmiers de santé primaire.
DEFINITION	Proportion d'infirmiers de santé primaire <i>avec au moins deux jours de formation continue en psychiatrie/santé mentale durant l'année écoulée.</i>
MESURE	Proportion; IN = Inconnu
NUMERATEUR	Nombre d'infirmiers de santé primaire <i>avec au moins deux jours de formation continue en psychiatrie/santé mentale durant l'année écoulée.</i>
DENOMINATEUR	Nombre total d'infirmiers en soins de santé primaire travaillant dans des dispensaires en soins de santé primaire durant l'année écoulée.

CRITERE 3.2.4	Programme de formation continue pour le personnel de santé primaire non-médecin/non-infirmier.
DEFINITION	Proportion du personnel de santé primaire non-médecin/non-infirmier <i>avec au moins deux jours</i> de programme de formation continue en psychiatrie/santé mentale durant

	l'année écoulée
MESURE	Proportion; IN = Inconnu
NUMERATEUR	Nombre du personnel de santé primaire non médecin/non infirmier avec au moins deux jours de programme de formation continue en psychiatrie/santé mentale durant l'année écoulée
DENOMINATEUR	Nombre total de personnel de santé primaire non-médecin/non -infirmier travaillant dans des dispensaires de santé primaires durant l'année écoulée.

CRITERE 3.2.5	Protocoles de soins et d'évaluation en soins de santé primaire non médicalisés / centre de soins infirmiers (CSI)
DEFINITION	Disponibilité des outils d'évaluation et des protocoles de traitements pour les situations clés en santé mentale dans les dispensaires non médicalisés de soins de santé primaire / CSI
MESURE	Protocoles disponibles dans: A = Aucun dispensaire non médicalisés de soins de santé primaire / CSI (0%) B = Très peu de dispensaires non médicalisés de soins de santé primaire / CSI (1 - 20%) C = Quelques dispensaires non médicalisés de soins de santé primaire / CSI (21 - 50%) D = La majorité des dispensaires non médicalisés de soins de santé primaire / CSI (51 - 80%) E = Tous ou presque tous les dispensaires non médicalisés de soins de santé primaire / CSI (81 - 100%) IN = Inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> Les protocoles d'évaluation et de traitement incluent les guides cliniques, les manuels, ou les vidéos sur la santé mentale pour le personnel de soins de santé primaire. Ils incluent aussi les procédures d'orientation et de réorientation entre les services de soins de santé primaire, les dispensaires et les services de santé mentale. Les manuels de santé mentale ne sont pas considérés comme des protocoles de traitement. Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 3.2.6	Orientation de patients présentant un trouble de santé mentale, depuis un dispensaire non médicalisé de soins de santé primaire vers un niveau plus élevé de prise en charge
DEFINITION	Nombre de soignants à temps plein travaillant dans des dispensaires non médicalisés de soins de santé primaire qui adressent en moyenne, au minimum un patient par mois pour des raisons de santé mentale vers un niveau supérieur de prise en charge
MESURE	A= Zéro (0%) B= Très peu (1 - 20%) C= Quelques uns (21 - 50%) D= La majorité (51 - 80%) E = Tous ou presque tous (81 - 100%) IN = Inconnu
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 3.2.7	Disponibilité des médicaments pour les patients en soins de santé primaire dans des dispensaires de soins de santé primaire non-médicalisés
DEFINITION	Nombre de dispensaires de soins de santé primaire non-médicalisés dans lesquels au moins un psychotrope de chaque catégorie thérapeutique (anti-psychotique, antidépresseur, thymorégulateur, anxiolytique et antiépileptique) est disponible dans la structure ou dans une pharmacie mitoyenne tout au long de l'année.

MESURE	A = Aucun des dispensaires (0%) B = Très peu de dispensaires (1 - 20%) C = Quelques dispensaires (21 - 50%) D = La majorité des dispensaires (51 - 80%) E = Tous ou presque tous les dispensaires (81 - 100%) IN = Inconnu, NA= non applicable
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 3.2.8	Prescription médicamenteuse par les infirmiers.
DEFINITION	La réglementation de la santé autorise les infirmiers de santé primaire à prescrire ou à renouveler la prescription de médicaments psychotropes.
MESURE	A = Non autorisé B = Les infirmiers de soins de santé primaire sont autorisés à prescrire mais avec certaines restrictions (ex., ils ne sont pas autorisés à initier les prescriptions mais sont autorisés à renouveler les prescriptions, ou, ils ne sont autorisés à prescrire que dans des cas d'urgence). C = Les infirmiers de soins de santé primaire sont autorisés à prescrire sans restriction.

CRITERE 3.2.9	Prescription par le personnel de santé primaire non-médecin/ non-infirmier
DEFINITION	Les réglementations de la santé autorisent le personnel de santé primaire non-médecin/non-infirmier à prescrire et/ou à renouveler la prescription de psychotropes.
MESURE	A = Non autorisé B = Les personnels non-médecin / non-infirmier de soins de santé primaire sont autorisés à prescrire mais avec restriction (ils ne sont pas autorisés à initier les prescriptions mais sont autorisés à renouveler les prescriptions ; ils ne sont autorisés à prescrire que dans des cas d'urgence; ils sont autorisés à délivrer des médicaments mais ils leur est formellement interdit de prescrire) C = Les personnels non-médecin / non-infirmier de soins de santé primaire sont autorisés à prescrire sans restriction.

THEME 3.3	Interaction avec les praticiens complémentaires/alternatifs/ traditionnels
DEFINITION	Interaction des dispensaires médicalisées de soins de santé primaire avec les praticiens complémentaires/alternatifs/traditionnels.

CRITERE 3.3.1	Interaction avec les praticiens complémentaires/alternatifs/traditionnels
DEFINITION	<i>Au moins une interaction au cours de l'année écoulée, entre des dispensaires médicalisées de soins de santé primaire et des praticiens complémentaires / alternatifs / traditionnels.</i>
MESURE	A = Aucun dispensaire (0%) B = Très peu de dispensaires (1 - 20%) C = Quelques dispensaires (21 - 50%) D = Une majorité de dispensaires (51 - 80%) E = Tous ou presque tous les dispensaires (81 - 100%) IN = Inconnu NA= non applicable
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 3.3.2	Interaction des dispensaires non-médicalisés de soins de santé primaire avec les praticiens complémentaires/ alternatifs/ traditionnels.
DEFINITION	<i>Au moins une interaction au cours de l'année écoulée entre des dispensaires non-médicalisés de soins de santé primaire et des praticiens complémentaires/alternatifs traditionnels.</i>
MESURE	A = Aucun dispensaire (0%) B = Très peu de dispensaires (1 - 20%) C = Quelques dispensaires (21 - 50%) D = Une majorité de dispensaires (51 - 80%) E = Tous ou presque tous les dispensaires (81 - 100%) IN = Inconnu NA= non applicable
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les interactions incluent : les réunions, les revues de cas individuels, la coordination et le suivi de l'orientation d'un patient mais aussi, les sessions de formation des praticiens complémentaires/alternatifs/traditionnels dans les domaines importants de la santé mentale. • Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 3.3.3	Interaction des structures de santé mentale avec les praticiens complémentaires/alternatifs/ traditionnels.
DEFINITION	Interaction des structures de santé mentale avec les praticiens complémentaires/alternatifs/ traditionnels au moins une fois l'année précédente.
MESURE	A = Aucune structure (0%) B = Très peu de structures (1 - 20%) C = Quelques structures (21 - 50%) D = Une majorité des structures (51 - 80%) E = Toutes ou presque toutes les structures (81 - 100%) IN = Inconnu NA= non applicable
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les interactions incluent : les réunions, les revues de cas individuels, la coordination et le suivi de l'orientation d'un patient mais aussi, les sessions de formation des praticiens complémentaires/alternatifs/traditionnels dans les domaines importants de la santé mentale. • Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

DOMAINE 4

RESSOURCES HUMAINES

4.1	Ressources humaines
4.2	Professionnels de la santé mentale
4.3	Associations d'usagers et de familles
4.4	Activités des associations d'usagers, des associations de familles et des autres ONG

THEME 4.1	Ressources humaines
DEFINITION	Nombre de personnes travaillant dans ou pour les structures de santé mentale

CRITERE ITEM 4.1.1	Ressources humaines dans les structures de santé mentale par habitant
DEFINITION	Nombre de personnes par catégorie professionnelle travaillant dans ou pour les structures de santé mentale ou en cabinet privé pour 100.000 habitants
MESURE	Taux pour 100.000 habitant; IN = inconnu
NUMERATEUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>psychiatres</i> 2. autres docteurs en médecine, non spécialisés en psychiatrie 3. <i>infirmier(e)s</i> 4. <i>psychologues</i> 5. <i>travailleurs sociaux</i> 6. <i>ergothérapeutes</i> 7. <i>autres travailleurs de santé ou de santé mentale</i> (incluant : équipe paramédicale, travailleurs de soins de santé primaire non médecins, assistants de santé, assistants médicaux, conseillers psychosociaux professionnels et para professionnels)
DENOMINATEUR	Population totale divisée par 100,000 (#)
REMARQUES	Inclure le personnel de santé mentale qui travaille dans l'administration publique, les ONG, les cliniques privées en santé mentale et en cabinet privé

CRITERE 4.1.2	Psychiatres travaillant dans différents secteurs de la santé mentale
DEFINITION	Proportion de psychiatres travaillant dans différents secteurs de la santé mentale
NUMERATEUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. nombre de psychiatres travaillant uniquement dans ou pour les structures publiques de santé mentale 2. nombre de psychiatres travaillant uniquement dans ou pour une ONG de santé mentale / une clinique privée /, un cabinet privé 3. nombre de psychiatres travaillant à la fois dans ou pour (a) les structures publiques de santé mentale et dans ou pour (b) les ONG de santé mentale ou les structures médico-sociales / les cliniques privées / en cabinet privé (ex: cette catégorie regroupe les <i>psychiatres</i> travaillant à la fois dans les structures publiques de santé mentale et dans un des autres secteurs mentionnés).
DENOMINATEUR	Nombre total de <i>psychiatres</i> travaillant dans la santé mentale

CRITERE 4.1.3	Psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, et autres thérapeutes (psychomotriciens, ergothérapeutes...) travaillant dans différents secteurs de santé mentale
ITEM DEFINITION	Proportion de <i>psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, et autres thérapeutes (ergothérapeutes...) travaillant dans différents secteurs de santé mentale</i>
NUMERATEUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. nombre de <i>psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, et autres thérapeutes (ergothérapeutes...) travaillant uniquement</i> dans les structures publiques de santé mentale 2. nombre de <i>psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, et autres thérapeutes (ergothérapeutes...) travaillant uniquement dans</i> les ONG de santé mentale ou les structures médico-sociales, les cliniques privées, en cabinet privé 3. nombre de <i>psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, et autres thérapeutes (ergothérapeutes...) travaillant à la fois</i> dans ou pour (a) les structures publiques de santé mentale et dans ou pour (b) les ONG de santé mentale ou les structures médico-sociales / les cliniques privées de santé mentale / en cabinet privé (ex: cette catégorie est pour les professionnels travaillant à la fois dans les structures publiques de santé mentale et dans un des autres secteurs mentionnés).
DENOMINATEUR	Nombre total de <i>psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, et autres thérapeutes (ergothérapeutes...) travaillant</i> dans la santé mentale

CRITERE 4.1.4	Equipe travaillant dans ou pour les structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Nombre de professionnels de santé mentale à temps plein ou à temps partiel travaillant dans ou pour les structures ambulatoires de santé mentale
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>psychiatres</i> 2. autres docteurs en médecine, non spécialisés en psychiatrie 3. <i>infirmier(e)s</i> 4. <i>psychologues, travailleurs sociaux, et ergothérapeutes</i> 5. <i>autres travailleurs de santé ou de santé mentale</i> <p>Nombre; IN = inconnu</p>
REMARQUES	Inclure le personnel de santé mentale qui travaille dans l'administration publique, les ONG ou les structures médico-sociales, les cliniques privées de santé mentale, et en cabinet privé. Exclure les professionnels engagés exclusivement en cabinet privé.

CRITERE 4.1.5	Équipe travaillant dans des unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Nombre de professionnels de santé mentale à temps plein ou à temps partiel travaillant dans des unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité par lit
MESURE	Nombre de professionnel par lit ;IN = inconnu ; NA= non applicable
NUMERATEUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>psychiatres</i> 2. autres docteurs en médecine, non spécialisés en psychiatrie 3. <i>infirmier(e)s</i> 4. <i>psychologues, travailleurs sociaux, et ergothérapeutes</i> 5. <i>autres travailleurs de santé ou de santé mentale</i>
DENOMINATEUR	Nombre de lits dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité(#)
REMARQUES	Incluez personnel de la santé mentale qui travaille dans l'administration publique, ONG ou les structures médico-sociales, pour le profit de structures de santé mentale et en cabinet privé. Excluez les professionnels engagés exclusivement en cabinet privé.

CRITERE 4.1.6	Équipe travaillant à l'hôpital psychiatrique
DEFINITION	Nombre de professionnels de santé mentale à temps plein ou à temps partiel par lit d'hospitalisation psychiatrique
MESURE	Nombre de professionnels par lit ;IN = inconnu; NA= non applicable
NUMERATEUR	1. <i>psychiatres</i> 2. autres docteurs en médecine, non spécialisés en psychiatrie 3. <i>infirmier(e)s</i> 4. <i>psychologues, travailleurs sociaux, et ergothérapeutes</i> 5. <i>autres travailleurs de santé ou de santé mentale</i>
DENOMINATEUR	Nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique (#)
REMARQUES	Inclure le personnel de santé mentale qui travaille dans l'administration publique, les ONG ou les structures médico-sociales, les cliniques privées de santé mentale et en cabinet privé. Exclure les professionnels engagés exclusivement en cabinet privé.

CRITERE 4.1.7	Psychiatres travaillant dans ou près de la plus grande ville du pays
DEFINITION	Ratio de psychiatres travaillant dans des structures de santé mentale qui sont basées dans ou près de la plus grande ville du pays
MESURE	Taux;IN = inconnu ; NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre de psychiatres travaillant dans des structures de santé mentale qui sont basées dans ou près de la plus grande ville pour 100 000 habitants de cette ville
DENOMINATEUR	Nombre de psychiatres travaillant dans des structures de santé mentale dans tout le pays pour 100 000 habitants du pays
REMARQUES	Choisir la plus grande ville en terme de population. Inclure la plus grande surface métropolitaine (agglomération) possible pour déterminer la plus grande ville. Exclure les professionnels engagés exclusivement en cabinet privé.

CRITERE 4.1.8	Infirmier(e)s travaillant dans ou pour des structures de santé mentale dans ou près de la plus grande ville du pays
DEFINITION	Taux d'infirmier(e)s travaillant dans des structures de santé mentale qui sont basées dans ou près de la plus grande ville du pays
MESURE	Taux ; IN = inconnu ; NA= non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'infirmier(e)s travaillant dans des structures de santé mentale dans tout le pays pour 100 000 habitants de cette ville
DENOMINATEUR	Nombre d'infirmier(e)s travaillant dans des structures de santé mentale dans tout le pays par 100 000 habitants du pays
REMARQUES	Choisir la plus grande ville en terme de population. Inclure la plus grande surface métropolitaine (agglomération) possible pour déterminer la plus grande ville.

THEME 4.2	Formations professionnelles en santé mentale
DEFINITION	Aspects des formations professionnelles en santé mentale

CRITERE 4.2.1	Professionnels diplômés l'année dernière
DEFINITION	Nombre de professionnels diplômés l'année dernière des institutions universitaires et pédagogiques, pour 100 000 personnes en population générale
MESURE	Taux pour 100 000 personnes en population générale ; IN = inconnu ; NA= non applicable
NUMERATEUR	1. <i>Docteurs en médecine</i> 2. <i>Infirmier(e)s</i> 3. <i>Psychiatres</i> 4. <i>Psychologues</i> avec au moins un an de formation en soins de santé mentale 5. <i>Infirmier(e)s</i> avec au moins un an de formation en soins de santé mentale 6. <i>Travailleurs sociaux</i> avec au moins un an de formation en soins de santé mentale 7. <i>Autres thérapeutes (ergothérapeutes...)</i> avec au moins un an de formation en soins de santé mentale
DENOMINATEUR	Nombre de personne en population générale divisé par 100,000 (#)

CRITERE 4.2.2	Formation continue pour le personnel de santé mentale sur l'usage rationnel des médicaments psychotropes
DEFINITION	Proportion du personnel travaillant dans ou pour des structures de santé mentale ayant reçu au moins deux jours de formation continue sur l'usage rationnel des médicaments psychotropes au cours de l'année dernière
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>psychiatres</i> 2. <i>autres docteurs en médecine et non spécialistes en psychiatrie</i> 3. <i>infirmier(e)s</i> 4. <i>autres travailleurs de santé ou de santé mentale</i> (IN = inconnu ; NA= non applicable)
NUMERATEUR	Nombre de personnel de la santé mentale, par profession, travaillant dans les structures de santé mentale ayant reçu au moins deux jours de formation continue sur l'usage adapté des médicaments psychotropes au cours de l'année dernière
DENOMINATEUR	Nombre de personnel de santé mentale, par profession, travaillant dans ou pour des structures de santé mentale (#)
REMARQUES	Un jour de formation équivaut à 8 heures

CRITERE 4.2.3	Formation continue pour le personnel de santé mentale sur les interventions psychosociales (non biologiques)
DEFINITION	Proportion du personnel travaillant dans ou pour des structures de santé mentale ayant reçu au moins deux jours de formation continue sur les interventions psychosociales (non biologiques) au cours de l'année dernière
MESURE	Proportion par catégorie professionnelle : <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>psychiatres</i> 2. <i>autres docteurs en médecine et non spécialistes en psychiatrie</i> 3. <i>infirmier(e)s</i> 4. <i>psychologues, travailleurs sociaux, et autres thérapeutes (ergothérapeutes...)</i> 5. <i>autres travailleurs de santé ou de santé mentale</i> (IN = inconnu ; NA= non applicable)
NUMERATEUR	Nombre de personnel de santé mentale, par catégorie professionnelle, travaillant dans les structures de santé mentale ayant reçu au moins deux jours de formation continue sur les interventions psychosociales (non biologiques).
DENOMINATEUR	Nombre de personnel de santé mentale, par catégorie professionnelle, travaillant dans ou pour des structures de santé mentale l'année dernière(#)
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Un jour de formation équivaut à 8 heures • Les exemples d'interventions psychosociales (non biologiques) sont les psychothérapies, les mesures de soutien social, le conseil, les activités de la rééducation, l'entraînement aux habilités sociales et interpersonnelles, et les traitements psycho-éducatifs. Exclure des interventions psychosociales : les entretiens d'admission, l'évaluation, et les rendez-vous de suivi pharmacologique • La formation continue inclut : la formation "dans le service" fournie par les structures aussi bien que "les crédits de la formation continue" fournis par les organismes professionnels

CRITERE 4.2.4	Formation continue pour le personnel de santé mentale sur la santé mentale de l'enfant et l'adolescent
DEFINITION	Proportion du personnel travaillant dans ou pour des structures de santé mentale ayant reçu au moins deux jours de formation continue l'année dernière sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. psychiatres 2. autres docteurs en médecine et non spécialistes en psychiatrie 3. infirmiers(es) 4. psychologues, travailleurs sociaux, et autres thérapeutes (ergothérapeutes...) 5. autres travailleurs de santé ou de santé mentale (IN = inconnu; NA= non applicable)
NUMERATEUR	Nombre de personnel de la santé mentale, par profession, travaillant dans les structures de santé mentale ayant reçu au moins deux jours de formation continue sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
DENOMINATEUR	Nombre de personnel de la santé mentale, par rôle profession, travaillant dans ou pour des structures de santé mentale l'année dernière(#)
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Un jour de formation équivaut à 8 heures • Les exemples de formation sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent incluent les formations sur l'évaluation et le traitement des troubles psychiatriques, des problèmes du développement, difficultés d'apprentissage, etc. • La formation continue inclut la formation "dans le service" fournie par les structures aussi bien que "les crédits de la formation continue" fournis par les organisations professionnelles

CRITERE 4.2.5	Psychiatres ayant émigrés vers d'autres pays
DEFINITION	Proportion de psychiatres ayant émigrés vers d'autres pays dans les 5 années qui ont suivies la fin de leur formation
MESURE	A= Aucun (0%) B = Très peu (1 - 20%) C = Quelques uns (21 - 50%) D = La majorité (51 - 80%) E = Tous ou la plupart (81 - 100%) IN = inconnu ; NA = non applicable [ex : aucun psychiatre n'a terminé sa formation durant les 5 dernières années]
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

THEME 4.3	Associations d'utilisateurs et associations de familles
DEFINITION	Effectifs et soutiens des associations d'utilisateurs et des associations de familles

CRITERE 4.3.1	Membres d'associations d'utilisateurs
DEFINITION	Nombre total d'utilisateurs membres d'associations d'utilisateurs
MESURE	Nombre ; IN = inconnu
REMARQUES	Eviter si possible, le double comptage d'associations et de membres (ex: des membres d'associations régionales pourraient également être membres d'associations nationales ou fédérales).

CRITERE 4.3.2	Membres d'associations de familles
DEFINITION	Nombre total de membres de familles qui adhèrent à des associations de familles
MESURE	Nombre ; IN = inconnu
REMARQUES	Eviter si possible, le double comptage d'associations de familles et de membres (ex: des membres d'associations régionales pourraient également être membres d'associations nationales ou fédérales).

CRITERE 4.3.3	Soutien économique gouvernemental pour les initiatives des utilisateurs
DEFINITION	Soutien économique apporté par le gouvernement pour favoriser les initiatives en

	santé mentale des associations d'usagers
MESURE	Y/N; IN = inconnu
REMARQUES	Inclure aussi bien les aides financières que les aides spécifiques (ex : usage régulier de locaux).

CRITERE 4.3.4	Soutien économique gouvernemental pour les initiatives des familles
DEFINITION	Soutien économique apporté par le gouvernement pour favoriser les initiatives en santé mentale des associations de familles
MESURE	O/N ; IN = inconnu
REMARQUES	Inclure aussi bien les aides financières que les aides spécifiques

THEME 4.4	Activités des associations d'usagers, de familles et des autres ONG
DEFINITION	Champs d'activités des associations d'usagers, des associations des familles et des autres ONG impliqués dans la santé mentale

CRITERE 4.4.1	Participation des associations d'usagers aux politiques, aux projets ou à la législation en santé mentale
DEFINITION	Implication des associations d'usagers dans la formulation ou l'application des politiques, des projets ou de la législation en santé mentale au cours des 2 dernières années
MESURE	O/N ; IN = inconnu ; NA = non applicable

CRITERE 4.4.2	Participation des associations de familles aux politiques, aux projets ou à la législation en santé mentale
DEFINITION	Implication des associations de familles dans la formulation ou l'application des politiques, des projets ou de la législation en santé mentale au cours des 2 dernières années
MESURE	O/N ; IN = inconnu ; NA = non applicable

CRITERE 4.4.3	Partenariat entre les services de santé mentale et les associations d'usagers
DEFINITION	Nombre de structures de santé mentale ayant eu un partenariat avec les associations des usagers au cours de l'année dernière
MESURE	A = Aucune interaction (0% des structures) B = Très peu de structures ont eu une interaction (1-20% des structures) C = Quelques structures ont eu une interaction (21-50% des structures) D = La majorité des structures ont eu une interaction (51-80% des structures) E = Toutes ou la plupart des structures ont eu une interaction (81-100% des structures) IN = inconnu ; NA= les associations d'usagers n'existent pas
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 4.4.4	Partenariat entre les services de santé mentale et les associations de familles
DEFINITION	Nombre de structures de santé mentale ayant eu un partenariat avec les associations de familles dans au cours de l'année dernière
MESURE	A = Aucune interaction (0% des structures) B = Très peu de structures ont eu une interaction (1-20% des structures) C = Quelques structures ont eu une interaction (21-50% des structures) D = La majorité des structures ont eu une interaction (51-80% des structures) E = Toutes ou la plupart des structures ont eu une interaction (81-100% des structures) IN = inconnu; NA= les associations de familles n'existent pas
NOTE	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur une meilleure évaluation indiquer

CRITERE 4.4.5	Participation des associations d’usagers aux activités de soutien et d’accompagnement, individuelles ou de groupe
DEFINITION	Nombre d’associations d’usagers participant à des activités de soutien et d’accompagnement individuelles ou de groupe (ex : conseils, logement, groupe d’entraide, etc.)
MESURE	Nombre ; IN = inconnu ; NA= non applicable

CRITERE 4.4.6	Participation des associations de familles aux activités de soutien et d’accompagnement individuelles ou de groupe
DEFINITION	Nombre d’associations de familles participant à des activités de soutien et d’accompagnement individuelles ou de groupe (ex : conseils, logement, groupe d’entraide, etc.)
MESURE	Nombre ; IN = inconnu ; NA= non applicable

CRITERE 4.4.7	Participation d’autres ONG aux politiques, à la législation ou la défense de la cause de la santé mentale.
DEFINITION	Nombre d’autres ONG impliquées dans les politiques, la législation, ou la défense de la cause de la santé mentale (advocacy).
MESURE	Nombre ; IN = inconnu ; NA= non applicable
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • « Autres ONG » fait référence aux organisations non-gouvernementales qui mènent des activités en rapport avec la santé mentale et emploient au moins un professionnel de santé mentale à plein temps. Les exemples de telles ONG peuvent inclure : les centres qui fournissent des soins aux victimes de viols ; les centres mobiles pour les personnes sans abris ; les centres spécialisés dans des troubles spécifiques ; les centres de réadaptation pour femmes battues. • La défense de la cause de la santé mentale (advocacy) fait référence aux actions visant à lutter contre les freins structurels et conjoncturels les plus importants, afin d’atteindre une santé mentale positive. Concrètement il s’agit de : l’amélioration des droits de l’homme des personnes malades mentales, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et la sensibilisation aux besoins et aux droits en matière de santé mentale de la population générale.

CRITERE 4.4.8	Participation des autres ONG aux activités de soutien et d’accompagnement individuelles ou de groupe
DEFINITION	Nombre d’autres ONG participant à des activités de soutien et d’accompagnement individuelles ou de groupe (ex : conseils, logement, groupe d’entraide, etc.)
MESURE	Nombre ; IN = inconnu ; NA= non applicable
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • « Autres ONG » fait référence à des organisations non gouvernementales – qui ne sont ni des associations d’usagers ni des associations de familles - qui mènent des activités en rapport avec la santé mentale et emploient au moins un professionnel en santé mentale à plein temps.. Les exemples de telles ONG peuvent inclure: les centres qui fournissent des soins aux victimes de viols ; les centres mobiles pour les personnes sans abris ; les centres spécialisés dans des troubles spécifiques ; les centres de réadaptation pour femmes battues.

DOMAINE 5

EDUCATION DU PUBLIC ET LIENS AVEC LES AUTRES SECTEURS

5.1	Campagne de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale
5.2	Relations avec les autres secteurs : collaboration officielle
5.3	Relations avec les autres secteurs : activités

THEME 5.1	Campagne de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale
DEFINITION	Spécification des activités, méthodes et populations cibles dans les campagnes de sensibilisation et d'éducation sur la santé mentale

CRITERE 5.1.1	Organismes coordonnateurs pour les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale
DEFINITION	Existence d'un organisme coordinateur (ex: comités, conseil, bureau) qui coordonne et supervise <i>les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public</i> sur la santé mentale et les troubles mentaux
MESURE	O/N; IN = inconnu

CRITERE 5.1.2	Agences de promotion des campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale
DEFINITION	Agences, institutions ou services qui promouvaient <i>les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public</i> sur la santé mentale et les troubles mentaux dans les 5 dernières années
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agences gouvernementales (ex: Ministère de la santé ou Département des services de santé mentale) (O/N; IN = inconnu) 2. ONG (O/N; IN = inconnu) 3. Associations professionnelles (O/N; IN = inconnu) 4. Entreprises privées ou fondations (O/N; IN = inconnu) 5. Agences internationales (O/N; IN = inconnu)

CRITERE 5.1.3	Populations cibles des campagnes de sensibilisation et d'éducation spécifique sur la santé mentale
DEFINITION	les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale ciblant la population générale et des groupes spécifiques de la population générale durant les 5 dernières années.
MESURE	<p>Campagnes ciblant:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La population générale (O/N; IN = inconnu). 2. Les enfants (O/N; IN = inconnu). 3. Les adolescents (O/N; IN = inconnu). 4. Les femmes (O/N; IN = inconnu). 5. Les survivants de traumatisme (O/N; IN = inconnu). 6. Les groupes ethniques (O/N; IN = inconnu). 7. D'autres groupes vulnérables ou des minorités (O/N; IN = inconnu).

CRITERE 5.1.4	Groupes professionnels cibles des campagnes de sensibilisation et d'éducation spécifique sur la santé mentale.
DEFINITION	<i>Les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public</i> sur la santé mentale

	ciblant des groupes professionnels en relation avec le secteur de la santé durant les 5 dernières années.
MESURE	<p>Campagnes ciblant:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les acteurs des soins de santé (conventionnel; moderne; allopathique) (O/N; NA= non applicable; IN = inconnu). 2. Le secteur complémentaire/ alternatif/ traditionnel (O/N; NA= non applicable; IN = inconnu). 3. Les enseignants (O/N; NA= non applicable; IN = inconnu). 4. Le personnel des services sociaux (O/N; NA= non applicable; IN = inconnu). 5. Les leaders d'opinion et les politiciens (O/N; NA= non applicable; IN = inconnu). 6. Autres groupes professionnels liés au secteur de la santé (O/N; NA= non applicable; IN = inconnu).

THEME 5.2	Relations avec les autres secteurs : collaboration officielle
DEFINITION	Collaboration officielle sous forme de lois, administration et programmes avec les (autres) secteurs de santé ou non, visant l'amélioration de la santé mentale.

CRITERE 5.2.1	Mesures législatives pour l'emploi
DEFINITION	Existence de mesures législatives concernant l'obligation légale pour les patrons d'embaucher un certain pourcentage d'employés handicapés
MESURE	<p>A = ce type de mesures législatives n'existent pas</p> <p>B = ces mesures législatives existent mais ne sont pas appliquées</p> <p>C = ces mesures législatives existent et sont appliquées</p>
REMARQUES	Ne tenir compte que des législations qui incluent les personnes avec un handicap psychique/mental (c-à-d., soit il y a législation spécifique qui concerne les handicapés psychiques/mentaux, soit la législation sur les handicapés inclut le handicap psychique/mental).

CRITERE 5.2.2	Mesures législatives contre la discrimination au travail
DEFINITION	Existence de mesures législatives concernant la protection contre la discrimination (rejet, salaires inférieurs) uniquement à cause du trouble mental
MESURE	<p>A = ce type de mesures législatives n'existent pas</p> <p>B = ces mesures législatives existent mais ne sont pas appliquées</p> <p>C = ces mesures législatives existent et sont appliquées</p>

CRITERE 5.2.3	Mesures législatives ou financières pour le logement
DEFINITION	Existence de mesures législatives ou financières concernant la priorité d'accès aux logements sociaux (publics et conventionnés) pour les personnes avec des troubles mentaux sévères
MESURE	<p>A = ce type de mesures législatives n'existent pas</p> <p>B = ces mesures législatives existent mais ne sont pas appliquées</p> <p>C = ces mesures législatives existent et sont appliquées</p>
REMARQUES	La définition du trouble mental sévère variera en fonction des pays et des situations. Dans la plupart des pays, le trouble mental sévère est lié à la schizophrénie, les autres psychoses, le trouble bipolaire et la dépression majeure.

CRITERE 5.2.4	Mesures législatives ou financières contre la discrimination dans le logement
DEFINITION	Existence de mesures législatives ou financières concernant la protection contre la discrimination dans l'allocation logement pour les personnes avec troubles mentaux sévères
MESURE	<p>A = ce type de mesures législatives n'existent pas</p> <p>B = ces mesures législatives existent mais ne sont pas appliquées</p>

	C = ces mesures législatives existent et sont appliquées
REMARQUES	La définition du trouble mental sévère variera en fonction des pays et des situations. Dans la plupart des pays, le trouble mental sévère est lié à la schizophrénie, les autres psychoses, le trouble bipolaire et la dépression majeure.

CRITERE 5.2.5	Programmes officiels de collaboration avec les agences/départements de santé ou autre
DEFINITION	Programmes officiels de collaboration abordant les besoins des personnes avec problèmes de santé mentale entre (a) le département/agence responsable de la santé mentale et (b) le département/agence responsable de: 1. Soins de santé primaire/santé publique 2. VIH/SIDA 3. Santé de la reproduction 4. Santé de l'enfant et de l'adolescent 5. Abus de substance 6. Protection de l'enfant 7. Education 8. Emploi 9. Logement 10. Social 11. Justice 12. Sujet âgé 13. Autres départements/agences (spécifiez dans la section commentaires)
MESURE	O/N; NA= non applicable
REMARQUES	Un programme officiel de collaboration est défini ici comme un programme qui implique (a) un accord écrit de collaboration et/ou (b) une activité collective ou publication.

THEME 5.3	Relations avec les autres secteurs : activités
DEFINITION	Ampleur des activités à l'extérieur du secteur de la santé mentale qui abordent les besoins des personnes avec des problèmes de santé mentale

CRITERE 5.3.1	Mesures pour l'emploi des personnes avec troubles mentaux sévères
DEFINITION	Mesures pour l'emploi des personnes avec troubles mentaux sévères, à travers des activités à l'extérieur de la structure de santé mentale
MESURE	Les usagers ont accès aux programmes qui fournissent un emploi à l'extérieur dans : A= aucune structure de santé (0%) B = peu de structure de santé (1 - 20%) C = quelques structure de santé (21 - 50%) D = la majorité des structures de santé (51 - 80%) E = toutes ou la plupart (81 - 100%) IN = inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> Exclure le travail dans des structures de santé mentale (par exemple : ateliers thérapeutiques) Dans le fichier entrée de données (a) indiquez la source de données ou (b) barrer la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure évaluation disponible.

CRITERE 5.3.2	Ecoles primaires et secondaires ayant des professionnels de santé mentale
DEFINITION	Proportion d'écoles primaires et secondaires avec un professionnel de santé mentale à plein temps ou à mi-temps (par exemple, psychologue, travailleur social, infirmière spécialisée en santé mentale)
MESURE	Proportion IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre total d'écoles primaires et secondaires avec un professionnel de santé mentale à plein temps ou à mi-temps (par exemple, psychologue, travailleur social, infirmière spécialisée en santé mentale)
DENOMINATEUR	Nombre total d'écoles primaires et secondaires

CRITERE 5.3.3	Activités de promotion et de prévention
DEFINITION	Activités scolaires pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux
MESURE	Des activités de promotion et de prévention sont fournies par: A= aucune écoles primaires et secondaires (0%) B = peu d'écoles primaires et secondaires (1%-20%) C = quelques écoles primaires et secondaires (21%-50%) D = plusieurs écoles primaires et secondaires (51%-80%) E = toutes ou la plupart des écoles primaires et secondaires (81%-100%) IN = inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités de promotion et de prévention incluent toutes les activités organisées visant à promouvoir la santé mentale et/ou prévenir l'incidence et la progression de troubles mentaux. Les exemples d'activités incluent celles qui visent à améliorer: (a) les compétences sociales, (b) la communication émotionnelle, (c) la gestion du stress et (d) les compétences pour faire face à l'adversité. • Dans le fichier entrée de données (a) indiquez la source de données ou (b) barrée la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 5.3.4	Activités d'information auprès des agents de police
DEFINITION	Agents de police ayant participé à des activités d'information en santé mentale dans les 5 dernières années
MESURE	A= aucun agent de police (0%) B = peu d'agents de police (1%-20%) C = quelques agents de police (21%-50%) D = plusieurs agents de police (51%-80%) E = tous ou la plupart des agents de police (81%-100%) IN = inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'information incluent : formations, rencontres éducatives, ou sessions pour l'acquisition de compétences pratiques • Dans le fichier entrée de données (a) indiquez la source de données ou (b) barrée la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 5.3.5	Activités d'information auprès des juges et des avocats
DEFINITION	Juges et avocats ayant participé à des activités d'information en santé mentale dans les 5 dernières années
MESURE	A= aucun juge et avocat (0%) B = peu de juges et avocats (1%-20%) C = quelques juges et avocats (21%-50%) D = plusieurs juges et avocats (51%-80%) E = tous ou la plupart des juges et avocats (81%-100%) IN = inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'information incluent : formations, rencontres éducatives ou sessions pour l'acquisition de compétences pratiques • Dans le fichier entrée de données (a) indiquez la source de données ou (b) barrée la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 5.3.6	Personnes en prison avec un diagnostic de psychose
DEFINITION	Pourcentage de prisonniers avec un diagnostic de psychose
MESURE	A = moins que 2% B = 2 - 5 % C = 6 - 10% D = 11 - 15% E = supérieur à 15% IN=inconnu, NA= non applicable
REMARQUES	Dans le fichier entrée de données (a) indiquez la source de données ou (b)

	barrée la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible
--	--

CRITERE 5.3.7	Personnes en prison avec un diagnostic de retard mental
DEFINITION	Pourcentage de prisonniers avec retard mental
MESURE	A = moins que 2% B = 2-5 % C = 6-10% D = 11-15% E = supérieur à 15% IN=inconnu, NA= non applicable
REMARQUES	Dans le fichier entrée de données (a) indiquez la source de données ou (b) barrée la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 5.3.8	Soins de santé mentale pour les prisonniers
DEFINITION	Prisons avec au moins un prisonnier par mois suivi par un professionnel de santé mental, soit à l'intérieur de la prison soit à l'extérieur dans la Cité.
MESURE	A = aucune prisons (0%) B = peu de prisons (1 - 20%) C = quelques prisons (21 - 50%) D = la majorité des prisons (51 - 80%) E = toutes ou la plupart des prisons (81 - 100%) IN = inconnu
REMARQUES	Dans le fichier entrée de données (a) indiquez la source de données ou (b) barrée la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 5.3.9	Allocations sociales
DEFINITION	Proportion de personnes qui reçoivent des allocations sociales à cause du handicap lié à leur trouble mental (handicap psychique)
NUMERATEUR	Nombre de personnes qui reçoivent des allocations sociales à cause du handicap lié à leur trouble mental (handicap psychique)
DENOMINATEUR	Nombre de personnes qui reçoivent des allocations sociales à cause du handicap lié à un trouble mental (handicap psychique) ou physique
MESURE	O/N; IN = inconnu; NA = non applicable (par exemple les avantages de l'invalidité n'existent pas pour tout type d'invalidité)
REMARQUES	Les allocations sociales sont des allocations provenant de fonds publics qui sont versées, en tant que droit légal, aux personnes ayant des conditions de santé qui réduisent sa capacité de fonctionnement. Elles sont souvent connues en tant que pensions d'invalidité.

DOMAINE 6

SURVEILLANCE ET RECHERCHE DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

6.1	Surveillance dans les services de santé mentale
6.2	Recherche en santé mentale

THEME 6.1	Surveillance des services de santé mentale
DEFINITION	Collectes et rapports en routine des données clés par les structures de la santé mentales

CRITERE 6.1.1	Outils officiels de collecte de données
DEFINITION	Il existe une liste officielle des données élémentaires qui doivent être recueillies par toutes les structures de santé mentale
MESURE	O/N ; IN = inconnu

ITEM 6.1.2	Systèmes d'information en santé mentale dans les hôpitaux psychiatriques
DEFINITION	Proportion d'hôpitaux psychiatriques collectant et compilant régulièrement les données par type d'information
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de lits 2. Nombres de patients hospitalisés 3. Nombre de jour d'hospitalisation 4. Nombre d'hospitalisations sans consentement (sous contrainte) 5. Nombre d'usagers ayant subit une contention physique ou un isolement 6. Diagnostics IN = inconnu ; NA = non applicable (ex : absence d'hôpitaux psychiatriques)
NUMERATEUR	Nombre d'hôpitaux psychiatriques collectant régulièrement les données (pour chaque type d'information)
DENOMINATEUR	Nombre total d'hôpitaux psychiatriques (#)
REMARQUES	Par collecte et compilation régulières des informations il faut comprendre que les données sont rassemblées, compilées, et sont disponibles à l'hôpital tout au long de l'année

CRITERE 6.1.3	Systèmes d'information en santé mentale dans les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité
DEFINITION	Proportion d'unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité collectant et compilant régulièrement les données par type d'information
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 7. Nombre de lits 8. Nombres de patients hospitalisés 9. Nombre de jour d'hospitalisation 10. Nombre d'hospitalisations sans consentement (sous contrainte) 11. Nombre d'usagers ayant subit une contention physique ou un isolement 12. Diagnostics IN = inconnu ; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre d'unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité collectant régulièrement les données (pour chaque type d'information)
DENOMINATEUR	Nombre total d'unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées

	dans la cité (#)
--	------------------

CRITERE 6.1.4	Systèmes d'information en santé mentale dans les structures ambulatoires de santé mentale
DEFINITION	Proportion de <i>structures ambulatoires de santé mentale</i> collectant et compilant régulièrement les données par type d'information
MESURE	1. Nombre d'usagers traités 2. Nombre d'usagers contactés 3. Diagnostics IN = inconnu ; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de <i>structures ambulatoires de santé mentale</i> collectant et compilant régulièrement les données (pour chaque type d'information)
DENOMINATEUR	Nombre total de <i>structures ambulatoires de santé mentale</i>
REMARQUES	Un contact en ambulatoire est une interaction (par exemple : une séance de thérapie, un premier entretien) impliquant un usager et un membre du personnel sur la base d'une consultation ambulatoire.

CRITERE 6.1.5	Transmission de données depuis une structure de santé mentale
DEFINITION	Proportion de structures de santé mentale ayant fourni des données au département de santé publique, au cours de l'année écoulée.
MESURE	1. Hôpitaux psychiatriques 2. Unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires / intégrées dans la cité 3. Structures ambulatoires de santé mentale IN = inconnu ; NA = non applicable
NUMERATEUR	Nombre de structures de santé mentale ayant transmis des données au département de santé publique au cours l'année dernière (pour chaque type de structure)
DENOMINATEUR	Nombre total de structures de santé mentale (pour chaque type de structure)

CRITERE 6.1.6	Rapport du ministère de la santé sur les services de santé mentale
DEFINITION	Nombre de rapports concernant des données de santé mentale par le ministère de la santé durant l'année dernière
MESURE	A= Aucun rapport B= Des rapports sur les données de santé mentale ont été publiées sans commentaires sur les données C= Des rapports sur les données de santé mentale ont été publiées avec des commentaires sur les données IN = inconnu

FACET 6.2	Recherche en santé mentale
DEFINITION	Importance et teneur de la recherche en santé mentale

CRITERE 6.2.1	Professionnels impliqués dans la recherche en santé mentale
DEFINITION	Professionnels de santé mentale travaillant dans les services de santé mentale qui dans les 5 dernières années ont été impliqués dans la recherche en santé mentale comme investigateur ou co-investigateur (y compris pour une thèse ou un mémoire) 1. <i>psychiatres</i> travaillant dans des services de santé mentale 2. <i>infirmier(e)s</i> travaillant dans des services de santé mentale 3. <i>psychologues</i> travaillant dans des services de santé mentale 4. <i>travailleurs sociaux</i> travaillant dans des services de santé mentale
MESURE	Pourcentage de professionnels impliqués pour chaque catégorie professionnelle : A = Aucun (0%)

	B = Très peu (1-20%) C = Quelques uns (21%-50%) D = La majorité (51%-80%) E = Tous ou la plupart (81%-100%) IN = inconnu
REMARQUES	Dans le fichier d'entrée de données (a) indiquer la source des données ou (b) cocher la case correspondante si la réponse est basée sur la meilleure estimation disponible

CRITERE 6.2.2	Proportion de la recherche en santé mentale dans l'ensemble de la recherche en santé
DEFINITION	Proportion de publications indexées portant sur la santé mentale dans les 5 dernières années
MESURE	Proportion ; IN = inconnu
NUMERATEUR	Nombre total de publications en santé mentale dans le pays ou la région dans les 5 dernières années identifiées sur PubMed
DENOMINATEUR	Nombre total de publications en santé dans le pays ou la région dans les 5 dernières années identifiées sur PubMed
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les études doivent avoir impliqué des correspondants du pays ou de la région. Les investigateurs peuvent être des chercheurs nationaux ou étrangers. • Le site web de PubMed: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

CRITERE 6.2.3	Types de recherche en santé mentale
DEFINITION	Types de recherche en santé mentale qui a été conduite dans les 5 dernières années
MESURE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etudes épidémiologiques dans des échantillons de population générale 2. Etudes épidémiologiques dans des échantillons cliniques 3. Evaluations cliniques non épidémiologiques/questionnaires sur les troubles mentaux 4. Recherche portant sur les services 5. Biologie et génétique 6. Politique, programmes, financements/économiques 7. Interventions psychosociales/interventions psychothérapeutiques 8. Interventions pharmacologiques, chirurgicales et électroconvulsives O/N ; IN = inconnu
REMARQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Les études doivent avoir impliquées des correspondants du pays ou de la région.. Les investigateurs peuvent être des chercheurs nationaux ou étrangers. • Inclure les recherches publiées dans la littérature "grise" (non publiée dans les journaux scientifiques), indexées en national ou international et journaux non-indexés, les rapports gouvernementaux, livres et (autres) monographies