

Les problèmes de santé mentale représentent une charge substantielle : une personne sur cinq en souffrirait à tout moment dans les pays de l'OCDE, et une personne sur deux au cours de sa vie (voir l'indicateur « Santé mentale » au chapitre 3). Selon les estimations, le coût total des problèmes de santé mentale représenterait entre 3,5 % et 4 % du PIB dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2018<sup>[1]</sup>). Des soins de qualité prodigués à temps peuvent améliorer les résultats et faire diminuer le nombre de suicides et la surmortalité chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

La qualité des soins revêt une importance cruciale pour les patients hospitalisés en raison de troubles psychiatriques ; les suicides de patients hospitalisés constituent des événements « rarissimes » dont il convient de tenir un compte rigoureux en ce qu'ils révèlent dans quelle mesure les établissements sont à même de protéger ces patients contre eux-mêmes. La plupart des pays déclarent des taux de suicide de patients hospitalisés inférieurs à 10 pour 10 000, mais le Danemark est une exception, avec des taux supérieurs à 10 pour 10 000 (Graphique 6.24). La prévention des suicides chez ces personnes passe par l'identification et la suppression des occasions de passer à l'acte, par l'évaluation du risque suicidaire et par un suivi et un traitement adaptés. Si le suicide de patients hospitalisés doit être considéré comme un événement rarissime, certaines pratiques qui réduisent le risque de suicide chez ces personnes, comme le recours à des mesures de contention, peuvent faire obstacle à la fourniture de soins de qualité.

Les taux de suicide après sortie de l'hôpital peuvent servir d'indicateurs de la qualité des soins dans le secteur extrahospitalier, mais aussi de la coordination entre le milieu hospitalier et non hospitalier. Dans les pays de l'OCDE, les taux de suicide des patients hospitalisés au cours de l'année précédente étaient de seulement 10 pour 10 000 en Islande et au Royaume-Uni, mais supérieurs à 50 pour 10 000 aux Pays-Bas, en Slovaquie et en Lituanie (Graphique 6.25). Les patients atteints d'une maladie psychiatrique sont particulièrement à risque juste après leur sortie de l'hôpital, mais l'on sait qu'il est possible d'atténuer le risque, élevé, de suicide dans les jours qui suivent une sortie d'hôpital par une préparation et un accompagnement appropriés, et par un renforcement des soins au cours de la période qui la suit immédiatement.

Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique affichent un taux de mortalité plus élevé que la population globale. Un taux de surmortalité supérieur à 1 signifie que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès supérieur au reste de la population. Le Graphique 6.26 illustre le taux de surmortalité due à la schizophrénie et aux troubles bipolaires, qui est supérieur à 2 dans la plupart des pays. Pour réduire le taux élevé de mortalité des personnes atteintes de troubles mentaux, une approche multidimensionnelle s'impose, qui conjugue des programmes de prévention primaire des problèmes de santé physique, une meilleure intégration des soins de santé physique et mentale, des interventions comportementales et un changement d'attitude du personnel spécialisé (OCDE, 2014<sup>[3]</sup>).

Les expériences vécues par les patients peuvent aussi faire la lumière sur la qualité des soins prodigués aux personnes chez qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les patients chez qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué ont moins tendance à déclarer avoir été traités avec courtoisie et respect par les médecins et le personnel infirmier pendant leur hospitalisation que les patients hospitalisés chez qui aucun problème de santé mentale n'a été diagnostiqué

(Graphique 6.27). De plus, dans plusieurs pays, dont l'Australie, la Suède et la France, les personnes chez qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué risquent davantage d'avoir reçu des informations contradictoires de la part des différents professionnels de santé (chapitre 2). Cela tend à montrer qu'il existe une marge d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux.

#### Définition et comparabilité

L'indicateur du suicide de patients hospitalisés est composé d'un dénominateur représentant les patients sortis de l'hôpital avec un diagnostic primaire ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire correspondant aux troubles mentaux et du comportement (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), et d'un numérateur représentant ces patients sortis avec un code correspondant au « suicide » (codes CIM-10 : X60-X84). Les données doivent être interprétées avec prudence compte tenu du très petit nombre de cas. Les taux communiqués peuvent varier dans le temps. Aussi, lorsque cela était possible, on a calculé une moyenne sur trois ans pour conférer une plus grande stabilité à l'indicateur, hormis pour la Nouvelle-Zélande.

Le taux de suicide dans les 30 jours et dans l'année suivant la sortie de l'hôpital est établi par le couplage, d'une part, des sorties après hospitalisation avec un diagnostic primaire ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire correspondant aux troubles mentaux et du comportement (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99) et, d'autre part, des suicides inscrits dans les registres de décès (codes CIM-10 : X60-X84).

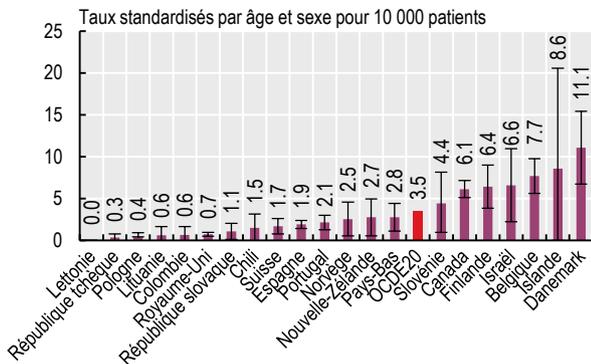
S'agissant des indicateurs de surmortalité, le numérateur représente le taux de mortalité global des personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou des troubles bipolaires ont été diagnostiqués. Le dénominateur représente le taux de mortalité global de la population générale du même groupe d'âge. Le nombre relativement faible de personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires qui décèdent au cours d'une année donnée peut se traduire par des variations sensibles d'une année sur l'autre, c'est pourquoi des moyennes sur trois ans ont été présentées.

Pour obtenir des informations sur le suivi de l'expérience des patients, voir « l'Enquête internationale 2016 du Fonds des *Commonwealth* sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes ». Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de l'hétérogénéité des échantillons nationaux tant dans leur nature qu'en termes de taille.

#### Références

- [1] OCDE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris/Union européenne, Bruxelles, [https://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en).
- [2] OCDE (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.

Graphique 6.24. **Suicide chez les patients hospitalisés atteints d'un trouble psychiatrique, 2015-17 (ou année la plus proche)**

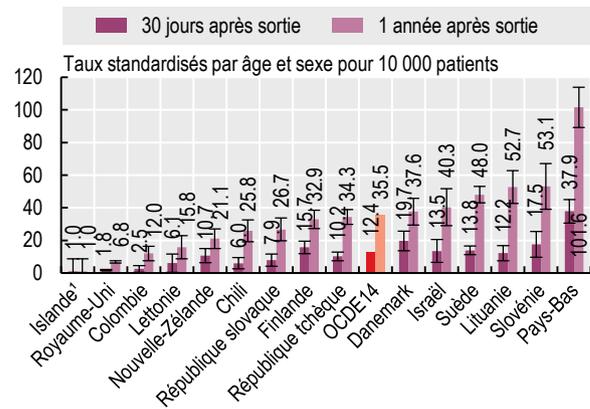


Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068914>

Graphique 6.25. **Suicide après une hospitalisation pour troubles psychiatriques, dans les 30 jours et l'année suivant la sortie d'hôpital, 2017 (ou année la plus proche)**

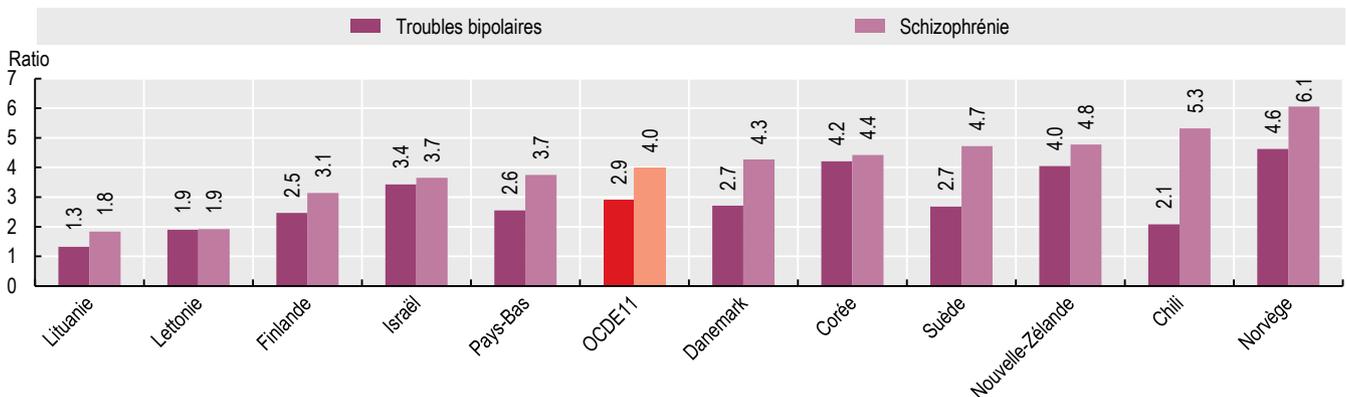


Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Moyenne sur trois ans pour l'Islande.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068933>

Graphique 6.26. **Surmortalité due aux troubles bipolaires et à la schizophrénie, 2015-17**

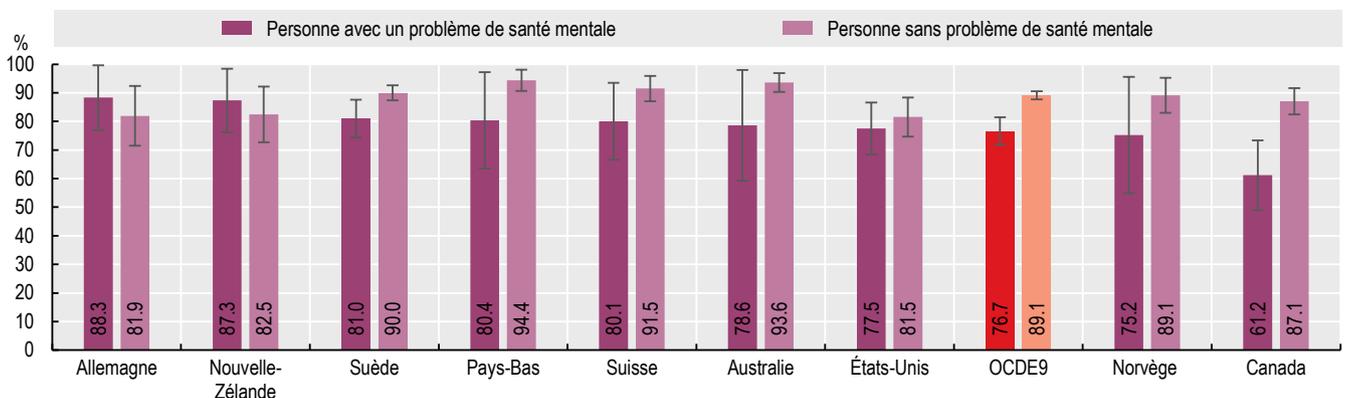


Note : Les données représentent une moyenne sur trois ans, hormis pour les Pays-Bas (moyenne sur deux ans).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068952>

Graphique 6.27. **Pourcentage de personnes traitées avec courtoisie et respect par les médecins et le personnel infirmier pendant leur hospitalisation, 2016**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source : Fonds du Commonwealth, Enquête internationale sur les politiques de santé (2016).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068971>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2019**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2019), « Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/15a153c6-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :  
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.