

La charge de la maladie mentale est considérable, touchant une personne sur deux à un moment de leur vie (voir l'indicateur « Santé mentale » au chapitre 3). Depuis le début de la crise du COVID-19, les niveaux de souffrance psychique ont augmenté, et la prévalence de l'anxiété et de la dépression a même doublé dans certains pays (OCDE, 2021[39]). Les coûts économiques associés aux troubles mentaux représentent plus de 4.2 % du produit intérieur brut (PIB) ; si certains découlent directement des traitements, d'autres sont liés indirectement à la baisse des taux d'emploi et à la réduction de la productivité (OCDE, 2021[40]). 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.

Les données sur la qualité et les résultats des soins mettent en évidence des insuffisances en matière de continuité des soins et des difficultés persistantes à améliorer les résultats, notamment en ce qui concerne les personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale. Le suicide de patients hospitalisés est un événement qui ne devrait jamais se produire et devrait être suivi de près comme indicateur de la capacité des établissements à assurer la sécurité des patients contre de tels dangers. La plupart des pays signalent des taux de suicide des patients hospitalisés inférieurs à 6 pour 10 000 patients, mais le Danemark, la Belgique, Israël et le Canada font figure d'exceptions (Graphique 6.28). Il est possible que les taux élevés de ces pays tiennent, en partie, à des différences en matière de nature des cas (c'est-à-dire de gravité des troubles dont sont atteints les patients qui sont traités en milieu hospitalier) ou aux délais d'attente d'un traitement ambulatoire des patients ayant des problèmes complexes.

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 chez les patients hospitalisés au cours de l'année précédente allaient de 7 pour 10 000 en Islande à près de 100 pour 10 000 aux Pays-Bas (Graphique 6.29).

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 6.30 illustre le taux de surmortalité due à la schizophrénie et aux troubles bipolaires, qui est supérieur à 2 dans la plupart des pays. En 2017-19, la surmortalité allait de 1.8 en Lituanie à 5.3 au Chili chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Les paramètres rapportés par les patients peuvent aider à appréhender la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux (de Bienassis et al., 2021[41]). Ces paramètres sont de plus en plus utilisés dans le cadre des soins de santé mentale pour rendre compte de l'expérience des services de santé vécue par les personnes et pour exposer la vision qu'ils ont de leur état de santé et de la façon dont cette vision a pu évoluer au cours du traitement. Le Graphique 6.31 indique si les usagers des services de soins de santé mentale hospitaliers et extrahospitaliers ont l'impression que les prestataires de soins les ont traités avec courtoisie et respect. Bien que le champ des données incluses varie des sites individuels aux enquêtes nationales, ce graphique illustre une adoption accrue des efforts nationaux et infranationaux pour recueillir des informations sur le vécu des patients quant aux systèmes de soins de santé mentale (de Bienassis et al., 2021[41] ; OCDE, à paraître[42]).

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 a été possible, une moyenne sur trois ans a été calculée pour conférer une plus grande stabilité à l'indicateur.

Le taux de suicide dans l'année qui suit 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).

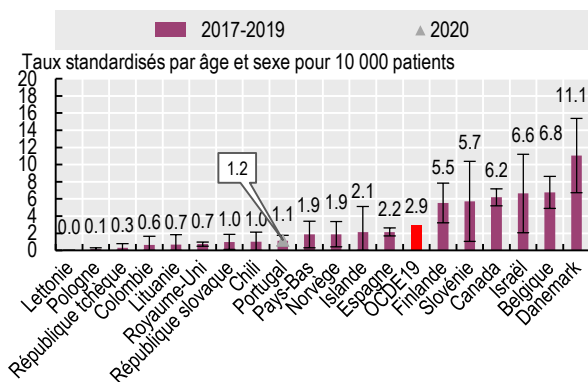
S'agissant des indicateurs de surmortalité, le numérateur représente le taux de mortalité global des personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou des troubles bipolaires ont été diagnostiqués. Le dénominateur représente le taux de mortalité global de la population générale du même groupe 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 sont présentées.

Les mesures de l'expérience déclarées par les patients (PREM) en matière de santé mentale sont basées sur l'évaluation des usagers des services de santé mentale hospitaliers et extrahospitaliers menée à l'aide des domaines recommandés par le groupe de travail PaRIS sur la santé mentale. Les différences en matière de collecte de données d'un site à l'autre et d'un pays à l'autre, y compris les différences en ce qui concerne l'identification des populations de patients, le nombre total de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, la structure et la mise en œuvre du questionnaire ainsi que le calquage des activités d'enquête existantes sur les domaines recensés, peuvent influencer sur les taux calculés (de plus amples informations sont disponibles dans le document de l'OCDE (à paraître[42])). En Australie, les différences entre les services de santé mentale publics et les services de santé mentale privés en ce qui concerne l'instrument d'enquête, la méthodologie d'échantillonnage, la composition du groupe de patients, la gamme de services et la méthodologie de calcul peuvent avoir une incidence sur les scores d'expérience globaux. La comparaison directe entre les services privés et les services publics n'est pas recommandée. En outre, la comparaison directe entre les pays doit être effectuée avec prudence, car la taille de l'échantillon ainsi que les facteurs ci-dessus sont très variables.

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux

Graphique 6.28. **Suicide chez les patients hospitalisés atteints d'un trouble psychiatrique, 2017-19 (ou année la plus proche) et 2020**

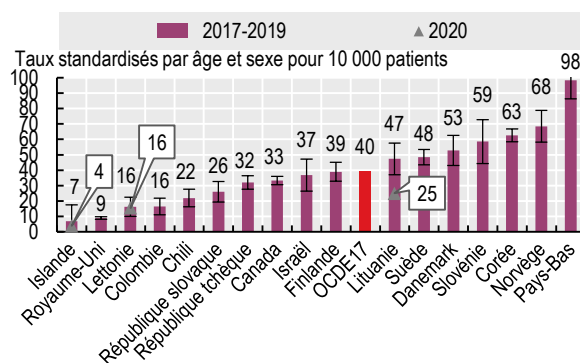


Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. Moyenne sur trois ans sauf pour la Lituanie, la Pologne et la République slovaque (moyenne sur deux ans).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/4yus83>

Graphique 6.29. **Suicide après une hospitalisation pour troubles psychiatriques, dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital, 2017-19 (ou année la plus proche) et 2020**

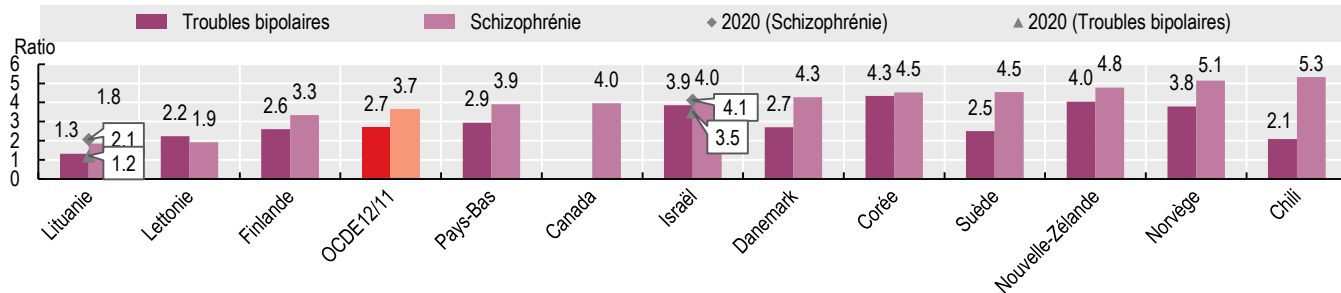


Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. Moyenne sur trois ans sauf pour le Canada et la Norvège (moyenne sur deux ans).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/tmer6h>

Graphique 6.30. **Surmortalité due aux troubles bipolaires et à la schizophrénie, 2017-19 (ou année la plus proche) et 2020**

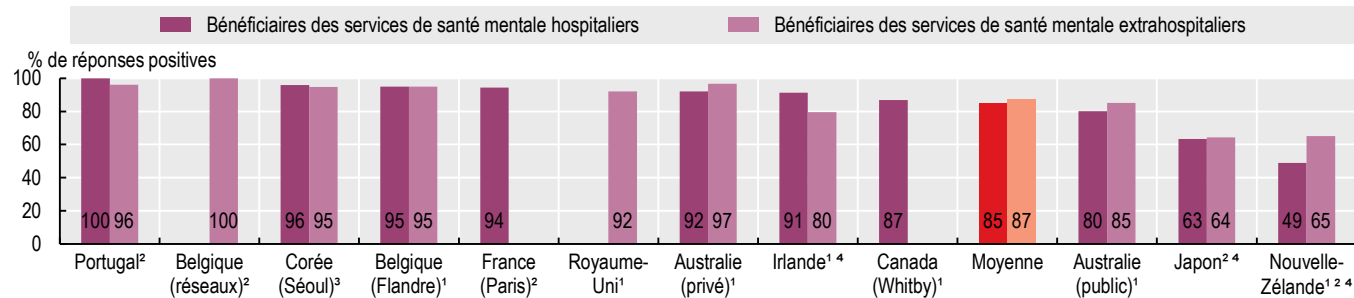


Note : Pays-Bas : schizophrénie et autres troubles psychotiques ; troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur (troubles dépressifs non compris).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/8rudwz>

Graphique 6.31. **Part des usagers des services de santé mentale hospitaliers et extrahospitaliers qui ont été traités avec courtoisie et respect par les prestataires de soins, 2021 (ou année la plus proche)**



1. Informations calquées sur le programme d'enquête existant. 2. Taille de l'échantillon comprise entre 100 et 500. 3. Taille de l'échantillon inférieure à 100. 4. Sondage en ligne.

Source : Collecte de données pilote PaRIS sur la santé mentale 2020-21.

StatLink <https://stat.link/dl5tc3>



Extrait de :
Health at a Glance 2021
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2021), « Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/37b1a243-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>.