

## 6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

### Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale représentent une charge substantielle : une personne sur quatre 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 ; OCDE, 2014a). Des soins de qualité prodigués en temps opportun peuvent améliorer les résultats et faire diminuer le nombre de suicides et la surmortalité chez les individus atteints de troubles psychiatriques.

La qualité des soins revêt une importance cruciale pour les patients hospitalisés en raison de troubles psychiatriques ; les suicides constituent des événements sentinelles 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. Le graphique 6.29 présente les taux de suicide de patients rapportés à l'ensemble des admissions en hôpital psychiatrique. Tous les pays déclarent des taux inférieurs à 1 pour 1 000 à l'exception du Costa Rica, des Pays-Bas, du Danemark et d'Israël. 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.

Le taux de suicide après sortie de l'hôpital peut servir d'indicateur de la qualité des soins dans la collectivité et de la coordination entre les milieux hospitaliers et communautaires. Le taux de suicide des patients hospitalisés au cours de l'année précédente atteint à peine 1 pour 1 000 au Royaume-Uni, mais pas moins de 5 pour 1 000 aux Pays-Bas et en Lituanie (graphique 6.30). Le Danemark a également des taux de suicide élevés, mais cela peut penser que les patients hospitalisés ont des troubles psychiatriques plus sévères que les autres pays. Les patients atteints de troubles psychiatriques plus légers sont habituellement traités dans des milieux ambulatoires.

Les patients atteints d'une maladie psychiatrique sont exposés à un risque particulièrement élevé juste après leur sortie de l'hôpital. Dans la plupart des pays, plus d'un quart des suicides enregistrés dans l'année suivant la sortie de l'hôpital interviennent au cours du premier mois, et pas moins de la moitié en Nouvelle-Zélande et en Suède. 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 (OCDE, 2014a).

Les personnes atteintes de maladies psychiatriques affichent un taux de mortalité plus élevé que la population globale. Un chiffre de surmortalité supérieur à 1 signifie que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès supérieur au reste de la population. Les graphiques 6.31 et 6.32 présentent la surmortalité pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, qui est supérieure 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, une meilleure intégration des soins de santé physique et mentale, des interventions comportementales et un changement d'attitude du personnel spécialisé. Pour améliorer la qualité des soins dispensés à ces personnes, ces mesures peuvent être évaluées à intervalles réguliers. La

Suède, par exemple, tient le compte des soins curatifs en milieu hospitalier dispensés à des patients atteints de troubles psychiques et dont on aurait pu faire l'économie si les soins primaires et/ou la prévention primaire ou secondaire avaient été suffisants (OCDE, 2014a ; OCDE, 2014b).

#### 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 principal ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire de troubles mentaux et comportementaux (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 précaution 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 les 30 jours et dans l'année suivant la sortie de l'hôpital est établi en mettant en relation d'une part, les sorties après hospitalisation avec un diagnostic principal ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire de troubles mentaux et comportementaux (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), d'autre part les suicides inscrits dans les registres de décès (codes CIM-10 : X60-X84). En cas d'admissions multiples pendant l'année de référence, la période de suivi débute à partir de la dernière sortie.

S'agissant des indicateurs de surmortalité, le numérateur est le taux de mortalité global pour les personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou des troubles bipolaires ont été diagnostiqués. La plupart des pays utilisent des données de registre. Le dénominateur est le taux de mortalité global de la population 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 deux ou trois ans ont été présentées.

Les données ont été standardisées selon l'âge et le sexe sur la base de la structure de la population de l'OCDE en 2010, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

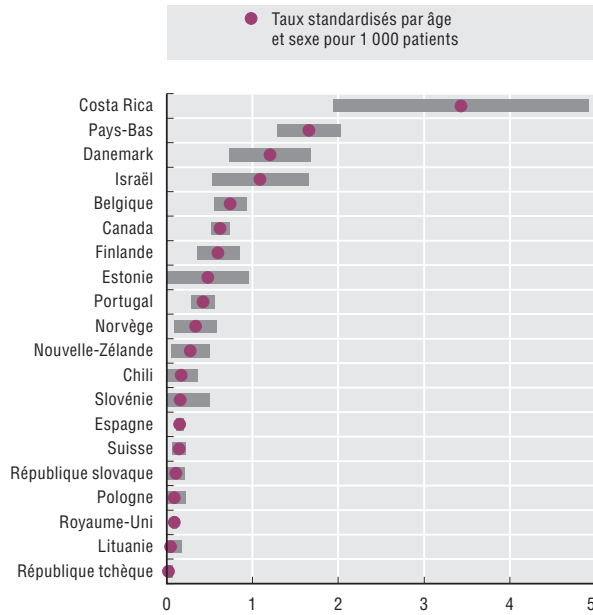
#### Références

- OCDE (2014a), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- OCDE (2014b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>.

## 6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

### Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux

Graphique 6.29. **Suicide parmi les patients hospitalisés avec un trouble psychiatrique, 2014 (ou année la plus proche)**

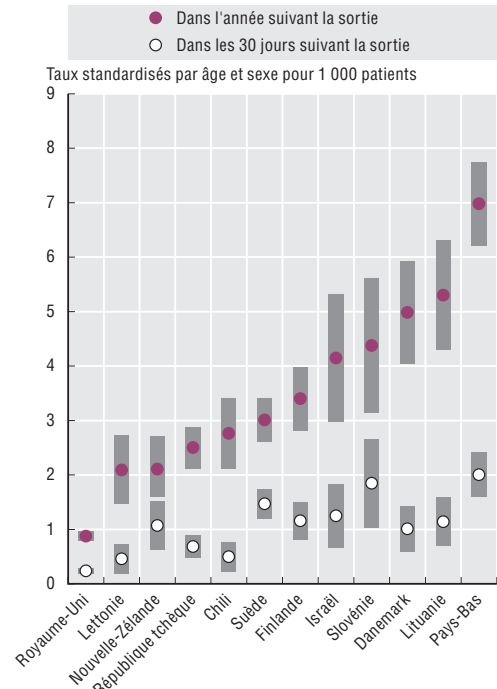


Note : Moyenne sur plusieurs années selon disponibilité des données. Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608371>

Graphique 6.30. **Suicide après une hospitalisation pour un trouble psychiatrique, dans les 30 jours et l'année suivant la sortie, 2015 (ou année la plus proche)**

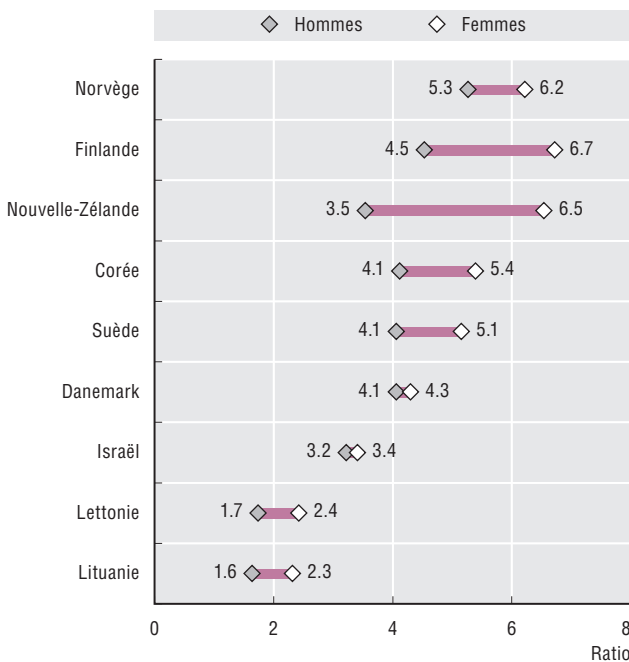


Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608390>

Graphique 6.31. **Surmortalité due à la schizophrénie, 2014**

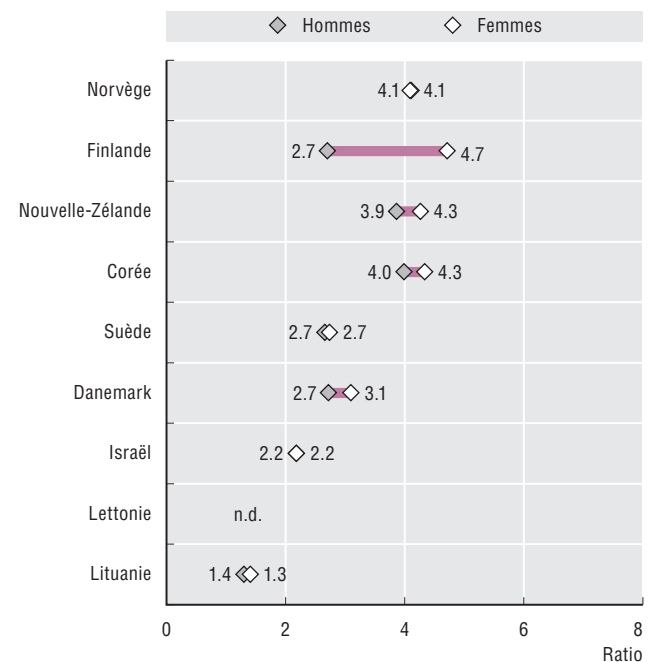


Note : Moyenne sur trois ans pour tous les pays.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608409>

Graphique 6.32. **Surmortalité due au trouble bipolaire, 2014**



Note : Moyenne sur trois ans pour tous les pays.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608428>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2017**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

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

OCDE (2017), « Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux », dans *Health at a Glance 2017 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-39-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-39-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 et toute carte 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.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).