

5.6. Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale sont courants, et la schizophrénie et les troubles bipolaires sont parmi les dix premières causes d'années perdues en raison d'incapacité au niveau mondial (OMS, 2001).

Les soins de santé mentale sont devenus une priorité des pouvoirs publics dans beaucoup de pays de l'OCDE au cours des dernières décennies, en même temps qu'avaient lieu des changements importants dans la fourniture des services, notamment pour les troubles graves comme la schizophrénie et les troubles bipolaires. Avec la désinstitutionnalisation à partir des années 70, les soins ont été transférés des grands hôpitaux psychiatriques vers des soins de proximité. Paradoxalement, il est devenu plus difficile, du fait de cette évolution, d'analyser les soins de santé mentale au niveau de la population, étant donné que peu de pays ont une infrastructure d'information de santé qui permette de suivre les patients à travers une variété de fournisseurs de soins.

Les taux de réadmissions à l'hôpital non programmées servent couramment d'indicateur de l'insuffisance de la coordination des soins après un séjour en hôpital pour des troubles psychiatriques. Des durées d'hospitalisation plus longues, une programmation appropriée des sorties, et des consultations de suivi après la sortie contribuent à diminuer le nombre de réadmissions, ce qui indique que les taux de réadmission reflètent le fonctionnement global des services de santé mentale, non seulement la qualité des soins hospitaliers (Lien, 2002). Les taux de réadmission à l'hôpital à 30 jours font partie des systèmes de suivi des performances en matière de santé mentale dans de nombreux pays, comme la Care Quality Commission au Royaume-Uni et le National Mental Health Performance Monitoring System aux États-Unis.

Le graphique 5.6.1 montre les variations du taux de réadmissions non programmées pour la schizophrénie. Les pays nordiques se situent en haut de l'échelle et la République slovaque, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie en bas. La répartition des taux de réadmissions pour les troubles bipolaires (graphique 5.6.2) est très similaire, avec les pays nordiques très au-dessus de la moyenne de l'OCDE. La plupart des pays ont des taux de réadmissions similaires pour les hommes et pour les femmes. Toutefois, les hommes ont des taux plus élevés en Italie tandis que les femmes sont plus fréquemment réadmisées au Canada et au Danemark. En ce qui concerne les patients souffrant de troubles bipolaires, les femmes ont des taux de réadmissions plus élevés en Finlande, en Suède, en Irlande, au Canada et en Belgique. Ces chiffres peuvent indiquer des différences dans les comportements de recours aux soins ou dans la gestion liées au sexe du patient.

Les facteurs relatifs à l'offre comme la disponibilité de lits d'hôpitaux (psychiatriques et totaux), le profil des établissements d'hospitalisation (pourcentage des soins dans des hôpitaux psychiatriques ou des hôpitaux généraux)

ne peuvent expliquer les différences des taux de réadmissions. La durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires ne semble pas associée aux variations des taux de réadmissions. Des approches différentes à l'égard de la gestion des crises peuvent partiellement expliquer les variations. Par exemple, des pays ayant des taux de réadmissions relativement bas, comme le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie, utilisent des « équipes de crise » locales pour stabiliser les patients à l'extérieur de l'hôpital. D'autres pays ayant des taux élevés, comme la Finlande et le Danemark, appliquent des protocoles de soins intermittents avec une hospitalisation des patients instables pour de courtes périodes. Alors que l'on s'accorde généralement à penser que les soins de proximité sont préférables à une hospitalisation quand c'est possible, dans certains pays la pratique semble évoluer vers la complémentarité ou le remplacement des dispositifs de proximité par des soins en hôpital. En l'absence d'une mesure de résultats comparables entre les pays, les avantages de cette autre approche sont difficiles à évaluer. Un renforcement des systèmes d'information en matière de santé mentale pourrait permettre d'obtenir ce type d'informations.

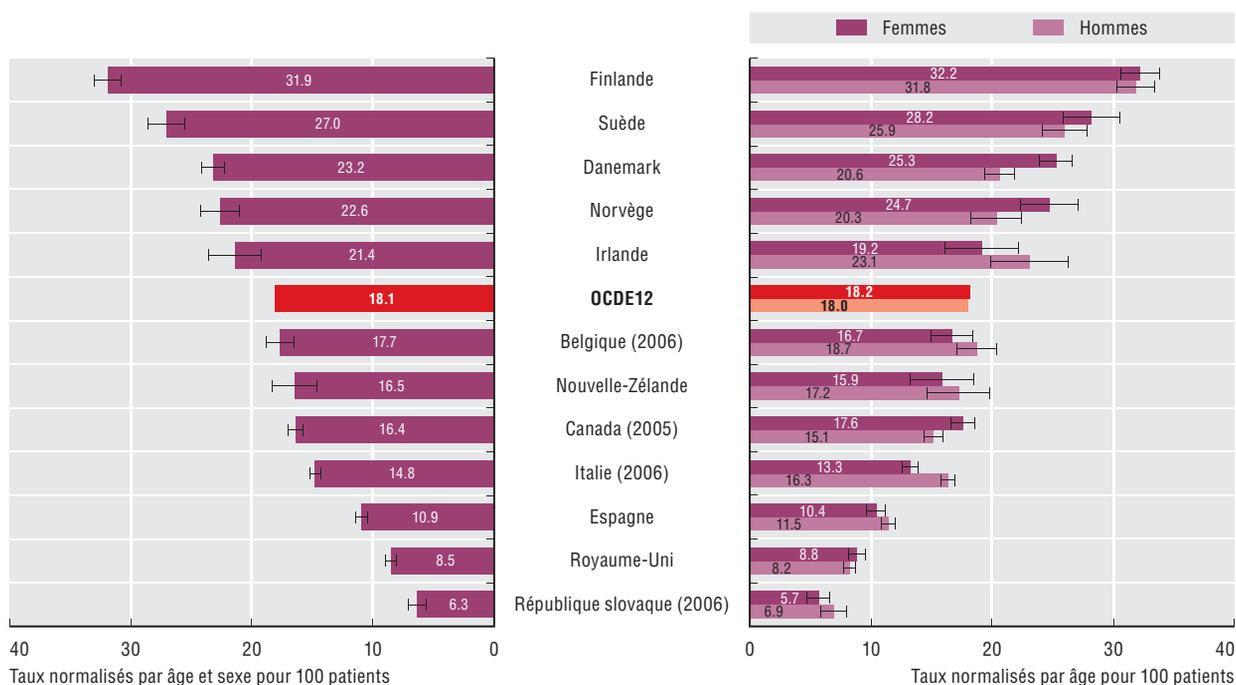
Définition et écarts

L'indicateur correspond au nombre annuel de réadmissions non programmées pour 100 patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires. Le dénominateur comprend tous les patients ayant au moins une admission dans l'année pour l'affection considérée. Une réadmission est considérée comme non programmée quand le patient est admis pour un trouble mental quelconque dans le même hôpital dans les 30 jours qui suivent la sortie. Les admissions d'un jour (moins de 24 heures) sont exclues.

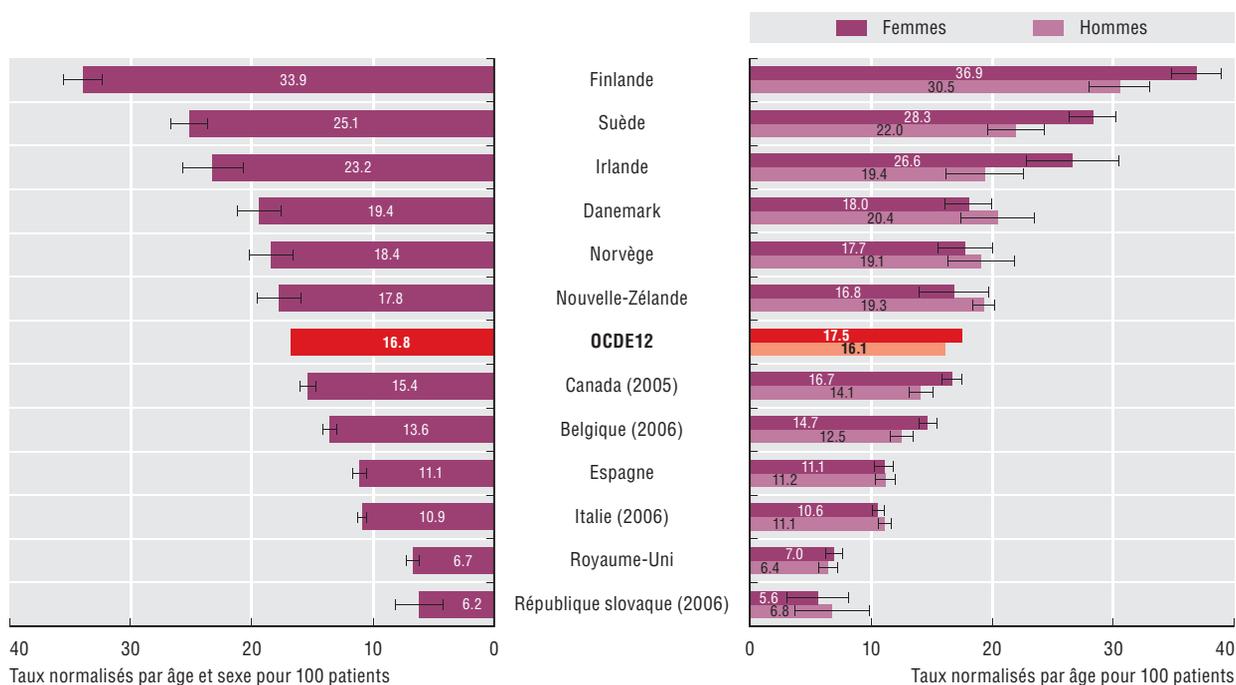
Dans de nombreux pays, du fait de l'absence d'identifiants uniques de patient, il n'est pas possible de suivre les patients entre les établissements. Les taux sont donc minorés étant donné qu'on ne peut observer les réadmissions dans un établissement différent. Toutefois, une analyse des données de huit pays qui ont été capables d'estimer les taux de réadmissions dans le même hôpital ou dans un autre hôpital a montré que les taux basés sur ces deux spécifications différentes étaient étroitement corrélés et que le classement des pays était similaire, ce qui laisse penser que les réadmissions dans le même hôpital constituent une approximation valable.

5.6. Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux

5.6.1 Réadmissions non programmées dans un même hôpital pour schizophrénie, 2007



5.6.2 Réadmissions non programmées dans un même hôpital pour troubles bipolaires, 2007



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par I—I.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/722355208821>



Extrait de :
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2009), « Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-53-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. 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 ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.