

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

Le poids des maladies mentales est considérable : elles représentent entre 3 et 16 % des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE. Les troubles graves comme la schizophrénie et les troubles bipolaires sont parmi les dix principales causes d'années perdues en raison d'incapacité au niveau mondial (OMS, 2008b).

Les soins de santé mentale sont devenus une priorité des pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE en même temps que se produisaient des changements spectaculaires dans l'offre de services de santé mentale. Depuis les années 70, avec la désinstitutionnalisation et le développement des médicaments utilisés en psychiatrie moderne, les soins ont été transférés des grands hôpitaux psychiatriques vers des unités de soins intégrées de proximité impliquant une équipe pluridisciplinaire. À côté des traitements, l'accent a été mis également sur la prévention, la réadaptation et l'insertion sociale. Paradoxalement, cette évolution a rendu plus difficile le suivi des soins de santé mentale car peu de pays ont une infrastructure d'information de santé qui permette de suivre les patients à travers les différents parcours de soins.

Les patients souffrant de troubles mentaux graves continuent de recevoir des soins spécialisés à l'hôpital mais si un suivi approprié et coordonné est assuré après leur sortie les patients ne sont généralement pas réadmis à l'hôpital dans les 30 jours. Dans le cadre du suivi de la qualité des soins de santé mentale, les taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours sont utilisés dans de nombreux pays comme le Canada (Institut canadien d'information sur la santé), le Royaume-Uni (Care Quality Commission) et les États-Unis (National Mental Health Performance Monitoring System).

Les taux de réadmissions non programmées pour schizophrénie varient grandement d'un pays à l'autre : les pays nordiques et la Pologne se situent en haut de l'échelle et la République slovaque et le Royaume-Uni en bas de l'échelle (graphique 5.7.1). Le schéma des taux de réadmission pour troubles bipolaires (graphique 5.7.2) est similaire, les pays nordiques et la Pologne affichant les taux les plus élevés. La plupart des pays ont des taux similaires pour les hommes et pour les femmes pour ces deux types de troubles mentaux.

Les systèmes de soins de santé mentale se sont développés selon des modèles différents d'organisation et de prestation de soins. Certains pays, comme l'Italie, la Norvège et le Royaume-Uni, utilisent des « équipes de crise » locales pour stabiliser les patients en dehors de l'hôpital, alors que le Canada et les États-Unis mettent aussi l'accent sur les prestations de soins de santé mental communautaire. D'autres pays tels que le Danemark et la Finlande, appliquent des protocoles de soins intermittents avec une hospitalisation des patients instables pendant de courtes périodes. Des pays comme le Danemark sont également proactifs dans l'identification des patients ayant besoin de soins par des équipes mobiles assurant un suivi après la sortie d'hôpital, ce qui conduit probablement à des taux élevés de réadmissions. Des pays comme le Canada et le Royaume-Uni

adoptent aussi une approche centrée sur les patients qui sont impliqués dans l'élaboration d'un plan de soins et de services, ce qui peut également avoir des conséquences sur les taux de réadmission.

La réadmission non programmée n'est qu'une approche de la mesure de la qualité des systèmes de soins de santé mentale et le développement ultérieur par l'OCDE d'indicateurs dans des domaines tels que les traitements, la continuité et la coordination des soins peuvent contribuer à une compréhension meilleure et plus complète de la performance des systèmes de soins de santé mentale dans les pays.

Définitions et comparabilité

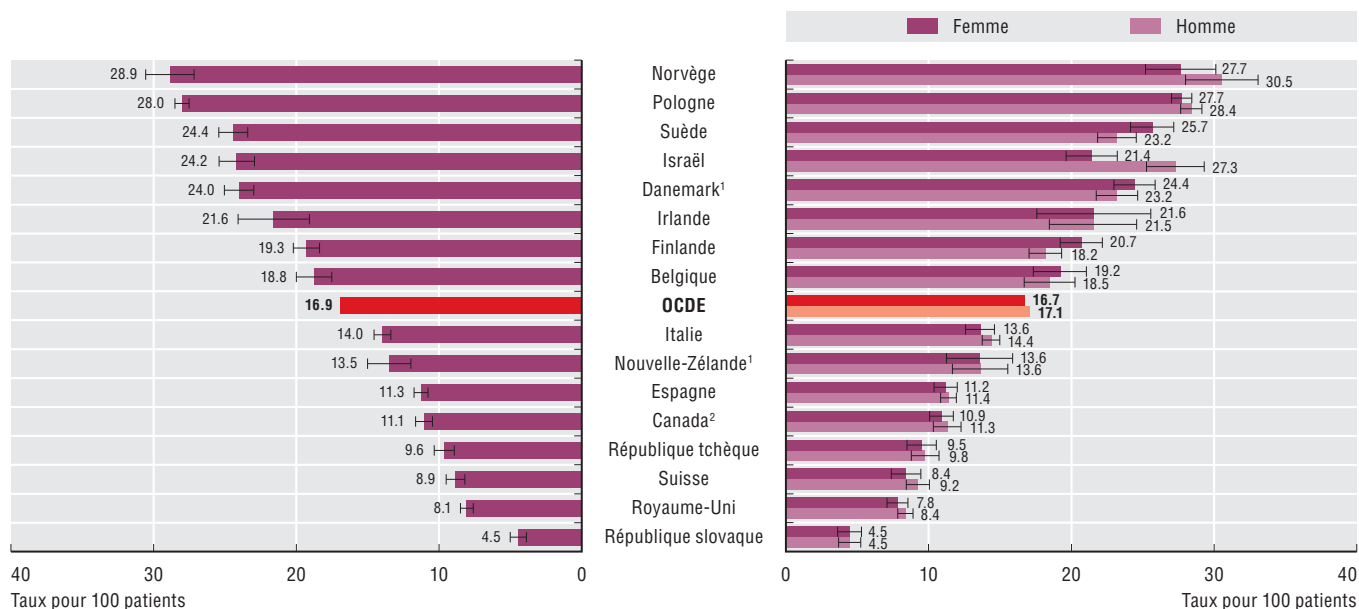
Peu de registres administratifs font la distinction entre réadmissions non programmées et programmées. L'indicateur correspond au nombre de réadmissions non programmées pour 100 patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires. Le dénominateur comprend tous les patients ayant au moins une admission dans l'année pour l'affection considérée. Une réadmission est considérée comme non programmée lorsque le patient est admis pour un trouble mental quelconque dans le même hôpital dans les 30 jours suivant sa sortie. Les admissions d'un jour (moins de 24 heures) ne sont pas prises en compte. Les données ont été normalisées selon l'âge et le sexe sur la base de la structure de la population de l'OCDE en 2005, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

Dans de nombreux pays, du fait de l'absence d'identifiant unique des patients, il n'est pas possible de suivre les patients d'un hôpital à l'autre. Les taux sont donc minorés étant donné qu'on ne peut observer les réadmissions dans un hôpital différent. Toutefois, une analyse des données de 11 pays qui ont été capables d'estimer les taux de réadmission dans le même hôpital ou dans un autre hôpital montre que les taux basés sur ces deux spécifications différentes étaient étroitement corrélés et que la classification des pays était similaire (excepté pour la République tchèque), ce qui donne à penser que les réadmissions dans le même hôpital peuvent être utilisées comme une approximation valable.

Les spécifications des codes ICD des réadmissions à l'hôpital pour troubles bipolaires ont changé depuis la dernière collecte de données, de sorte qu'une comparaison directe avec les données publiées précédemment n'est pas possible.

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

5.7.1 Réadmissions dans le même hôpital pour schizophrénie, 2009 (ou année la plus proche)



Note : Les taux sont normalisés par âge et 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.

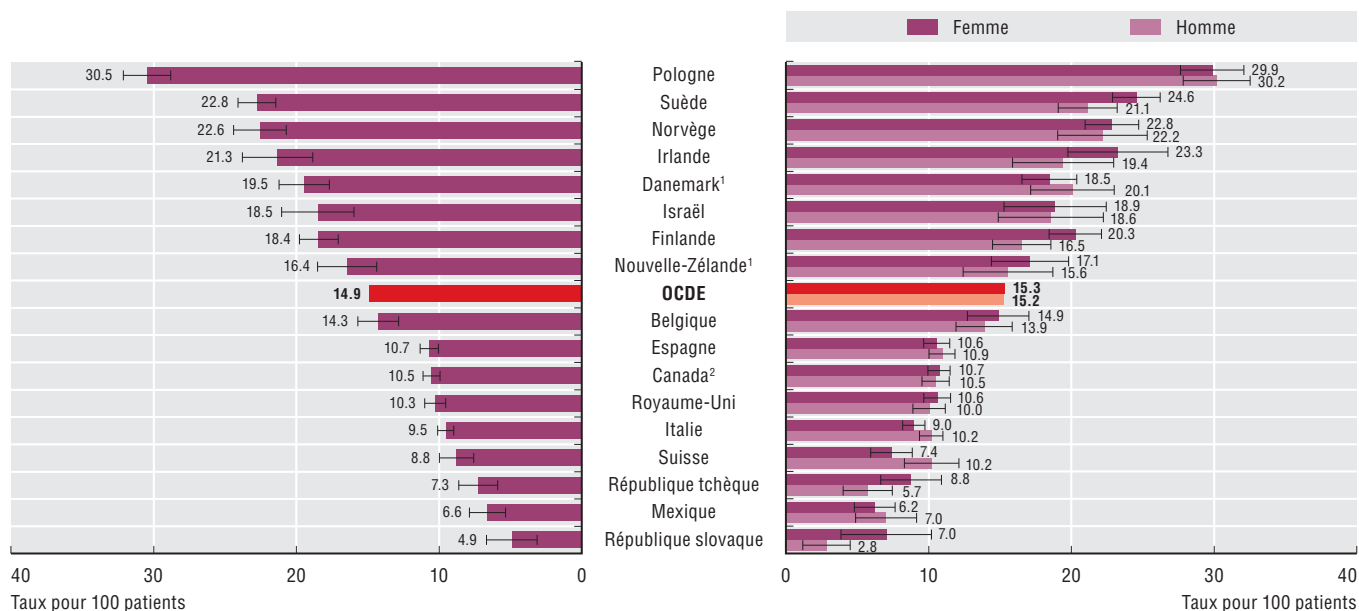
1. Les données n'incluent pas les patients avec un diagnostic secondaire de schizophrénie et de trouble bipolaire.

2. Seules les réadmissions 30 jours après la première hospitalisation ont été comptées comme réadmissions.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529827>

5.7.2 Réadmissions dans le même hôpital pour troubles bipolaires, 2009 (ou année la plus proche)



Note : Les taux sont normalisés par âge et 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.

1. Les données n'incluent pas les patients avec un diagnostic secondaire de schizophrénie et de trouble bipolaire.

2. Seules les réadmissions 30 jours après la première hospitalisation ont été comptées comme réadmissions.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529846>



Extrait de :
Health at a Glance 2011
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2011), « Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-46-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.