

La charge des maladies mentales est importante et l'on estime que ces maladies affectent à tout moment une personne sur quatre dans les pays de l'OCDE et une personne sur deux durant sa vie (OCDE, 2014a). Des soins de qualité élevée prodigués en temps voulu peuvent améliorer les résultats de santé et contribuer à réduire les cas de suicide, et une mortalité excessive, chez les personnes ayant des désordres psychiatriques.

Il est vital de proposer des soins de qualité élevée pour la prise en charge des troubles mentaux en milieu hospitalier. Le graphique 8.21 présente les taux de suicide des patients hospitalisés pour l'ensemble des admissions à l'hôpital pour des problèmes psychiatriques. 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 déclarent des taux inférieurs à 0.1 pour 100 patients. Le Danemark et l'Estonie sont des exceptions avec des taux de 0.1 et 0.3 respectivement. Les mesures permettant d'éviter les suicides des personnes hospitalisées sont notamment l'identification et la suppression des occasions de se faire du mal à soi-même, l'évaluation du risque des patients, le suivi et des programmes de traitement appropriés.

Le taux de suicide après sortie de l'hôpital peut servir d'indicateur de la qualité des soins dans la communauté et de la coordination entre les milieux hospitaliers et communautaires. Le risque de suicide dans la première année suivant la sortie d'un service hospitalier de soins psychiatriques est beaucoup plus élevé que pour la population générale. En 2012, le taux de suicide des patients qui ont été hospitalisés l'année précédente était de 0.43 pour 100 patients, contre un taux de suicide de 0.01 pour 100 dans la population générale dans les pays de l'OCDE pour lesquels ces données sont disponibles. Les patients atteints d'une maladie psychiatrique sont particulièrement à risque juste après leur sortie de l'hôpital. Dans tous les pays, les suicides dans les 30 jours suivant la sortie représentaient au moins un quart de l'ensemble des suicides dans la première année suivant la sortie de l'hôpital (graphique 8.22). Une planification de la sortie et un suivi approprié, et des niveaux de soins renforcés immédiatement après la sortie, peuvent aider à réduire les risques de suicides (OCDE, 2014a).

Les personnes atteintes de maladies psychiatriques ont un taux de mortalité plus élevé que la population générale. Un chiffre de surmortalité supérieur à un implique que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès plus élevé que le reste de la population. Les graphiques 8.23 et 8.24 présentent la surmortalité pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, laquelle est supérieure à 2 dans tous les pays. Un taux supérieur de maladies physiques et chroniques, lié à des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'abus de drogues et d'alcool, les effets secondaires des traitements psychotropes et des mauvais soins de santé physique, et un risque accru de suicide contribuent à la surmortalité. Une approche pluridisciplinaire incluant des programmes de prévention primaire pour les personnes souffrant de désordres mentaux, une meilleure intégration des soins de santé physique et mentale, des interventions comportementales et une modification des attitudes professionnelles est nécessaire pour réduire cette surmortalité. Par exemple, la Suède surveille le recours aux

soins de santé physiques des patients hospitalisés dont le trouble mental diagnostiqué aurait pu être évité 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 : 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 : nombre de patients ayant commis un « suicide » (codes CIM-10 : X60-X84). Il est fréquent qu'il y ait moins de 10 suicides de patients hospitalisés une année donnée, ce qui signifie que les taux déclarés peuvent varier. Lorsque cela a été possible, une moyenne sur trois ans a été calculée pour donner davantage de stabilité à l'indicateur, mais ça n'a pas été le cas pour la République tchèque, le Portugal et la Suisse. Les données doivent être interprétées avec précaution du fait du très petit nombre de cas.

Le taux de suicide dans les 30 jours ou dans l'année suivant la sortie de l'hôpital est établi en reliant les sorties après hospitalisation avec un diagnostic principal ou deux premiers codes de diagnostic secondaire de troubles mentaux et comportementaux (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), avec les suicides inscrits dans les registres des 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.

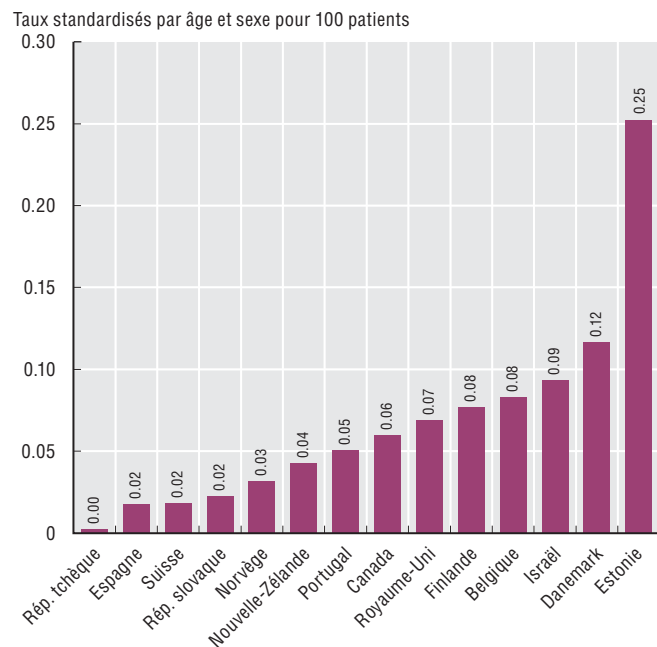
En ce qui concerne les indicateurs de surmortalité, le numérateur est le taux de mortalité global pour les personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou un trouble bipolaire a déjà été diagnostiqué. Le dénominateur est le taux de mortalité global de la population âgée de 15 à 74 ans. Le nombre relativement faible de personnes atteintes de trouble bipolaire qui meurent dans une année donnée peut entraîner des variations importantes d'année en année pour certains pays. Les données disponibles dans la plupart des pays n'ont pas permis le calcul de moyennes sur deux ans.

Les données ont été normalisées 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>.

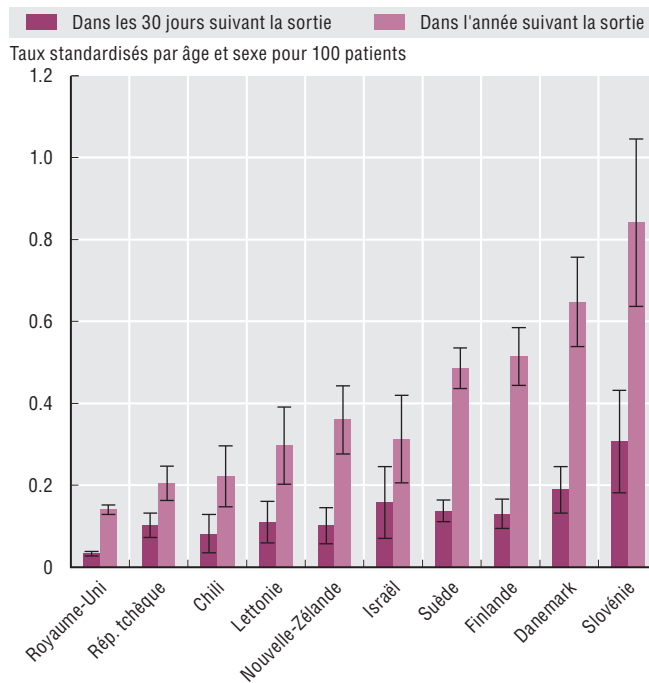
8.21. Suicide parmi les patients hospitalisés avec un trouble psychiatrique, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur 3 ans pour la plupart des pays.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282112>

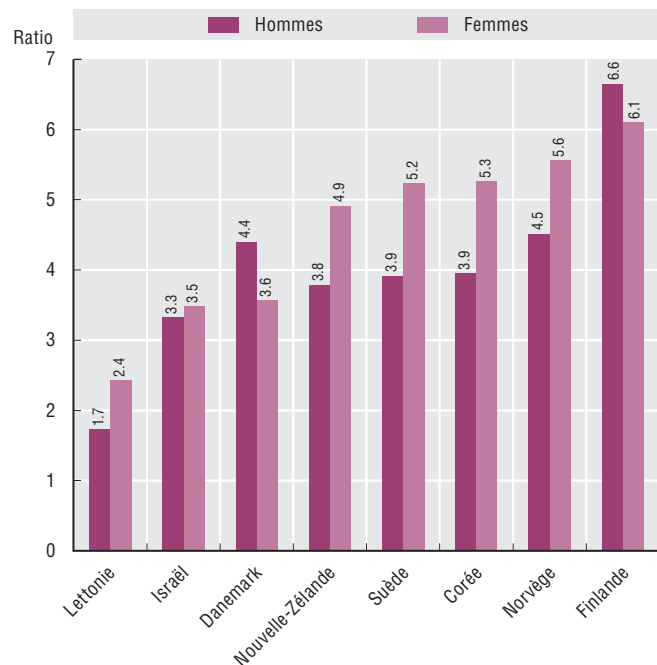
8.22. Suicide après une hospitalisation pour un trouble psychiatrique, dans les 30 jours et l'année suivant la sortie, 2012



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282112>

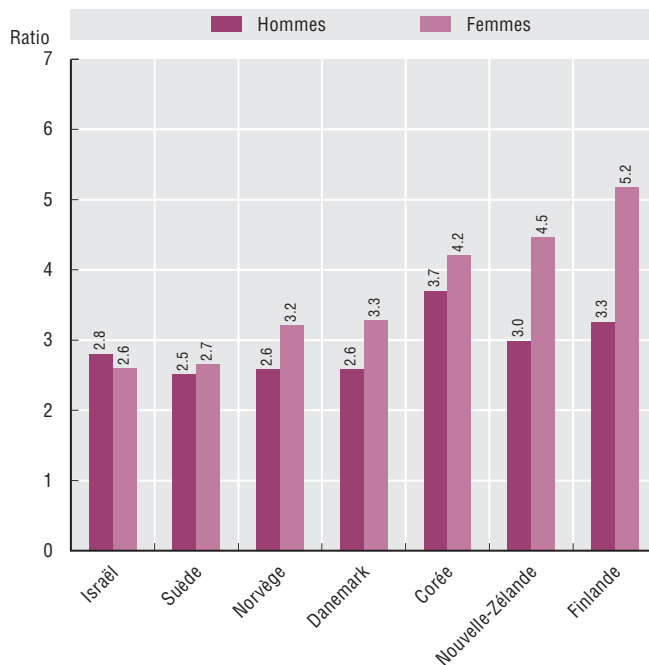
8.23. Surmortalité due à la schizophrénie, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La surmortalité est comparée au taux de mortalité global de la population.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282112>

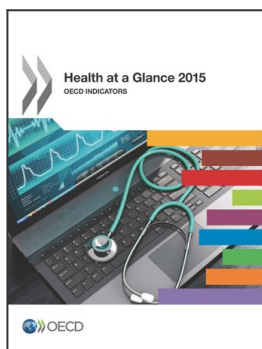
8.24. Surmortalité due au trouble bipolaire, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La surmortalité est comparée au taux de mortalité global de la population.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282112>

Informations sur les données concernant Israël : <http://oe.cd/israel-disclaimer>



Extrait de :
Health at a Glance 2015
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Soins pour les personnes atteintes des troubles mentaux », dans *Health at a Glance 2015 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-52-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>.