



### Point de vue

Le domaine somatique et le domaine psychiatrique ont toujours pu évoluer de manière bien distincte et cela peut continuer, que ce soit dans la répartition géographique, les lieux de pratiques, la répartition des disciplines concernées, la clinique, la recherche et l'enseignement et dans les mentalités. Pourtant, le corps et la psyché sont indissociables l'un de l'autre et interagissent. Le présent bulletin de l'Observatoire suisse de la santé montre la prévalence des comorbidités somato-psychique et illustre leur importance pour les patients, les institutions, le système de santé et la société.

En ce qui concerne la psychiatrie de liaison (aussi appelée psychiatrie de consultation-liaison), de nombreux ouvrages et articles attestent de son efficacité dans la prise en charge des patients souffrant de comorbidités (amélioration de l'état psychique, de l'évolution de la maladie somatique et des coûts y relatifs) lorsqu'on l'applique de manière ciblée, c'est-à-dire orientée par la complexité associée à la comorbidité somatique et psychique (Stiefel et al., 2008). Il est donc essentiel de saisir cette complexité et d'associer précocement la psychiatrie de liaison au traitement ([www.intermedconsortium.com](http://www.intermedconsortium.com)).

Il est réjouissant de constater que les milieux politiques ont reconnu la nécessité d'agir pour une meilleure implémentation de la psychiatrie de liaison en milieu somatique (Santé2020, OFSP). Intégrer la psychiatrie de liaison signifie qu'on ne se contente plus de faire appel aux psychiatres – psychothérapeutes comme consultants, mais qu'on les intègre pleinement dans l'équipe traitante, pour permettre ainsi un échange de connaissances et la diffusion de compétences psychosociales.

Ne vous contentez pas de parcourir le résumé de ce bulletin, lisez-le avec attention et sérieux: votre lecture pourrait contribuer à améliorer la situation des patients, de leurs proches, des cliniciens et faire profiter les contribuables.

Professeur Friedrich Stiefel, Chef du Service de psychiatrie de liaison, CHUV, Lausanne.

## Comorbidité somato-psychique dans les hôpitaux suisses de soins aigus

### Prévalence et prise en charge

La comorbidité somato-psychique, à savoir la coexistence d'une maladie psychique et d'une maladie somatique principale, est relativement fréquente chez les patients des hôpitaux de soins aigus. Des études allemandes font apparaître un diagnostic secondaire de maladie psychique chez 9% à 28% des personnes hospitalisées en unité de soins somatiques aigus (Burgmer et al., 2004; Häuser et al., 2005). En plus d'être fréquentes, les comorbidités ont souvent des effets défavorables sur l'évolution des maladies; elles peuvent entraîner un allongement des séjours hospitaliers et une hausse du coût des traitements (notamment Rose et al., 2011). Elles affectent tout particulièrement les patients qui souffrent d'une maladie principale somatique chronique (Klesse et al., 2008).

On ne sait pas grand-chose de la situation dans ce domaine en Suisse: il n'existe de données ni sur l'étendue du phénomène, ni sur le recours aux prestations de santé. Cela explique pourquoi nous nous concentrons ici sur la prévalence et sur les effets de la comorbidité somato-psychique dans les hôpitaux suisses de soins aigus en 2016. Nous nous penchons en particulier sur les questions suivantes: (1) *Quelle est la fréquence des diagnostics de troubles secondaires psychiques dans les cas de maladies principales somatiques? Quelles combinaisons de comorbidités somato-psychiques rencontre-t-on particulièrement souvent?* (2) *Quelle influence les troubles psychiques comorbides ont-ils sur la prise en charge dans les hôpitaux de soins aigus et sur l'évolution de la maladie?*

Pour répondre à ces questions, on analyse, pour l'ensemble des cas somatiques aigus de 2016 enregistrés dans la statistique médicale des hôpitaux, la fréquence et la distribution des maladies principales somatiques (maladie posée comme diagnostic principal) qui se doublent d'un problème psychique diagnostiqué à titre secondaire. On les compare en outre avec les cas de maladie purement somatique, pour déterminer les effets de la comorbidité somato-psychique sur la durée de séjour, les taux de réhospitalisation et de mortalité et le coût économique. Ce bulletin est complété d'un rapport contenant des tableaux détaillés, des explications méthodologiques et des exploitations complémentaires (Tuch, 2018).

## Répartition des diagnostics secondaires F dans les cas de comorbidité somato-psychique, en 2016

T 1

Diagnostics secondaires F selon le groupe CIM-10		n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>
F00–F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	42 189	34,2
F10–F19*	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	26 891	21,8
F20–F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	5 116	4,2
F30–F39	Troubles de l'humeur	41 799	33,9
F40–F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	20 313	16,5
F50–F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1 106	0,9
F60–F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	4 002	3,2
F70–F79	Retard mental	1 474	1,2
F80–F89	Troubles du développement psychologique	354	0,3
F90–F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	695	0,6
F99	Trouble mental, sans autre indication	164	0,1

<sup>1</sup> nombre de cas<sup>2</sup> par rapport à l'ensemble des cas de comorbidité somato-psychique

\* sans les troubles mentaux et du comportement liés au tabagisme (F17)

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

## Formes fréquentes de comorbidité somato-psychique

Il est souvent très difficile de déterminer si une maladie psychique est la cause ou la conséquence d'une maladie somatique (Baumeister et al., 2011). La statistique médicale ne livre pas d'indications à cet égard. C'est pourquoi on définit ici la comorbidité comme une *comorbidité simple*, c'est-à-dire comme l'apparition simultanée de plusieurs maladies, indépendamment des causes pour lesquelles elles coexistent (Baumeister et al., 2011).

Selon cette définition, en 2016, on a diagnostiqué au moins un trouble psychique (diagnostic secondaire F) en plus de la maladie somatique principale dans 11,4% des cas de maladie somatique aiguë (n=123 230). Les formes de comorbidité les plus fréquentes sont les *troubles mentaux organiques (troubles symptomatiques compris)* (F00–F09) et les *troubles de l'humeur* (F30–F39), représentant chacun un tiers des cas; viennent ensuite les *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives* (F10–F19) (environ un cinquième des cas, voir T 1).

Parmi les *troubles de l'humeur*, les *épisodes dépressifs* (F32) arrivent en tête, avec 27 802 cas. On les observe particulièrement souvent en lien avec les *arthropathies* (M00–M25; n=2080), les *tumeurs malignes* (C00–C97; n=2176) et les *dorsopathies* (M40–M54; n=1394).

Parmi les *troubles mentaux organiques (troubles symptomatiques compris)*, le *délire non causé par l'alcool ou d'autres substances psychoactives* (F05) est le diagnostic F comorbide le plus fréquent (n=17 469). Les diagnostics principaux comorbides du délire les plus fréquents sont les *tumeurs malignes* (C00–C97; n=2062), les *autres formes de cardiopathies* (I30–I52; n=1567) et les *lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse* (S70–S79; n=1213).

## Données et méthodes

Les analyses se basent sur les données de l'année 2016 de la statistique des hôpitaux et de la statistique médicale des hôpitaux relevées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Pour déterminer les effets potentiels de la comorbidité somato-psychique, on a comparé les cas comorbides avec les cas purement somatiques. En plus des comparaisons descriptives (valeurs observées), on a calculé pour la durée de séjour, les poids attribués aux coûts et les taux de réhospitalisation et de mortalité, des **modèles multivariés** intégrant comme autres facteurs d'influence l'âge, le sexe, le diagnostic principal somatique (selon les chapitre I à XXII de la CIM-10) et le niveau de complexité et de comorbidité somatique. Des **valeurs ajustées** ont été calculées sur la base de ces modèles. Cet ajustement consiste en un équilibrage des groupes de patients «comorbidité somato-psychique» et «maladie purement somatique» liés aux autres facteurs destinés à permettre une comparaison directe entre ces groupes et à éviter qu'un écart ne résulte de différences liées à l'âge ou au sexe des patients par exemple (informations sur la méthode, voir Tuch, 2018). Les moins de 18 ans ont été exclus de toutes les analyses.

Avec 20 295 cas, les *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool* (F10) représentent le diagnostic secondaire F comorbide le plus fréquent parmi les *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives*. Ce diagnostic apparaît souvent en lien avec des *lésions traumatiques de la tête* (S00–S09; n=2125), des *tumeurs malignes* (C00–C97; n=1243) et des *maladies du foie* (K70–K77; n=1167).

Les maladies somatiques les plus souvent impliquées dans des cas de comorbidité somato-psychique sont les *tumeurs malignes* (C00–C97; n=10 276), qui surviennent dans 8,3% des cas. Les diagnostics F sont également fréquents en lien avec les *autres formes de cardiopathies* (I30–I52; n=7192, ou 5,8%), les *arthropathies* (M00–M25; n=5196, ou 4,2%) et la *grippe et pneumonie* (J09–J18; n=4822, ou 3,9%).

## Effets sur la prise en charge et sur l'évolution de la maladie

Les patients présentant une comorbidité somato-psychique ont en moyenne 10 ans de plus environ et sont en bien moins bonne santé que les patients qui souffrent d'une maladie purement somatique. Ils présentent près de deux fois plus de diagnostics secondaires et un degré de complexité et de comorbidité de la maladie plus de deux fois plus élevé (voir T 2).

## Comorbidité somato-psychique vs maladie purement somatique dans les soins somatiques aigus (valeurs observées), en 2016

T 2

	Comorbidité somato-psychique	Maladie purement somatique
Total des cas	123 230	940 650
Pourcentage d'hommes	45,5%	45,5%
Pourcentage de femmes	54,5%	54,5%
Âge (ø)	67,4	57,4
Nombre de diagnostics secondaires (ø)	8,6	3,9
Nombre de diagnostics secondaires somatiques (ø)	7,3	3,9
Nombre de diagnostics secondaires psychiques (ø)	1,3	0,0
Degré de complexité et de comorbidité <sup>1</sup> (ø)	2,4	1,0
Taux de mortalité (dans les 30 jours suivant l'hospitalisation)	3,8%	1,7%
Durée de séjour en jours (ø)	9,6	5,1
Taux de réhospitalisation (dans les 18 jours suivant la sortie)	4,9%	2,5%
Cost-weights nets <sup>2</sup> (ø)	1,6	1,1

<sup>1</sup> Le degré de gravité global rapporté au patient ou Patient Clinical Complexity Level (PCCL) mesure l'effet cumulé des complications et/ou des comorbidités (CC) par cas. Les valeurs vont de 0 (au-cune CC) à 4 (CC particulièrement graves).

<sup>2</sup> Le cost-weight indique les ressources moyennes absorbées par cas.

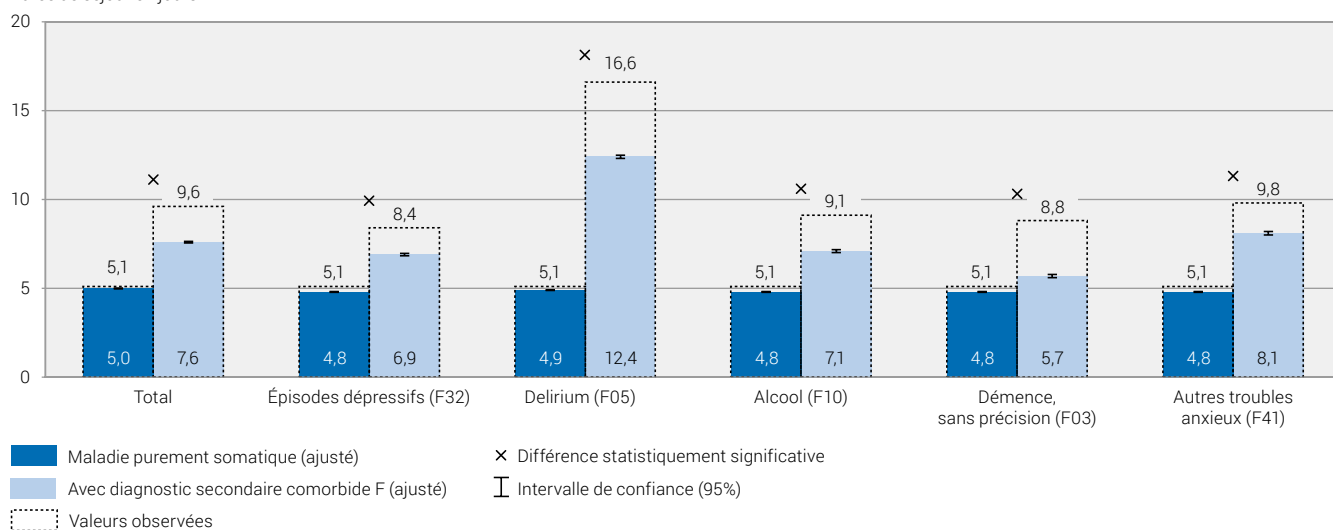
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

## Durée de séjour des cas avec et sans diagnostic secondaire comorbide F, selon les principaux diagnostics secondaires F, en 2016

G1

Durée de séjour en jours



Remarque: modèle de régression linéaire; la barre d'erreurs représente l'intervalle de confiance à 95%.

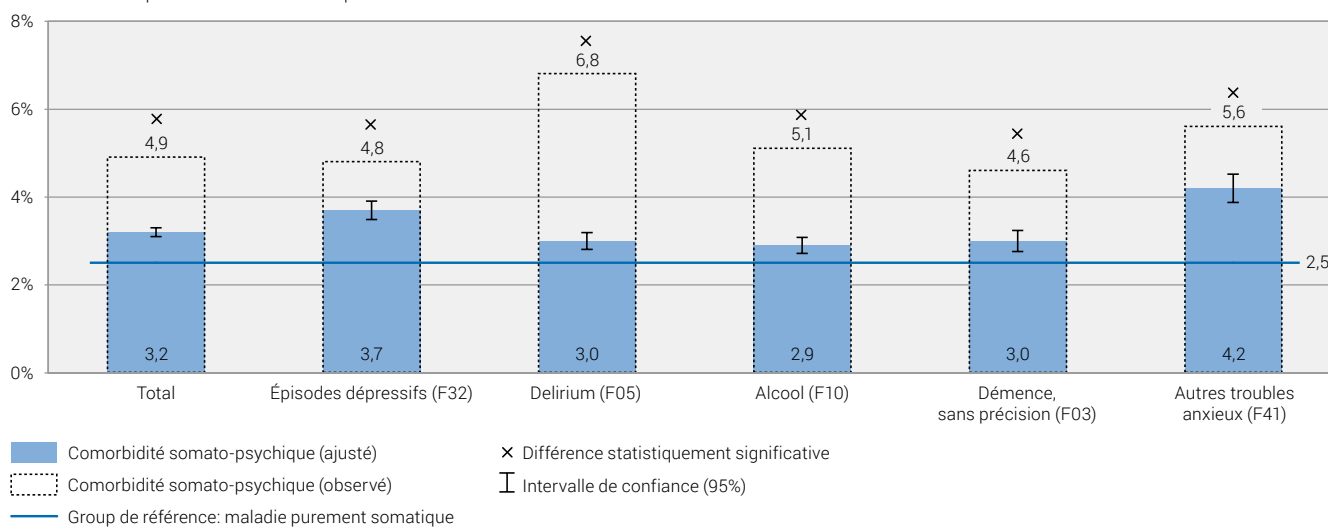
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

## Taux de réhospitalisation des cas de comorbidité somato-psychique, selon les principaux diagnostics secondaires F, en 2016

G2

Part des cas comptant au moins une réhospitalisation



Remarque: modèle de régression logistique; la barre d'erreurs représente l'intervalle de confiance à 95%.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

On note chez eux des valeurs plus élevées pour la durée de séjour, le taux de réhospitalisation, le taux de mortalité et le coût économique (voir T2). Ces différences apparaissent aussi lorsqu'on prend en compte d'autres facteurs, comme l'âge et le sexe (voir encadré et graphiques G1 à G4).

La **durée de séjour** moyenne est nettement plus élevée chez les patients présentant une comorbidité somato-psychique que pour les patients dont l'affection est purement somatique (9,6 jours contre 5,1). Cette différence est statistiquement significative lorsqu'on tient compte d'autres facteurs d'influence. Les valeurs ajustées s'établissent à 7,6 et 5,0 jours: pour une même situation médicale de départ, les patients qui présentent une comorbidité psychique restent à l'hôpital 2,6 jours de plus en moyenne. On retrouve cet effet, à des degrés plus ou moins marqués, pour les cinq maladies psychiques comorbides les plus fréquentes (voir G1).

Les **réhospitalisations** dans les 18 jours suivant la sortie de l'hôpital représentent 4,9% des cas de patients présentant une comorbidité somato-psychique, contre 2,5% des cas seulement concernés par des affections somatiques. La différence est statistiquement significative lorsqu'on tient compte d'autres facteurs; le taux de réhospitalisation ajusté en cas de comorbidité somato-psychique se situe à 3,2%. On constate des différences similaires pour les cinq autres troubles psychiques comorbides les plus fréquents. Ils sont tous synonymes d'un risque de réhospitalisation significativement plus élevé (voir G2).

Le **taux de mortalité** à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'hospitalisation s'élève à 3,8% en cas de comorbidité somato-psychique, un taux nettement plus élevé qu'en cas d'affections exclusivement somatiques (1,7%). La différence avec le taux ajusté n'est pas grande (1,8% vs 1,7%) mais tout de même statistiquement significative. Si on considère les diagnostics

secondaires F les plus fréquents dans le détail, on constate des taux de mortalité significativement plus élevés pour le délire (F05) et la démence sans précision (F03). On ne relève pas de différence pour les *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool* (F10) et les *autres troubles anxieux* (F41). En revanche, pour les *épisodes dépressifs* (F32), le taux de mortalité ajusté est significativement plus bas que pour les cas purement somatiques (voir G3).<sup>1</sup> De manière générale, les résultats ne font pas apparaître de lien clair entre la comorbidité somato-psychique et la mortalité à l'hôpital.

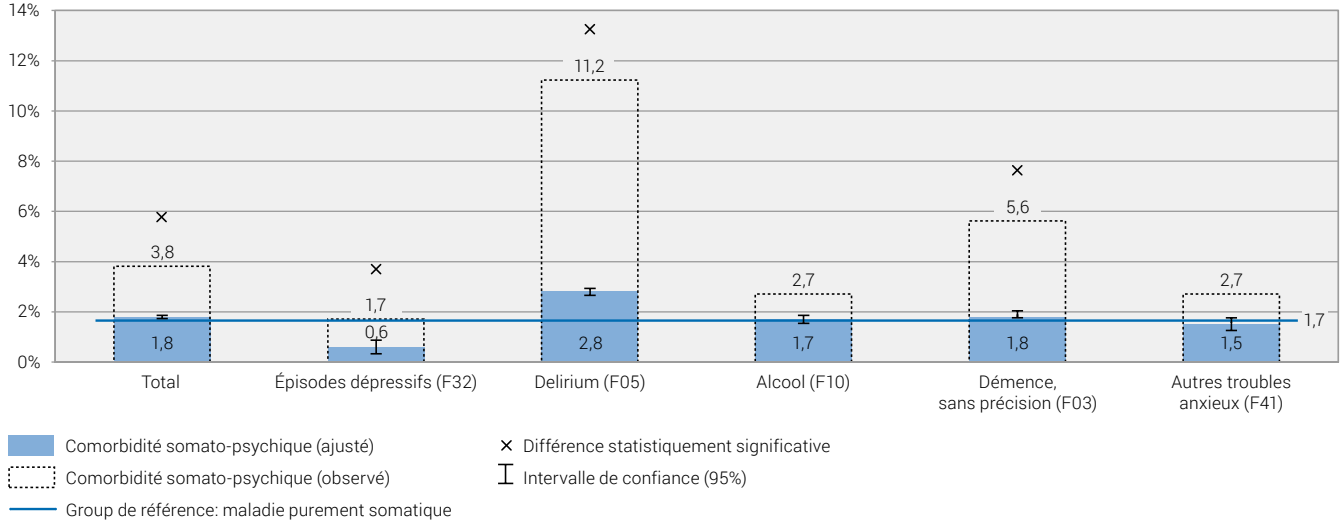
La **consommation de ressources économiques**, mesurée à l'aide des *cost-weights nets*, est environ 28% plus élevée dans les cas présentant une comorbidité somato-psychique que dans les cas purement somatiques, compte tenu d'autres facteurs d'influence (voir G4). La différence est particulièrement marquée (+166%) pour le *délire* (F05.0–F05.9).

<sup>1</sup> Ce dernier résultat ne paraît pas plausible et contredit certains constats posés dans des ouvrages spécialisés (par ex. Dao et al., 2010). Il s'agit peut-être d'un artefact méthodologique (résultant par exemple d'une variable tierce non décelée). Pour cette raison, le résultat doit être interprété avec prudence.

### Taux de mortalité à l'hôpital en cas de comorbidité somato-psychique, selon les principaux diagnostics secondaires F, en 2016

G3

Taux de mortalité à 30 jours dans les hôpitaux, en %



Remarque: modèle de régression logistique; la barre d'erreurs représente l'intervalle de confiance à 95%.

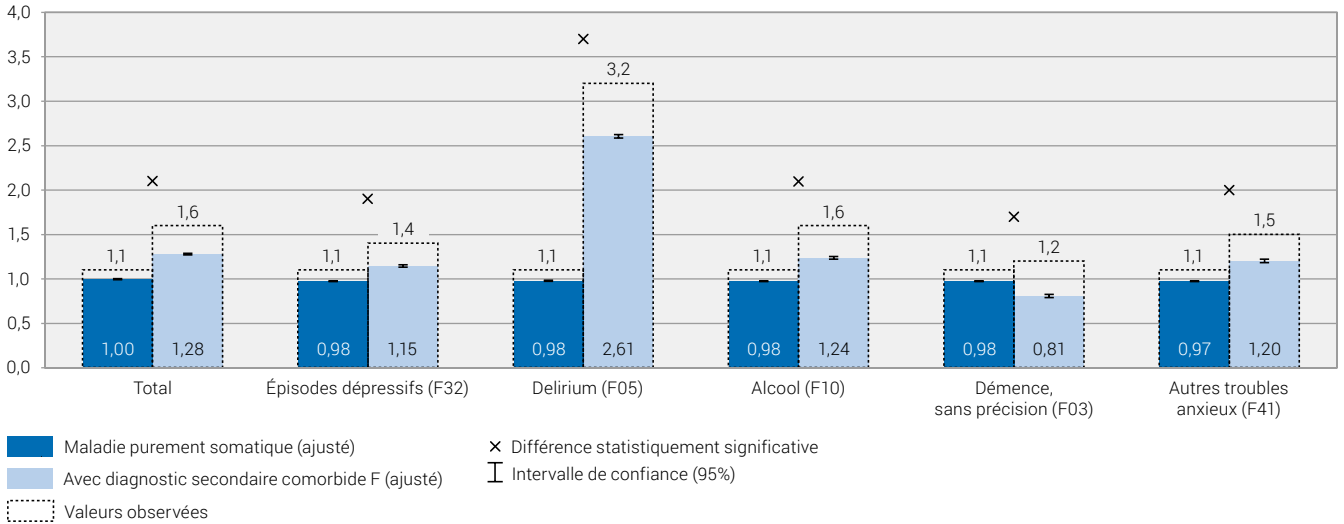
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

### Cost-weights (nets) des cas avec et sans diagnostic secondaire comorbide F, selon les principaux diagnostics secondaires F, en 2016

G4

Cost-weights (nets)



Remarque: modèle de régression linéaire; la barre d'erreurs représente l'intervalle de confiance à 95%.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux 2016

© Obsan 2018

## Résumé

La comorbidité somato-psychique est un phénomène courant dans le domaine stationnaire des hôpitaux de soins aigus en Suisse. Elle entraîne un allongement des séjours hospitaliers, un accroissement des réhospitalisations et une hausse de la consommation de ressources économiques, qui placent les structures de soins somatiques aigus face à de grands défis. Si l'on veut pouvoir prendre en charge les patients de manière optimale, il faut pouvoir identifier la comorbidité psychique précocement et sûrement afin d'adapter le traitement aux besoins du patient (Rose et al., 2011). Le recours aux services de psychiatrie de liaison permettrait d'améliorer la prise en charge des malades psychiques hospitalisés en soins aigus (voir [www.ssclp.ch](http://www.ssclp.ch)).

Les milieux politiques sont conscients des défis que la comorbidité psychique représente pour la santé publique. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a fait réaliser, dans le cadre de la mise en œuvre de sa stratégie «Santé2020», une analyse de situation des soins coordonnés à l'interface «soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique» pour les personnes atteintes d'une maladie psychique (Schlapbach et Ruffin, 2017). D'autres études sur la prise en charge de personnes présentant des comorbidités somato-psychiques sont prévues. Dans une phase ultérieure, il serait souhaitable d'arrêter des stratégies de politique de santé claires, permettant de poursuivre de manière structurée le développement de modèles de prise en charge intégrés.

## Références

- Baumeister, H., Kury, S., & Bengel, J. (2011). Somatopsychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 9–14.
- Burgmer, M., Fiori, W., Bunzemeier, H., Roeder, N., & Heuft, G. (2004). Komorbidität psychischer Störungen im G-DRG-System – Einfluss auf die Verweildauer und Erlössituation an einem deutschen Universitätsklinikum. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 306–316.
- Dao, T. K., et al. (2010). Clinical depression, posttraumatic stress disorder, and comorbid depression and posttraumatic stress disorder as risk factors for in-hospital mortality after coronary artery bypass grafting surgery. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 140(3), 606–610.
- Häuser, W., Grandt, D., Schäfer, H., Gorge, G., & Krause-Wichmann, D. (2005). Abbildung komorbider psychischer Störungen bei internistischen Patienten im G-DRG-System. PPM – Psychotherapie – *Psychosomatik* – Medizinische Psychologie, 55, 442–446.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J., & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. *Psychotherapeut*, 53, 49–62.
- Rose, M., Wahl, I., Crusius, J., & Löwe, B. (2011). Psychische Komorbidität. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54, 83–89.
- Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017), *Soins coordonnés à l'interface «soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique» pour les personnes atteintes d'une maladie psychique* (rapport final). Socialdesign sa sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), avril 2017, Berne.
- Stiefel, F., et al. 2008. *Effects of a multifaceted psychiatric intervention in the complex medically ill: a randomized controlled trial*. *Psychother Psychosom*, 77, 247–256.
- Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern*. Begleitbericht zum Obsan Bulletin 1/2018. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [www.obsan.admin.ch/fr/publikationen/somatisch-psychische-komorbiditaet-schweizer-akutspitaelern](http://www.obsan.admin.ch/fr/publikationen/somatisch-psychische-komorbiditaet-schweizer-akutspitaelern)



**L'Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch).

### Impressum

#### Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

#### Auteur

Alexandre Tuch

#### Citation

Tuch, A. (2018). *Comorbidité somato-psychique dans les hôpitaux suisses de soins aigus. Prévalence et prise en charge* (Obsan Bulletin 1/2018). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

#### Direction du projet

Alexandre Tuch

#### Renseignements / informations

Observatoire suisse de la santé  
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, tél. 058 463 60 45,  
[obsan@bfs.admin.ch](mailto:obsan@bfs.admin.ch), [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

#### Langue du texte original

Allemand; cette publication est également disponible en allemand (numéro OFS: 1033-1801).

#### Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

#### Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

#### Commandes d'imprimés

Tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, [order@bfs.admin.ch](mailto:order@bfs.admin.ch) (gratuit)

#### Numéro OFS

1034-1801

#### Téléchargement

[www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) → Publications (gratuit)

© Obsan 2018



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Eidgenössisches Departement des Innern EDI**  
**Département fédéral de l'intérieur DFI**  
**Dipartimento federale dell'interno DFI**



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.  
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.  
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.