

Continuité des soins en santé mentale : de l'admission au suivi posthospitalier

Une analyse des admissions en psychiatrie, des trajets de soins et des réadmissions parmi les membres des Mutualités Libres

Une publication des Mutualités Libres
Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Rédaction > Güngör KARAKAYA, Ruud SAERENS, Kelly VAN DER CRUYSEN,
Mathieu DE BACKER, Ludo VANDENTHOREN

www.mloz.be
(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mai 2026
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Continuité des soins en santé mentale : de l'admission au suivi posthospitalier

Une analyse des admissions en psychiatrie, des trajets
de soins et des réadmissions parmi les membres des
Mutualités Libres

01	Résumé	3
02	Introduction.....	3
	Qu'est-ce que la continuité des soins ?	3
	Revue de la littérature - focus sur la réadmission	4
03	Méthodologie	7
	Conception de l'étude et source de données	7
	Population cible et critères d'exclusion	7
	Variables étudiées	7
	Analyses statistiques	8
04	Résultats.....	8
	Typologie des admissions	8
	Durée de séjour dans les services psychiatriques	9
	Caractéristiques des patients	10
	Évolution temporelle des réadmissions en psychiatrie (suivi à 6 mois)	11
	Recours aux urgences hospitalières	12
	Couverture et continuité des soins ambulatoires	13
	Délivrance d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques	14
	Réadmissions à 30 jours et identification des facteurs de risque	16
05	Discussion	18
06	Recommandations	25
07	Annexe.....	27
08	Bibliographie.....	28

01 Résumé

Les hospitalisations psychiatriques demeurent un élément essentiel des soins de santé mentale. Toutefois, la transition entre les soins résidentiels et les soins ambulatoires constitue une phase particulièrement vulnérable, au cours de laquelle une discontinuité des soins peut survenir. Les réadmissions dans les 30 jours sont reconnues au niveau international comme un indicateur majeur de la continuité des soins et peuvent révéler des lacunes dans le suivi posthospitalier. Elles sont cependant également associées à des facteurs cliniques, sociodémographiques et liés à l'organisation des soins.

Cette étude analyse 20.559 hospitalisations psychiatriques en Belgique (2022–2023) et examine à la fois les profils des patients et les trajets de soins avant et après l'hospitalisation. Elle porte également une attention particulière aux facteurs associés à une réadmission dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital. Les résultats mettent en évidence un taux élevé de réadmissions (16,5 % dans les 30 jours et 33,7 % dans les 6 mois) et révèlent une rupture marquée de la continuité des soins après la sortie : seuls 17,3 % des patients ont eu un contact avec un médecin généraliste au cours de la première semaine suivant leur retour à domicile.

Le modèle statistique confirme que l'absence d'un suivi précoce est associée à un risque accru de réadmission, parallèlement à d'autres facteurs tels que la durée de séjour, l'utilisation de psychotropes et la vulnérabilité socio-économique. Ces résultats suggèrent que les réadmissions ne sont pas exclusivement le reflet de l'évolution clinique individuelle, mais qu'elles sont également liées à l'organisation et à l'accessibilité des soins, en particulier lors de la transition vers une prise en charge ambulatoire.

Ces constats soulignent l'importance d'une organisation des soins plus proactive et intégrée, avec une attention spécifique portée aux premiers jours suivant la sortie. Ils constituent une base solide pour l'élaboration de recommandations politiques ciblées visant à renforcer la continuité des soins.

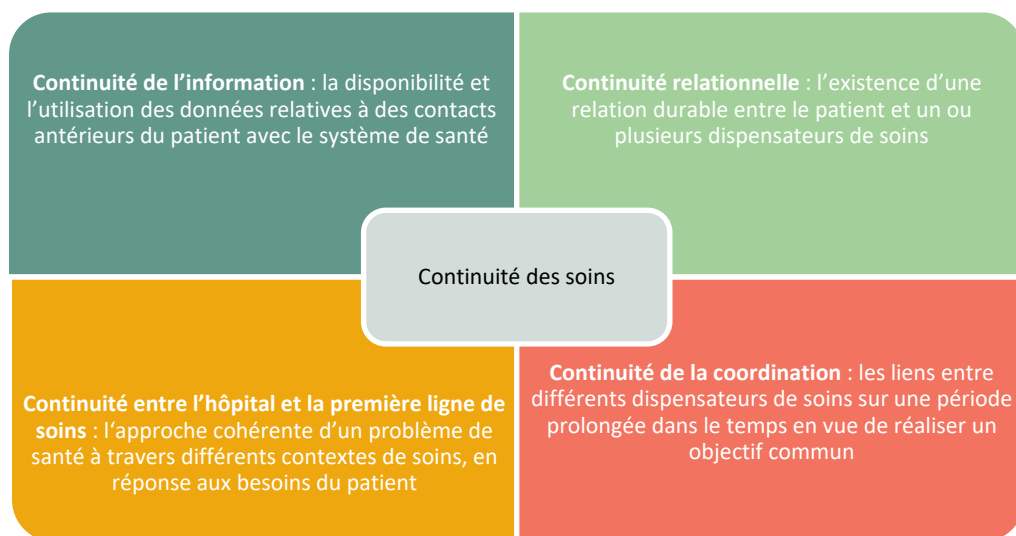
02 Introduction

Qu'est-ce que la continuité des soins ?

Le KCE définit la continuité des soins comme « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté. »¹

Le modèle théorique de Haggerty et al. (2003) distingue trois dimensions de la continuité des soins : **la continuité de l'information, la continuité entre l'hôpital et la première ligne de soins, et la continuité relationnelle.**² Le KCE y ajoute une quatrième dimension, à savoir la continuité de la coordination. Il est essentiel de souligner que la continuité des soins ne constitue pas uniquement un concept organisationnel, mais qu'elle renvoie avant tout à la manière dont les patients perçoivent la cohérence et l'articulation des soins qui leur sont proposés.

Figure 1 : Continuité des soins selon Haggerty et al. (2003) et le rapport de performance du KCE (2025)



Ces concepts généraux ont été affinés par Digel Vandyk et al. (2013) spécifiquement pour le contexte des soins de santé mentale. Au sein des neuf dimensions décrites, la continuité des soins englobe notamment des soins présentant une cohérence dans le temps, adaptés au patient individuel et proposés dans le cadre d'une offre de soins intégrée et accessible. Par ailleurs, une relation thérapeutique stable, une transmission adéquate de l'information, l'attention portée au contexte de vie du patient ainsi qu'une responsabilité partagée clairement définie entre les prestataires de soins impliqués jouent également un rôle central.³ Une revue exploratoire menée par Sofie Hermans et Aline Sevenants (2020) pour Zorg en Gezondheid (Flandre) souligne que le besoin de continuité des soins se manifeste de manière particulièrement aiguë lors de sept points charnières critiques dans le trajet de soins, parmi lesquels figurent l'entrée en soins de santé mentale (SSM) résidentiels et la sortie de ceux-ci. C'est précisément lors de ces moments charnières que le risque de fragmentation des soins, de perte d'information et de diminution de l'accessibilité est le plus élevé.⁴

Dans la section suivante, nous examinons plus en détail la manière dont ces concepts peuvent être traduits en indicateurs concrets et mesurables.

Revue de la littérature - focus sur la réadmission

La littérature relative à la continuité des soins en santé mentale révèle non seulement un nombre limité d'indicateurs de résultats univoques et validés, mais également un manque d'études menées dans le contexte belge. Cette situation complique une évaluation étayée de la continuité des soins au sein du système de santé belge. En l'absence de plusieurs indicateurs largement reconnus et validés au niveau local, nous avons fait le choix de nous concentrer sur le taux de réadmission, (défini comme une nouvelle hospitalisation survenant dans les 30 jours suivant la sortie). Cet indicateur est fréquemment utilisé dans la littérature internationale et constitue par ailleurs la seule mesure spécifique aux SSM de la continuité des soins reprise dans le rapport de performance du KCE. Une réadmission rapide est dès lors considérée comme un signal potentiel de limitations dans la continuité des soins. Compte tenu de ce manque identifié dans la littérature belge, cet indicateur est placé au centre de notre analyse.

Les variables étudiées en lien avec l'indicateur de « réadmission » peuvent être regroupées en trois catégories : (1) les caractéristiques cliniques (telles que le diagnostic à l'admission, l'utilisation de médicaments, la consommation d'alcool ou de substances, l'âge au début du trouble, les hospitalisations antérieures et les comorbidités) ; (2) les caractéristiques sociodémographiques (telles que le sexe, l'âge, le contexte de logement ou de vie relationnelle et le revenu) ; et (3) les caractéristiques liées à l'hospitalisation ou au système de soins (type d'hôpital, durée de l'hospitalisation, admission planifiée ou non, présence d'un médecin généraliste ou d'un psychiatre de référence).

Facteurs de risque cliniques

Plusieurs études montrent que les caractéristiques cliniques sont fortement associées au risque de réadmission. Berardelli (2022) a identifié une hospitalisation antérieure comme principal facteur de risque de réadmission, tandis que Gentil (2022) a rapporté des facteurs de risque tels qu'une courte durée d'hospitalisation (1 à 6 jours), la multimorbidité (mentale ou somatique) ainsi que l'existence d'un suivi psychiatrique préalable.⁵⁶ Carbonel-Aranda et al. (2024) ont confirmé le rôle des hospitalisations antérieures et de la comorbidité psychiatrique comme facteurs de risque.⁷ Le lien entre la réadmission et la présence de comorbidités somatiques est également corroboré par la revue systématique de Sprah et al. (2017).⁸

Dans une revue systématique, Fonseca Barbosa et al. (2023) concluent qu'un début précoce des symptômes, les troubles psychotiques et l'usage concomitant de substances contribuent au phénomène dit de la « revolving door », caractérisé par des réadmissions répétées de personnes présentant une problématique psychiatrique chronique.⁹

La psychose est à nouveau mise en évidence comme facteur de risque par Katschnig (2023) ainsi que par Leppänen et al. (2025) ; ces derniers identifient en outre la sévérité de la dépression comme facteur de risque supplémentaire.^{10, 11} En revanche, un risque plus faible de réadmission a été observé en cas de durée d'hospitalisation plus longue ou chez les patients présentant une comorbidité somatique.

Ces résultats indiquent que la sévérité de la maladie, la chronicité des troubles et les soins antérieurs (notamment les hospitalisations précédentes) peuvent constituer des déterminants centraux du risque de réadmission.

Facteurs de risque sociodémographiques

Outre les caractéristiques cliniques, des facteurs sociodémographiques influencent également le risque de réadmission. L'étude de Gentil met en évidence une association entre un degré plus élevé de précarité (mesuré à l'aide du « Material Deprivation Index ») et la survenue de réadmissions précoces. La revue de Fonseca Barbosa et al. (2023) identifie en outre plusieurs facteurs sociodémographiques associés aux hospitalisations répétées, parmi lesquels un âge plus jeune, le fait de vivre seul, le chômage et un niveau d'éducation plus faible.^{6,9}

D'autres études confirment également l'association entre un âge plus jeune et un risque accru de réadmission (Carbonel-Aranda, 2024), tandis qu'un âge plus avancé est, à l'inverse, associé à un risque plus faible de réadmission (Katschnig, 2023). L'interprétation de ces résultats appelle toutefois à la prudence, dans la mesure où les catégories d'âge utilisées varient d'une étude à l'autre.

Facteurs de risque liés à l'utilisation des soins et au système de soins

Les caractéristiques du système de soins influencent également le risque de réadmission. Lassemo et al. (2021) ont montré que les hospitalisations non planifiées conduisent plus fréquemment à des réadmissions non planifiées et précoces, tandis que les hospitalisations planifiées sont surtout suivies de réadmissions elles-mêmes planifiées. Les auteurs soulignent que, dans certains contextes de soins, la réadmission peut également constituer une composante planifiée du trajet de soins, notamment lorsque l'accès aux soins ambulatoires est limité.¹²

Un élément central de l'organisation des soins posthospitaliers réside dans l'établissement d'un contact précoce avec les dispensateur de soins ambulatoires après la sortie. Un indicateur de qualité fréquemment utilisé à cet égard est la consultation d'un médecin généraliste dans les sept jours suivant une hospitalisation. Des données belges récentes montrent que 43,5 % des patients âgés de plus de 65 ans ont un contact avec leur médecin généraliste dans ce délai après une hospitalisation (toutes causes confondues).

Une revue systématique de Sfertcu et al. (2017) distingue quatre catégories de facteurs liés au suivi posthospitalier associés au risque de réadmission. Il en ressort qu'un contact effectif avec un prestataire de soins de première ligne après la sortie est associé à un moindre risque de réadmission, tandis que le simple fait d'être inscrit auprès d'un médecin généraliste n'a pas d'effet protecteur. En revanche, pour les soins posthospitaliers en santé mentale, les résultats de la littérature sont moins univoques et font état de conclusions plus contrastées.¹³

Katschnig et al. (2023) confirment néanmoins l'importance du suivi ambulatoire pour les résultats cliniques et montrent qu'un contact ambulatoire avec un médecin (généraliste ou psychiatre) après la sortie est associé à un risque réduit de réadmission dans les 30 jours.¹⁰ Dans une autre étude, Musgrove et al. (2024) ont comparé des patients décédés par suicide dans l'année suivant une hospitalisation à un groupe de contrôle apparié. Le groupe « suicide » présentait moins de contacts avec un médecin généraliste dans les deux semaines suivant la sortie, mais consultait plus fréquemment durant la semaine précédant le décès. Par ailleurs, ces patients avaient en moyenne des durées d'hospitalisation plus courtes et des antécédents d'hospitalisations multiples.¹⁴

Ces résultats suggèrent que le risque de réadmission ne dépend pas uniquement des caractéristiques des patients, mais est également influencé par l'organisation et l'accessibilité des soins.

La littérature met de manière cohérente en évidence le caractère multifactoriel des réadmissions, résultant de l'interaction entre facteurs cliniques, sociodémographiques et liés au système de soins, ce qui plaide pour une approche intégrée de la continuité des soins. Cela implique que la continuité des soins ne peut être appréhendée sur la base d'un seul moment ou d'un indicateur isolé, mais doit être envisagée comme un trajet dans lequel se combinent différentes formes de recours aux soins et caractéristiques des patients.

Dans cette étude, nous analysons dès lors l'utilisation des soins avant et après une hospitalisation psychiatrique, tant en hôpital psychiatrique que dans un service psychiatrique d'un hôpital général, afin de mieux comprendre le rôle du suivi ambulatoire au sein de ce trajet. Nous nous appuyons à cet effet sur des données en conditions réelles

relatives à un grand nombre d'hospitalisations psychiatriques, ce qui permet d'examiner ces dynamiques au sein d'une population large et représentative. Cette approche apporte des éclairages complémentaires par rapport aux études précédemment citées, dans lesquelles les populations étudiées, les contextes et les sources de données diffèrent et ne sont pas toujours directement comparables.

03 Méthodologie

Conception de l'étude et source de données

Cette étude rétrospective s'appuie sur l'analyse de données administratives de remboursement de soins issues des Mutualités Libres, qui comptent plus de 2,3 millions de membres.

L'objectif principal est de décrire les admissions psychiatriques et les profils des patients admis en milieu psychiatrique, d'examiner le recours aux soins ambulatoires avant et après l'hospitalisation en psychiatrie et d'identifier les facteurs de risque associés aux réadmissions psychiatriques dans les 30 jours.

La période d'inclusion couvre les admissions en psychiatrie enregistrées entre le 01/01/2022 et le 31/12/2023. Pour chaque patient, une période d'observation de 12 mois précédant l'entrée à l'hôpital et de 12 mois suivant la sortie a été définie. L'analyse s'est concentrée sur la première hospitalisation par affilié pour chaque année civile étudiée.

Population cible et critères d'exclusion

La population suivie comprend les patients admis dans des services psychiatriques d'hôpitaux généraux ou au sein d'hôpitaux psychiatriques spécialisés.

Plusieurs critères d'exclusion ont été appliqués afin de garantir la fiabilité du suivi : les patients résidant à l'étranger ou bénéficiant d'une convention internationale, les patients décédés au cours de la période d'étude et les patients n'ayant pas été affiliés de manière continue sur l'ensemble de la période d'analyse.

Variables étudiées

Les données ont été extraites via la facturation hospitalière (codes de nomenclature) et les codes ATC^a pour la médication.

Des données sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, la région de domicile, la catégorie sociale et le statut d'intervention majorée (BIM), ont été recensées.

Le parcours de soins pré- et post-hospitalisation inclut les passages par les urgences hospitalières, les consultations avec un médecin généraliste, un psychiatre ou un

^a Le système de classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical/anatomique, thérapeutique et chimique) permet d'identifier les classes de médicaments.

psychologue (dans le cadre de la convention soins psychologiques de première ligne), ainsi que l'utilisation d'antidépresseurs (AD) ou d'antipsychotiques (AP).

Analyses statistiques

Une modélisation économétrique par régression binomiale de type logit a été réalisée pour identifier les facteurs de risque de réadmission en psychiatrie endéans les 30 jours suivant la sortie d'un séjour initial en psychiatrie.

La variable dépendante ou à expliquer du modèle est la réadmission en psychiatrie endéans les 30 jours. Les réadmissions survenant le jour même ou le lendemain de la sortie ont été exclues de l'analyse afin d'écarter les transferts immédiats ou administratifs.

Le modèle intègre plusieurs variables explicatives : le type d'hôpital, l'admission non planifiée (passage par les urgences hospitalières), la durée de l'admission (par rapport à la médiane), des variables sociodémographiques, ainsi que l'historique de recours aux soins ambulatoires. Des tests statistiques (tels que ceux du rapport de vraisemblance, de Hosmer-Lemeshow et des résidus de Pearson et de déviance) ont été menés pour s'assurer de la robustesse et de l'efficacité du modèle.

04 Résultats

Typologie des admissions

Au total, 20.559 admissions en psychiatrie ont été analysées sur la période allant du 01/01/2022 au 31/12/2023. Ces admissions se répartissent entre les services psychiatriques d'hôpitaux généraux (52,3 %, n = 10.748) et les hôpitaux psychiatriques (47,7 %, n = 9.811).

La majorité des séjours ont lieu dans un service neuropsychiatrique classique (Service A : 73,9 % de l'ensemble des admissions psychiatriques). Ce service concentre 77,1 % des admissions en hôpital général, contre 70,3 % en hôpital psychiatrique. Les hospitalisations de jour en service A (A1) constituent 12,1 % des cas. Les services de neuropsychiatrie infantile (Service K)^b représentent 6,9 % des admissions totales. Quel que soit le type d'établissement, ces trois services représentent à eux seuls plus de 90 % de l'ensemble des admissions psychiatriques.

^b Ce service destiné aux enfants et aux adolescents est spécifiquement axé sur la surveillance et le traitement des enfants présentant des troubles psychiatriques. Le traitement peut également avoir lieu uniquement en journée (K1) ou la nuit (K2).

Tableau 1 : Typologie des admissions psychiatriques selon le service hospitalier

Service hospitalier	Globalité (tout type d'hôpital)		Service psychiatrique d'hôpital général		Hôpital psychiatrique	
	Nombre d'admissions psychiatriques	%	Nombre d'admissions psychiatriques	%	Nombre d'admissions psychiatriques	%
Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit) – K ^a	1.423	6,9	669	6,2	754	7,7
Hospitalisation de jour en service K - K1	615	3,0	429	4,0	186	1,9
Hospitalisation de nuit en service K - K2	14	0,1	2	0,0	12	0,1
Service neuropsychiatrique (jour et nuit) – A ^b	15.183	73,9	8.288	77,1	6.895	70,3
Hospitalisation de jour en service A - A1	2.479	12,1	1.205	11,2	1.274	13,0
Hospitalisation de nuit en service A - A2	7	0,0	6	0,1	1	0,0
Service psychiatrique (jour et nuit) - T ^c	336	1,6	113	1,1	223	2,3
Hospitalisation de jour en service T - T1	306	1,5	36	0,3	270	2,8
Placement familial Tf dans un hôpital - Tf	2	0,0			2	0,0
Placement familial Tp dans une famille - Tp	2	0,0			2	0,0
Service de traitement intensif des patients psychiatriques - IB	75	0,4			75	0,8
Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destiné à des patients atteints d'affections psychogériatriques et chroniques	117	0,6			117	1,2
Total	20.559	100,0	10.748	100,0	9.811	100,0

^a Ce service est spécifiquement axé sur l'observation et le traitement des enfants (et adolescents) présentant des troubles psychiatriques et ayant besoin d'un traitement. Le traitement peut également avoir lieu uniquement en journée (K1) ou la nuit (K2).

^b Ce service est destiné à l'observation et au traitement des patients adultes présentant des troubles psychiatriques. Le traitement peut également avoir lieu en hospitalisation de jour (lits A1) ou en hospitalisation de nuit (lits A2).

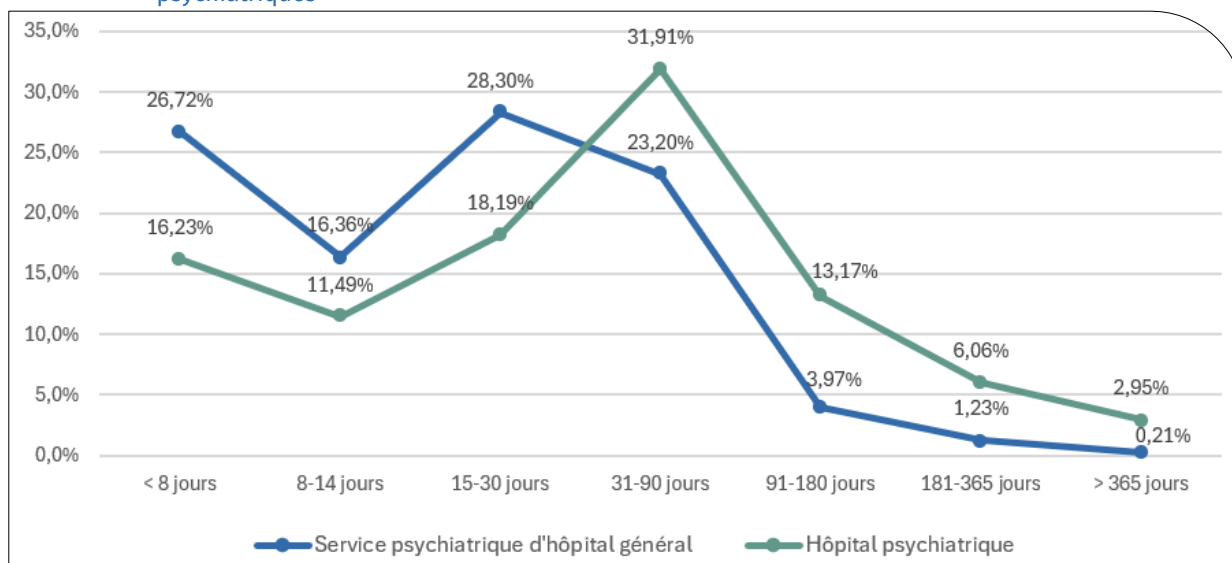
^c Ce service est destiné au traitement (jour et nuit) de problèmes chroniques et de longue durée chez les adultes en vue d'une réadaptation sociale. Les lits pour le traitement neuropsychiatrique des patients gériatriques (index Tg) sont inclus dans cette catégorie de lits.

Durée de séjour dans les services psychiatriques

La Figure 1 montre que la durée de séjour en service psychiatrique est généralement plus longue dans les hôpitaux psychiatriques que dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

Dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, plus de sept séjours sur dix (71,4 %) durent moins d'un mois, contre 45,9 % dans les hôpitaux psychiatriques. A l'inverse, près d'un tiers des séjours en hôpital psychiatrique (31,9 %) durent d'un à trois mois, contre 23,2 % dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

Figure 1: Durée de séjour dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques



Caractéristiques des patients

La moyenne et la médiane d'âge des patients s'établissent à 41 ans (peu importe le type d'établissement), soit légèrement au-dessus de celles de la population générale qui est de 40 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 41-64 ans (42,2 %), suivie des 19-40 ans (36,8 %). Ces deux groupes constituent 79 % de l'ensemble des personnes admises en psychiatrie, alors qu'au niveau de la population générale (voir Annexe 1), ils représentent 63 %. La répartition des admissions psychiatriques selon l'âge des patients ne diffère pas significativement entre les hôpitaux psychiatriques et généraux.

Les patients sont majoritairement des femmes (53,5 %). Elles s'orientent légèrement plus vers l'hôpital général (55,8 %) que vers l'hôpital psychiatrique (50,9 %).

Près de quatre patients sur dix (39,3 %) bénéficient du statut BIM, alors qu'ils représentent environ 13 % de la population générale. Concernant la catégorie sociale, 29,2 % des patients admis ont le statut d'invalidé, soit un taux largement supérieur à celui des invalides au sein de la population générale (environ 4 %). Les hôpitaux psychiatriques accueillent une population plus précaire, avec une proportion de patients BIM de 43,4 % (contre 35,6 % dans les hôpitaux généraux) et de patients invalides de 31,0 % (contre 27,6 %).

En termes de répartition géographique, 47,4 % des patients résident en Flandre, 35,6 % en Wallonie et 17,0 % à Bruxelles. Ces taux sont assez proches de ceux de la population générale. Les patients wallons sont proportionnellement plus nombreux dans les hôpitaux psychiatriques (42,1 %) que dans les hôpitaux généraux (29,7 %).

Tableau 2 : Caractéristiques de patients hospitalisés en psychiatrie selon le type d'hôpital

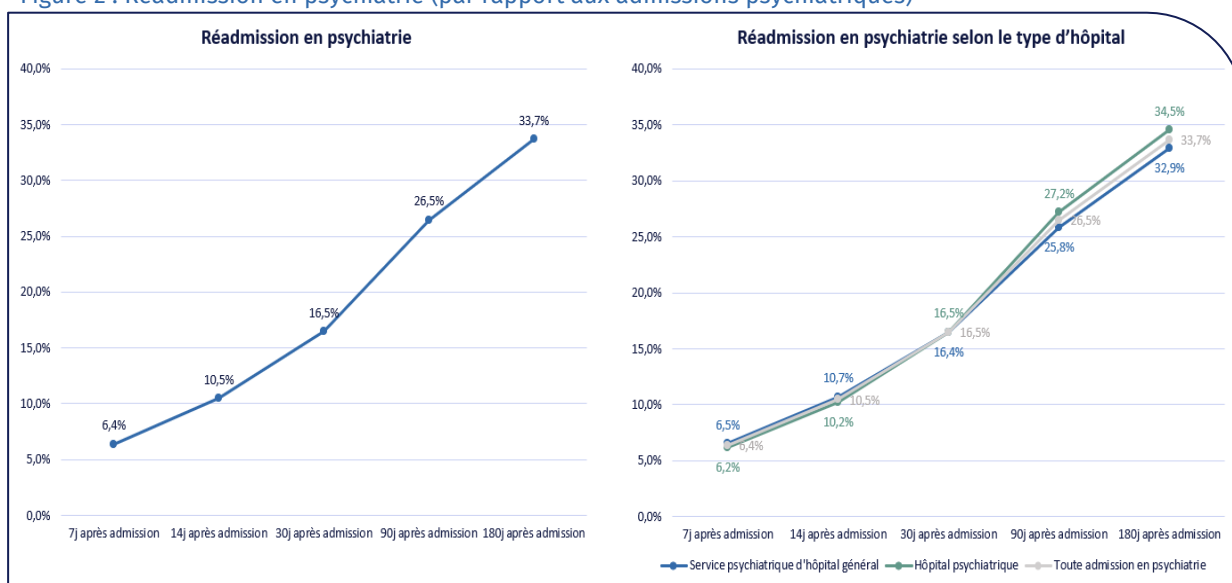
Caractéristiques des patients	Globalité (tout type d'hôpital)		Service psychiatrique d'hôpital général		Hôpital psychiatrique	
	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%
Catégorie sociale						
Agent de service public	485	2,4	296	2,8	189	1,9
Employé	2.657	12,9	1619	15,1	1.038	10,6
Handicapé	803	3,9	292	2,7	511	5,2
Indépendant	710	3,5	428	4,0	282	2,9
Invalide	6.011	29,2	2.967	27,6	3.044	31,0
Ouvrier	2.351	11,4	1.361	12,7	990	10,1
Personne à charge (PAC)	4.334	21,1	2.237	20,8	2.097	21,4
Pensionné	1.885	9,2	933	8,7	952	9,7
Veuf ou orphelin	203	1,0	90	0,8	113	1,2
Autre	1.120	5,5	525	4,9	595	6,1
Sexe						
Femme	10.994	53,5	6.002	55,8	4.992	50,9
Homme	9.565	46,5	4.746	44,2	4.819	49,1
Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)						
Non BIM	12.473	60,7	6.917	64,4	5.556	56,6
BIM	8.086	39,3	3.831	35,6	4.255	43,4
Région de domicile						
Bruxelles	3.496	17,0	2.180	20,3	1.316	13,4
Flandre	9.735	47,4	5.374	50,0	4.361	44,5
Wallonie	7.328	35,6	3.194	29,7	4.134	42,1
Groupe d'âge						
< 19 ans	2.481	12,1	1.326	12,3	1.155	11,8
19-40 ans	7.557	36,8	3.841	35,7	3.716	37,9
41-64 ans	8.678	42,2	4.695	43,7	3.983	40,6
>= 65 ans	1.843	9,0	886	8,2	957	9,8

Évolution temporelle des réadmissions en psychiatrie (suivi à 6 mois)

L'analyse longitudinale montre une augmentation constante du taux de réadmission en psychiatrie. Sur l'ensemble de la cohorte, ce taux est de 6,4 % entre le 2^e et le 7^e jour après la sortie d'hôpital, de 10,5 % entre le 2^e et le 14^e jour, et de 16,5 % entre le 2^e et le 30^e jour. À plus long terme, 26,5 % des patients sont réadmis entre le 2^e et le 90^e jour, et 33,7 % entre le 2^e et le 180^e jour (6 mois).

La stratification par type d'établissement révèle une dynamique croisée. Dans la phase précoce (2-14 jours), les réadmissions sont très légèrement supérieures pour les hôpitaux généraux. Au-delà du premier mois, la tendance s'inverse (mais les écarts restent relativement limités) : à 180 jours, le taux de réadmission est de 34,5 % pour les hôpitaux psychiatriques contre 32,9 % pour les hôpitaux généraux.

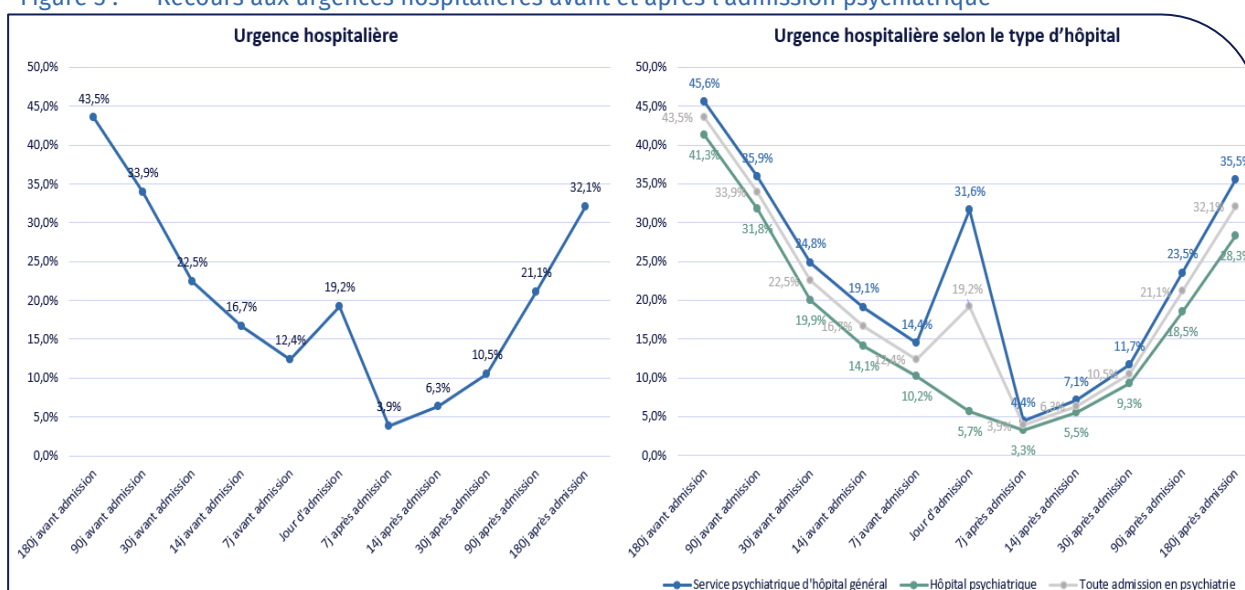
Figure 2 : Réadmission en psychiatrie (par rapport aux admissions psychiatriques)



Recours aux urgences hospitalières

L'utilisation des urgences décrit une courbe en « U » asymétrique. En phase pré-admission psychiatrique, 43,5 % des patients ont fréquenté les urgences dans les 180 jours précédant l'hospitalisation. Ce taux décroît à 22,5 % à 30 jours, puis à 12,4 % dans les 7 jours précédant l'admission en psychiatrie. Le jour de l'admission marque un rebond ponctuel (19,2 %), porté massivement par les hôpitaux généraux, où 31,6 % des admissions s'effectuent via les urgences, contre seulement 5,7 % pour les hôpitaux psychiatriques. En phase post-admission, le recours aux urgences chute à 3,9 % à 7 jours, avant de remonter progressivement pour atteindre 32,1 % à 180 jours. Les patients d'hôpitaux généraux conservent un recours aux urgences systématiquement supérieur aux patients d'hôpitaux psychiatriques tout au long de la période de 12 mois.

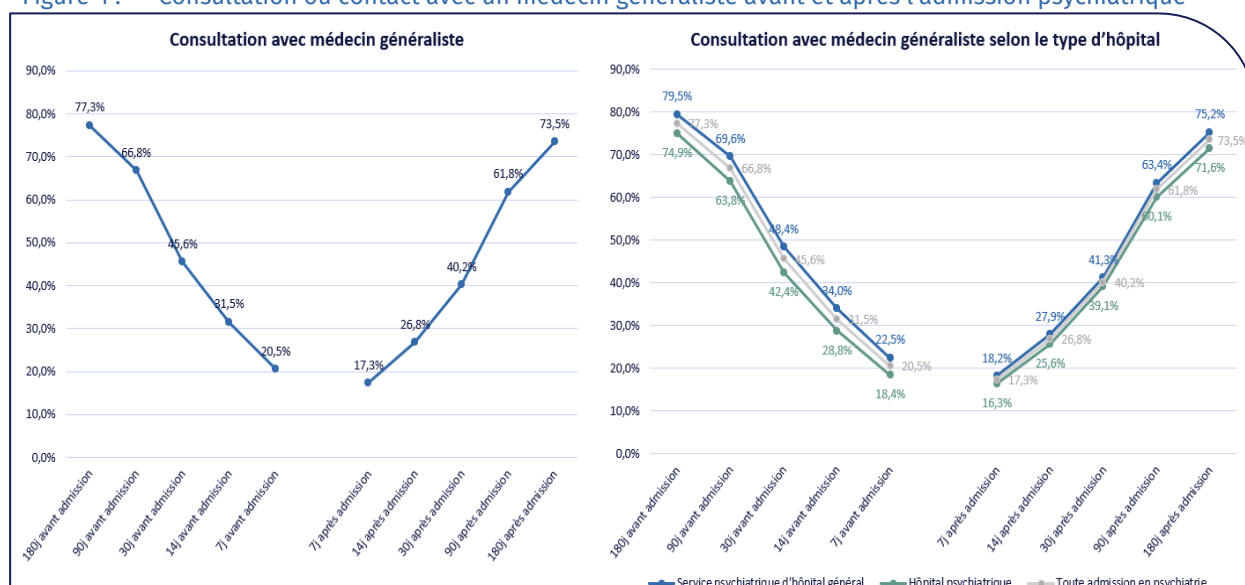
Figure 3 : Recours aux urgences hospitalières avant et après l'admission psychiatrique



Couverture et continuité des soins ambulatoires

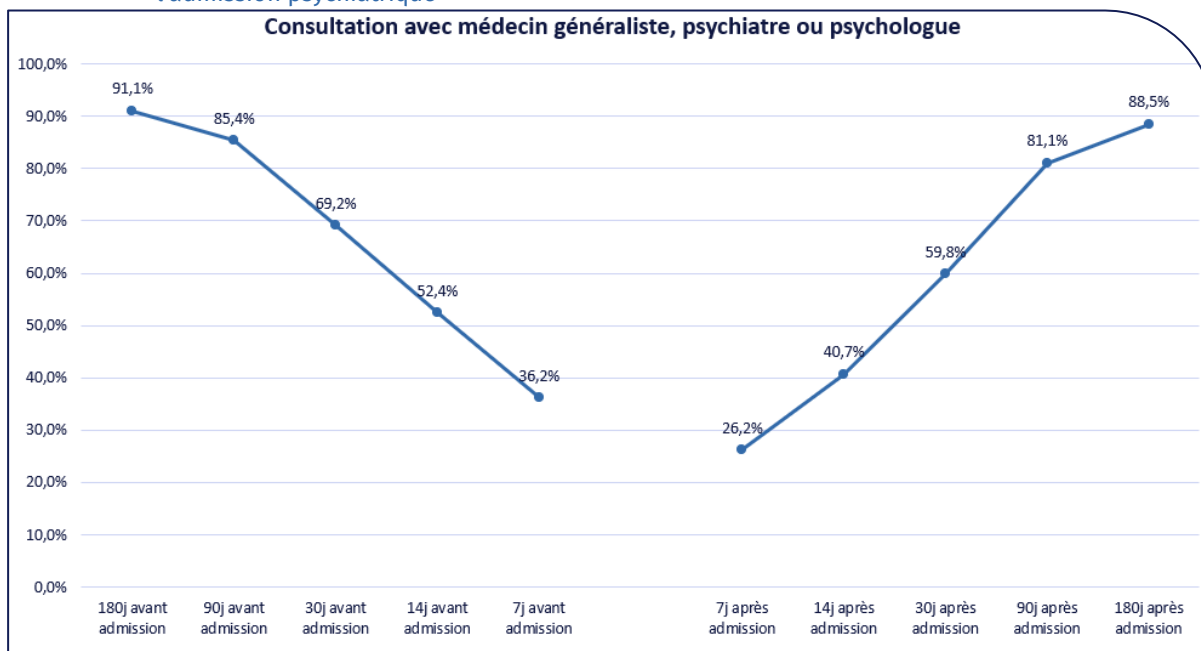
Les contacts avec le médecin généraliste sont relativement peu fréquents dans la période précédant immédiatement l'hospitalisation psychiatrique : seuls 20,5 % des patients consultent un médecin généraliste au cours des 7 jours précédant l'admission. Lorsque la période d'observation est étendue à 180 jours avant l'hospitalisation, la proportion cumulée atteint 77,3 %. La semaine suivant la sortie constitue le point critique d'une rupture de soins : seuls 17,3 % des patients consultent un généraliste entre le 2^e et le 7^e jour suivant la sortie. Ce suivi se reconstitue pour atteindre 73,5 % à 180 jours post-admission. Les patients d'hôpitaux généraux maintiennent une couverture en médecine générale toujours légèrement supérieure à celle des patients d'hôpitaux psychiatriques. Cet écart reste toutefois relativement faible pour la période qui suit la sortie d'hôpital.

Figure 4 : Consultation ou contact avec un médecin généraliste avant et après l'admission psychiatrique



En élargissant aux autres professionnels (médecin généraliste, psychiatre ou psychologue), 91,1 % des patients disposaient d'un suivi 180 jours avant leur admission. Ce taux chute à 69,2 % dans les 30 jours précédant l'hospitalisation et à 36,2 % dans les 7 jours. En post-admission, seuls 26,2 % des patients bénéficient d'une consultation (médecin généraliste, psychiatre ou psychologue) dans les 7 jours suivant leur sortie. Ce suivi global remonte par la suite pour atteindre 88,5 % à 180 jours.

Figure 5 : Consultation ou contact avec un médecin généraliste, psychiatre ou psychologue avant et après l'admission psychiatrique

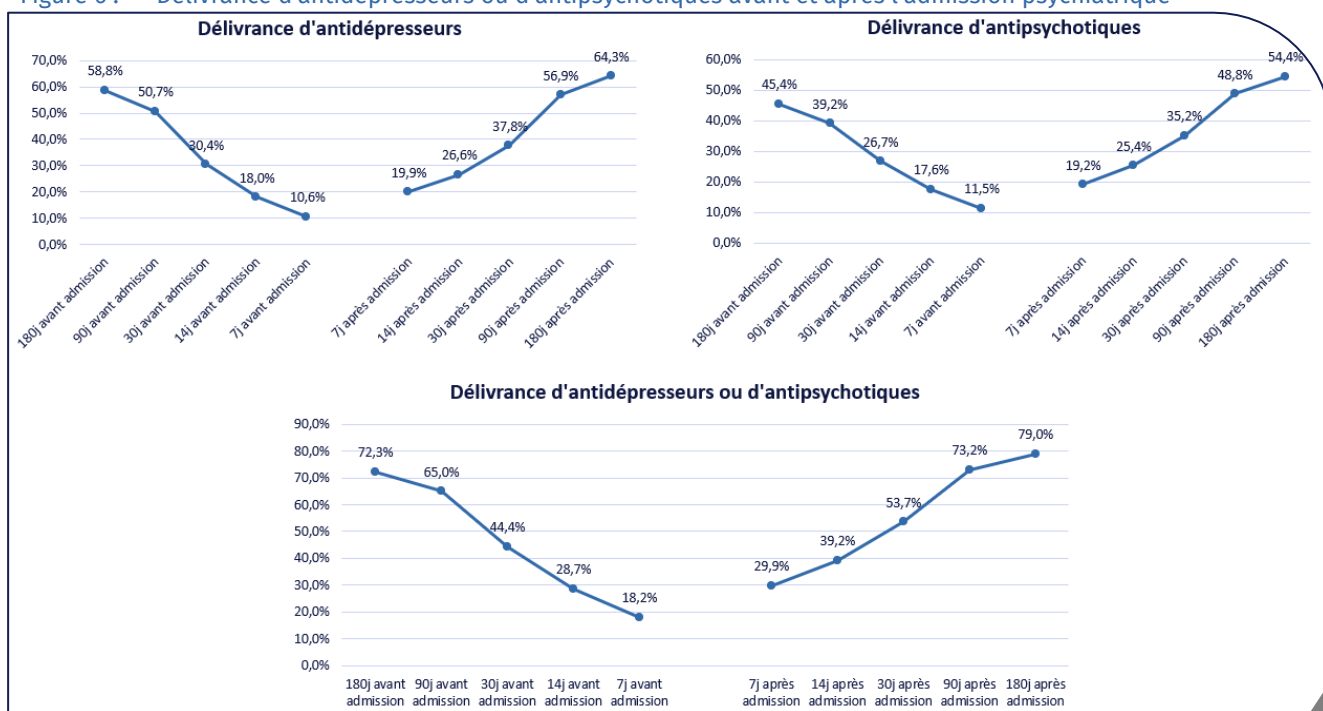


Délivrance d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques

Une diminution continue de la délivrance d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques est constatée pendant la période de pré-admission. Le taux initial se situe à 72,3 % à 180 jours avant l'admission. Cette proportion décroît pour atteindre 65,0 % à 90 jours, 44,4 % à 30 jours et à 18,2 % à 7 jours de l'admission. Près de deux patients hospitalisés sur trois en psychiatrie se sont vu délivrer des antidépresseurs ou des antipsychotiques endéans les 90 jours précédant l'admission.

Une augmentation progressive de la délivrance est enregistrée pendant la période post-admission. A 7 jours post-admission, le taux s'élève à 29,9 %. Cette croissance se maintient (53,7 % à 30 jours, 73,2 % à 90 jours), atteignant 79,0 % à 180 jours post-admission.

Figure 6 : Délivrance d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques avant et après l'admission psychiatrique



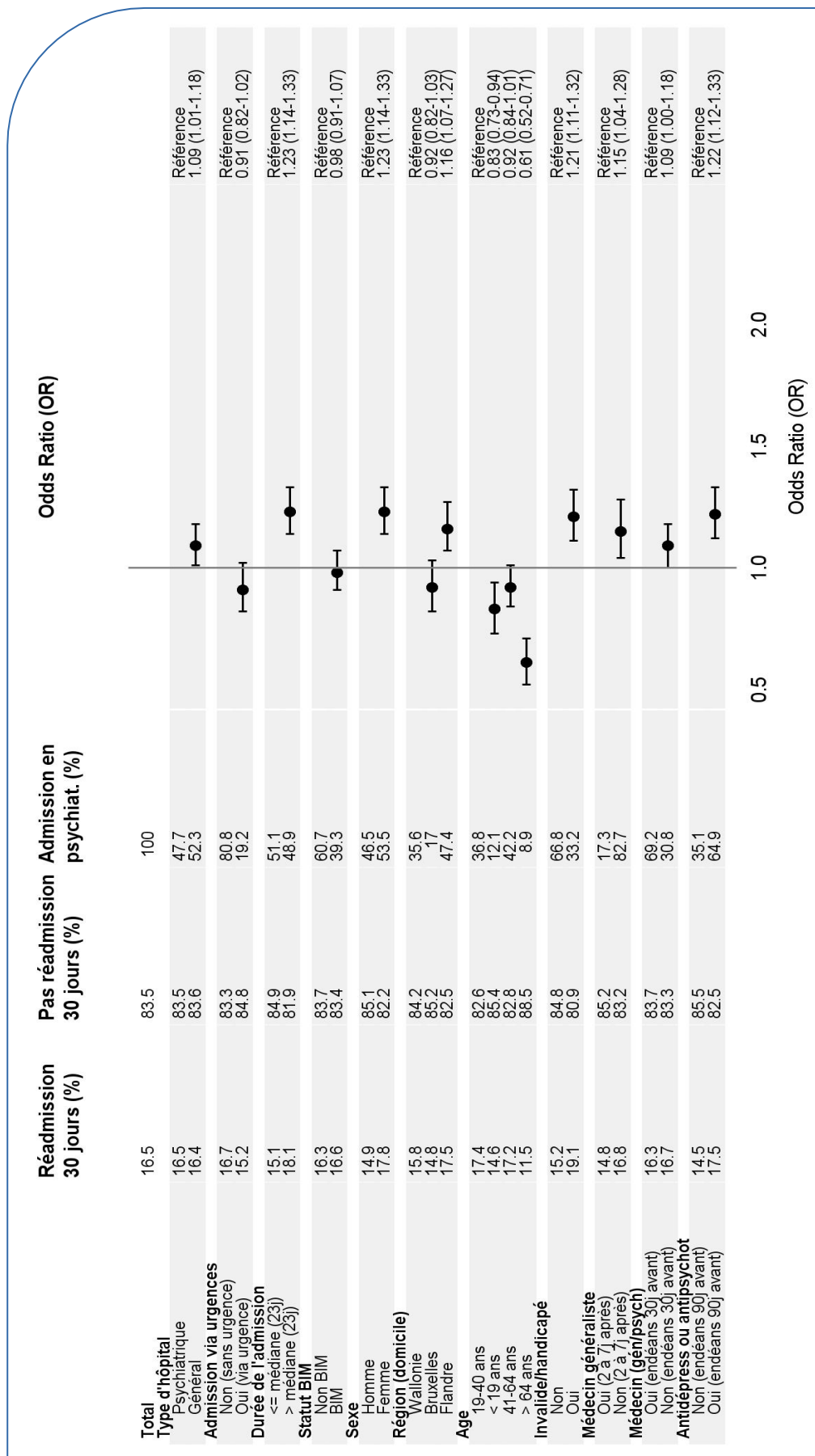
Réadmissions à 30 jours et identification des facteurs de risque

Nos données indiquent que 16,5 % des patients ont été réadmis en psychiatrie dans les 30 jours suivant leur sortie, après exclusion des réadmissions qui ont lieu le même jour ou le lendemain de la sortie d'hôpital.

La régression logistique a mis en évidence plusieurs facteurs influençant significativement ce risque de réadmission (exprimé en Odds Ratio ajusté, ORa, avec intervalle de confiance/IC à 95 %) :

- Facteurs liés au séjour : une admission dans un hôpital général augmente légèrement le risque de réadmission dans les 30 jours par rapport à un hôpital psychiatrique (ORa = 1,09 [1,01-1,18]). Les séjours dont la durée dépasse la médiane de 23 jours sont associés à un risque plus élevé de réadmission (ORa = 1,23 [1,14-1,33]). Nous ne constatons pas d'association statistiquement significative entre une admission non planifiée (admission qui se fait par les urgences hospitalières) et une réadmission.
- Facteurs sociodémographiques : les femmes présentent un risque de réadmission supérieur aux hommes (ORa = 1,23 [1,14-1,33]). Les patients résidant en Flandre ont un risque plus élevé que ceux de Wallonie (ORa = 1,16 [1,07-1,27]). Le statut d'invalidé ou d'handicapé accroît également ce risque (ORa = 1,21 [1,11-1,32]) par rapport aux personnes n'ayant pas ce statut. A l'inverse, les personnes de moins de 19 ans (ORa = 0,83 [0,73-0,94]) et celles de plus de 64 ans (ORa = 0,61 [0,52-0,71]) sont moins susceptibles d'être réadmis que les personnes âgées de 19 à 40 ans. Notons également que nous ne remarquons pas d'association statistiquement significative entre le statut BIM et la réadmission.
- Facteurs liés au parcours de soins : l'absence de consultation avec un médecin généraliste entre le 2^e et le 7^e jour post-sortie est associée à une augmentation du risque de réadmission (ORa = 1,15 [1,04-1,28]). De même, l'absence de consultation avec un médecin généraliste, un psychiatre ou un psychologue endéans les 30 jours précédant l'admission augmente légèrement le risque (ORa = 1,09 [1,00-1,18]). Enfin, la consommation d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques dans les 90 jours précédant l'hospitalisation est un prédicteur significatif de réadmission (ORa = 1,22 [1,12-1,33]).

Figure 7 : Facteurs de risque de réadmission en psychiatrie endéans les 30 jours suivant la sortie d'un séjour initial en psychiatrie



05 Discussion

Conformément à l'objectif de cette étude - à savoir la description des hospitalisations psychiatriques, la caractérisation des profils de patients, l'analyse des trajets de soins avant et après l'hospitalisation et l'identification des facteurs de risque de réadmission dans les 30 jours - plusieurs constats clairs se dégagent. Les hospitalisations psychiatriques présentent, en termes de volume, une répartition quasi équivalente entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. La population hospitalisée se caractérise par une vulnérabilité socio-économique marquée, notamment en ce qui concerne le statut BIM et l'invalidité. L'analyse met en évidence une rupture manifeste de la continuité des soins au cours de la semaine suivant la sortie : seule une minorité de patients entre en contact avec des prestataires de soins ambulatoires durant cette période. Parallèlement, les taux de réadmission sont élevés (16,5 % dans les 30 jours et 33,7 % dans les 6 mois), la proportion à 30 jours correspondant étroitement à celle rapportée dans le rapport de performance du KCE (17,6 %). Le modèle statistique confirme en outre que ces réadmissions sont associées à une combinaison de caractéristiques du séjour, de caractéristiques des patients et d'éléments relatifs au suivi ambulatoire.

Ces résultats indiquent l'existence de défis structurels en matière de continuité des soins, en particulier lors de la transition entre les soins hospitaliers et le suivi ambulatoire. Ils s'inscrivent dès lors pleinement dans les objectifs du mémorandum Horizon 2030 des Mutualités Libres, qui identifie notamment le renforcement de la planification de la sortie et du suivi posthospitalier comme axes prioritaires. Bien que cette étude ne permette pas de tirer des conclusions directes quant au degré de coordination entre les prestataires de soins ou à la présence de procédures de sortie structurées, les lacunes observées dans le suivi et leur association avec les réadmissions suggèrent que ces éléments peuvent jouer un rôle important. Ces constats constituent une base essentielle pour la poursuite de la réflexion sur les pistes d'amélioration possibles des trajets de soins.

Défis en matière de continuité des soins et rôle de la première ligne

La lacune observée dans les soins ambulatoires après la sortie est loin d'être négligeable : seuls 17,3 % des patients consultent un médecin généraliste et 26,2 % voient un prestataire de soins pertinent au sens large dans la semaine suivant la sortie de l'hôpital. L'écart avec les chiffres du rapport du KCE est particulièrement marqué : 43,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus consultent leur médecin généraliste dans les 7 jours suivant une hospitalisation (toutes causes confondues).¹⁵ Ce contraste suggère que les patients sortant d'une hospitalisation psychiatrique rencontrent probablement des obstacles spécifiques pour assurer la continuité des soins. Il n'est toutefois pas exclu que les systèmes de soins eux-mêmes disposent de moins de procédures ou de mécanismes formels pour organiser et garantir cette continuité. Par ailleurs, il convient de tenir compte de la pression croissante qui pèse sur la première ligne, confrontée à une demande de soins élevée, ce qui peut affecter la disponibilité et l'accessibilité d'un suivi rapide. Cela souligne l'importance d'une planification proactive de la sortie, impliquant la prise de rendez-vous concrets avec la première ligne avant même la sortie de l'hôpital. Le modèle de régression va dans ce sens : l'absence de suivi par un médecin généraliste dans les 7 jours est associée à une augmentation significative du risque de réadmission dans les 30 jours.

(ORa = 1,15 [1,04–1,28]), ce qui est cohérent avec les constats présentés en introduction.

De plus, la littérature internationale montre que la période suivant une sortie d'hospitalisation psychiatrique est associée à un risque de suicide fortement accru. Une méta-analyse de Chung et al. (2017) rapporte un taux estimé de 484 suicides pour 100.000 personnes-années, avec un pic pendant les trois premiers mois suivant la sortie (1.132 pour 100.000 personnes-années). Ce risque est encore plus élevé chez les patients hospitalisés pour idéation ou comportement suicidaire.¹⁶ Une étude de Che et al. (2023) montre par ailleurs qu'un suivi très rapide (dans les 7 jours) est associé à une diminution du risque de décès par suicide.¹⁷ Ces résultats confirment que la phase post-sortie constitue une période de vulnérabilité clinique accrue, durant laquelle un suivi rapide et bien organisé est crucial.

Dans ce contexte, la mise en œuvre de procédures de sortie structurées représente un levier important. Des recommandations internationales, telles que celles du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), préconisent notamment la planification d'un rendez-vous de suivi avant la sortie, la transmission rapide d'une lettre de sortie (dans les 24 heures) et la mise à disposition du plan de soins pour l'ensemble des prestataires concernés.¹⁸

Le manque de coordination des soins est également confirmé dans le rapport du KCE (2026) sur les besoins de santé non satisfaits en cas de troubles psychotiques. Bien que la majorité des patients restent fidèles à un ou plusieurs prestataires, la coordination entre institutions et prestataires différents apparaît comme un défi majeur. Les patients indiquent souvent recevoir un soutien insuffisant lors de la transition des soins intra-muros vers les soins ambulatoires.¹⁹

Des instruments tels que la concertation multidisciplinaire - compétence des entités fédérées depuis 2019 - visent à soutenir cette coordination, mais leur mise en œuvre demeure limitée et insuffisamment suivie. En Flandre, seules 2.320 concertations multidisciplinaires ont été enregistrées en 2023, sans distinction selon la problématique psychiatrique et principalement chez des patients âgés.²⁰ Aucune donnée publique n'est disponible pour la Wallonie, bien que la sous-utilisation récurrente du budget suggère un recours limité. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, il n'existe pas non plus de suivi spécifique, bien que des accords de collaboration soient en place entre Brusano (première ligne) et les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux.

Ces constats révèlent une lacune structurelle plus large : bien que des outils de coordination des soins existent dans les différentes régions, leur enregistrement, leur suivi et l'évaluation de leur efficacité demeurent insuffisants. Il est en outre plausible que ces structures de concertation ne soient pas toujours adaptées aux besoins spécifiques et aux caractéristiques des trajets des patients souffrant de troubles psychiques, ce qui peut en limiter l'usage ou l'efficacité. Des obstacles administratifs, des procédures complexes et une rémunération financière limitée des prestataires concernés constituent des explications potentielles à cette situation.

Type d'hôpital

C'est dans ce cadre que doivent également être interprétées les différences de risque de réadmission selon le type d'hôpital. La probabilité de réadmission est légèrement plus élevée lorsque l'hospitalisation de référence a eu lieu dans un hôpital général plutôt que dans un hôpital psychiatrique ($ORa = 1,09 [1,01-1,18]$). Cette différence ne peut être expliquée par la durée d'admission plus courte, généralement observée en hôpital général, puisque notre analyse montre au contraire que les patients ayant une durée de séjour plus longue présentent un risque accru de réadmission ($ORa = 1,23 [1,14-1,33]$). Un élément sur lequel nous n'avons pas de données dans notre étude concerne l'indication d'hospitalisation, qui pourrait jouer un rôle explicatif. Les deux types d'institutions prennent en charge des profils de patients partiellement différents, ce qui peut influencer le risque de réadmission. Dans les deux contextes, la dépendance à l'alcool constitue toutefois la cause spécifiée la plus fréquente d'hospitalisation (12,74 % en service psychiatrique d'un hôpital général et 15,59 % en hôpital psychiatrique). Dans les hôpitaux psychiatriques, les deuxième et troisième diagnostics principaux les plus fréquents sont respectivement les troubles psychotiques et la schizophrénie paranoïde, tandis que dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux, il s'agit des troubles dépressifs et des troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive mixte.²¹ Néanmoins, la littérature associe fréquemment les troubles psychotiques à un risque accru de réadmission. Par ailleurs, les patients présentent souvent plusieurs diagnostics et/ou des comorbidités somatiques. Des analyses supplémentaires fondées sur des données diagnostiques plus fines seraient dès lors pertinentes dans le contexte belge.

Les différences observées pourraient également refléter des disparités dans l'ancrage des trajets posthospitaliers au sein de structures de suivi à long terme. Les hôpitaux psychiatriques disposent potentiellement de réseaux de soins plus spécialisés ou de longue durée, tandis que les hôpitaux généraux s'inscrivent plus fréquemment dans une logique de soins aigus, ce qui peut avoir des implications pour la continuité des soins après la sortie.

Mode d'admission

Outre les différences entre types d'établissements, le mode d'admission (planifiée versus non planifiée) peut également éclairer les trajets de soins en santé mentale. Bien que Lassemo et al. (2021) montrent que les hospitalisations non planifiées conduisent plus souvent à des réadmissions précoces et non planifiées, notre étude n'a pas mis en évidence de lien significatif entre une admission via les urgences et le risque de réadmission.¹² Le mode d'admission ne semble donc pas, dans notre système de soins, constituer un facteur déterminant en soi. L'analyse descriptive révèle cependant des différences marquées dans les modalités d'entrée : 31,6 % des admissions en service psychiatrique d'un hôpital général ont lieu via le service des urgences, contre seulement 5,7 % dans les hôpitaux psychiatriques. Ces différences suggèrent que le mode d'admission est étroitement lié au contexte organisationnel de l'offre de soins. Les services psychiatriques des hôpitaux généraux, en raison de leur intégration dans un hôpital général et de la disponibilité directe des urgences, jouent plus souvent un rôle de porte d'entrée pour des situations aiguës ou semi-aiguës. Dans ce contexte, l'admission via les urgences peut également constituer une voie d'entrée courante au trajet de soins. À l'inverse, les hôpitaux psychiatriques accueillent plus

fréquemment des patients par le biais d'orientations planifiées. Ces constats suggèrent que le mode d'admission constitue moins un facteur explicatif direct de la réadmission qu'un indicateur de différences dans l'organisation des soins et la logique d'admission.

Une population marquée par une vulnérabilité clinique et socio-démographique

Outre les facteurs organisationnels, les caractéristiques propres aux patients jouent également un rôle majeur dans le risque de réadmission. Les patients présentant des vulnérabilités cliniques et sociales, telles que définies dans cette étude, ont un risque accru de réadmission. Sur le plan clinique, l'usage préalable de psychotropes (antidépresseurs ou antipsychotiques) augmente le risque (ORa = 1,22 [1,12–1,33]), tout comme une durée initiale de séjour supérieure à 23 jours (ORa = 1,23 [1,14–1,33]). Ces paramètres reflètent probablement une plus grande sévérité clinique ou une chronicité des troubles. La littérature mentionne toutefois également un lien entre séjours courts et réadmission⁶, ce qui indique que la relation entre durée de séjour et réadmission est plus complexe qu'un simple reflet de la gravité clinique. Les séjours courts peuvent correspondre à des troubles moins sévères, mais aussi à une stabilisation insuffisante ou à un manque d'adéquation aux besoins du patient à la sortie, tandis que les séjours plus longs concernent souvent des patients avec des problématiques plus complexes et chroniques.

Sur le plan social, le statut d'invalidé (incapacité de travail de longue durée) ou de personne en situation de handicap constitue un facteur de risque supplémentaire de réadmission (ORa = 1,21 [1,11–1,32]). Ces résultats soulignent que la coordination des soins pendant et après l'hospitalisation doit intégrer une dimension sociale forte. La surreprésentation de ces caractéristiques dans la population étudiée - 29,2 % avec un statut d'invalidé et 39,3 % bénéficiant du statut BIM - indique qu'une part importante de cette population est confrontée à une vulnérabilité financière et à une participation limitée au marché du travail. Ces vulnérabilités socio-économiques s'accompagnent souvent de conditions de logement plus précaires et de littératie en santé limitée. La littérature souligne également le rôle du niveau de pauvreté, du chômage et du niveau d'éducation. L'ensemble de ces facteurs peut constituer des barrières supplémentaires à l'accès aux soins posthospitaliers et au maintien d'un suivi stable après la sortie, notamment en raison des difficultés à se repérer dans un paysage de soins déjà fragmenté. Ces constats plaident en faveur de modèles de soins intégrés, dans lesquels le suivi clinique est structurellement complété par un soutien social et une coordination active des soins.

L'ampleur de la vulnérabilité de ce groupe cible est confirmée par le fait qu'après six mois, un tiers des patients initialement hospitalisés ont connu une réadmission. Les raisons précises ne peuvent être déterminées sur la base de nos données. Il est plausible qu'une part de ces réadmissions reflète l'évolution naturelle de certaines pathologies et soit dès lors inévitable. Les troubles sévères se caractérisent en effet par une évolution fluctuante, avec des épisodes aigus nécessitant une stabilisation en milieu hospitalier. Toutefois, ce nombre élevé de réadmissions peut également indiquer un problème structurel, traduisant une carence systémique en matière de continuité des soins, susceptible de contribuer à la déstabilisation des patients. Des analyses plus approfondies des trajectoires individuelles et des motifs de réadmission permettraient de mieux comprendre ces dynamiques.

En ce qui concerne l'âge, la majorité des hospitalisations psychiatriques concerne les groupes des 19–40 ans et des 41–64 ans, qui représentent ensemble 79 % des admissions, contre 63 % dans la population générale. Cela indique une surreprésentation des groupes d'âge actifs dans les soins psychiatriques. Les résultats montrent également que le risque de réadmission est plus faible chez les jeunes (<19 ans; ORa = 0,83 [0,73–0,94]) comme chez les personnes âgées (≥65 ans; ORa = 0,61 [0,52–0,71]) par rapport au groupe de référence des 19–40 ans. Cela suggère que les réadmissions se concentrent principalement chez les jeunes adultes et les adultes en âge actif. Cette observation doit toutefois être nuancée au regard des différences potentielles d'accessibilité aux soins de santé mentale. Les personnes âgées rencontrent souvent davantage de difficultés pour accéder à ces soins, tandis que la prise en charge des enfants et des adolescents fait face à d'importants problèmes d'accessibilité, notamment en raison des délais d'attente. Ces éléments peuvent conduire à un moindre recours à l'hospitalisation (ou à la réadmission) dans ces groupes d'âge, de sorte que le risque plus faible observé pourrait refléter un sous-recours plutôt qu'un besoin de soins réellement moindre.

Enfin, le risque plus élevé de réadmission observé chez les femmes (OR = 1,23, soit une probabilité de réadmission supérieure de plus de 20 % dans les 30 jours) doit également être interprété comme le résultat d'un ensemble complexe de facteurs. Il est bien établi que les femmes recourent en moyenne plus fréquemment et plus rapidement aux soins de santé mentale, ce qui se reflète possiblement dans leur légère surreprésentation parmi les hospitalisations psychiatriques (53,5 %). Cela peut traduire non seulement un seuil d'accès plus bas, mais aussi une détection plus précoce des rechutes, susceptible d'entraîner davantage de réadmissions, parfois plus rapides et plus appropriées.

Des différences de profils diagnostiques ou de décisions cliniques pourraient également intervenir. Des analyses complémentaires, intégrant des variables cliniques et contextuelles, sont nécessaires pour mieux comprendre et interpréter ces différences de genre.

Différences régionales et offre de soins ambulatoires de santé mentale

Les patients résidant en Flandre présentent un risque de réadmission dans les 30 jours supérieur de 16 % à celui des patients vivant en Wallonie. Une explication possible réside dans les différences régionales de l'offre de soins. L'offre de lits en hôpital psychiatrique est en effet plus importante en Flandre que dans les autres régions : 139 lits pour 100.000 habitants dans la Région flamande, contre respectivement 112 et 115 lits pour 100.000 habitants dans les Régions de Bruxelles-Capitale et wallonne. 22 La disponibilité de la capacité hospitalière peut influencer sur son utilisation, un phénomène décrit dans la littérature sous les termes de « supply-sensitive care » ou de « loi de Roemer ».23 Dans les régions disposant d'un nombre plus élevé de lits, le seuil pour une (ré)admission peut dès lors être plus bas.

Par ailleurs, des différences dans l'organisation et la disponibilité des soins de santé mentale ambulatoires entre les entités fédérées, ainsi qu'au sein des réseaux de santé mentale, peuvent également jouer un rôle. Sur la base des données disponibles, il n'est toutefois pas possible de déterminer dans quelle mesure les différences de capacité de soins ou de structures de suivi expliquent cette variation régionale.

Il existe néanmoins des indications suggérant que la capacité ambulatoire est sous tension, ce qui peut entraver la continuité des soins. Bien que les données systématiques sur les délais d'attente soient limitées, les sources disponibles offrent un aperçu de l'accessibilité des soins ambulatoires. Ainsi, le tableau de bord des Centres de Santé Mentale flamands indique qu'en 2024, le délai moyen entre l'inscription et le premier contact était de 38 jours, et de 50 jours en moyenne jusqu'au deuxième contact, ce qui implique que l'accompagnement structurel ne débute souvent qu'après plus de deux mois.²⁴ À Bruxelles, dans les Services de Santé Mentale, les patients reçoivent dans la moitié des cas une prise en charge dans les 16 jours et, dans trois quarts des cas, dans les 33 jours. Toutefois, seuls 25 % des demandes sont effectivement prises en charge ; la majorité est réorientée vers d'autres services ou prestataires de soins, qui sont eux aussi confrontés à des limitations de capacité. Il est frappant de constater que seule une minorité de ces réorientations est due à une inadéquation entre l'offre et la demande, tandis que la grande majorité résulte d'une disponibilité insuffisante des services eux-mêmes.²⁵

Ces signaux sont confirmés par une enquête de la Fédération belge de psychiatrie ambulatoire (2026), selon laquelle environ 60 % des psychiatres interrogés appliquent un arrêt des nouvelles admissions. En outre, la disponibilité à court terme des psychiatres néerlandophones est passée de 16,5 % en 2023 à 5,4 % en 2024. Par ailleurs, 33,6 % des psychiatres interrogés envisagent de réduire leurs activités ambulatoires.²⁶

Willems et al. (2025) soulignent également des tensions structurelles au sein de l'offre de soins. Selon ces auteurs, la réforme de l'article 107, qui visait une réduction du nombre de lits hospitaliers afin de soutenir la désinstitutionalisation des soins, n'a pas conduit à un développement suffisant des soins ambulatoires intensifs pour les patients atteints de troubles psychiatriques sévères. Ces patients sont dès lors souvent confrontés, d'une part, à une pénurie de lits psychiatriques et, d'autre part, à des équipes mobiles qui ne sont pas en mesure de répondre à la demande de soins intensifs.²⁷

Pris dans leur ensemble, ces constats suggèrent que les différences régionales observées en matière de réadmission ne s'expliquent pas uniquement par les caractéristiques des patients, mais qu'elles sont également étroitement liées à des différences de capacité et d'accessibilité des soins, en particulier au sein de la santé mentale ambulatoire.

Limites de l'étude

L'utilisation exclusive de données administratives et de facturation permet une modélisation fiable des parcours de recours aux soins, mais limite l'analyse clinique. L'étude ne dispose pas des diagnostics psychiatriques précis (tels que la schizophrénie, la dépression sévère), des motifs cliniques de réadmission, ni de l'évaluation du soutien familial du patient à son domicile. Par conséquent, il n'est pas possible de déterminer si le surrisque de réadmission psychiatrique en hôpital général (ORa = 1,09 [1,01-1,18]) s'expliquent par des trajectoires pathologiques spécifiques ou par des protocoles de sortie différenciés selon les institutions.

En outre, notre analyse se base uniquement sur les consultations faisant l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire : pour les équipes mobiles, seules les consultations psychiatriques sont concernées ; or, celles-ci ne représentent qu'une

petite partie de leurs activités. De même, seules les consultations psychologiques rentrant dans le cadre de la convention de soins psychologique de première ligne ont pu être analysées : les consultations en cabinet privé ou en service de santé mentale n'ont pas pu être intégrées dans l'analyse. Par conséquent, la continuité des soins pourrait être sous-estimée. A contrario, toutes les visites chez un médecin généraliste ont été reprises dans l'analyse, sans que l'on puisse faire la distinction du motif ayant entraîné celle-ci (qui pourrait donc être autre que l'affection concernée par l'hospitalisation), ce qui pourrait entraîner une surestimation de la continuité des soins.

Par ailleurs, les patients inscrits dans une maison médicale n'ont pas été exclus de l'analyse. Cela peut entraîner une légère sous-estimation des indicateurs relatifs au suivi ambulatoire après la sortie, dans la mesure où les contacts dans ces structures ne sont pas facturés à l'acte, mais relèvent d'un modèle de financement forfaitaire, et ne sont dès lors pas visibles dans les données administratives utilisées. Toutefois, une modélisation excluant cette population n'a pas montré d'impact significatif sur les résultats, notamment ceux du modèle statistique. Afin de capter au maximum la population hospitalisée en psychiatrie, il a donc été décidé de ne pas exclure ces patients.

Conclusion

Afin de réduire le taux élevé de réadmission en psychiatrie - 16,5 % dans les 30 jours et 33,7 % dans les six mois – un renforcement de la continuité des soins apparaît essentiel. C'est surtout la période suivant immédiatement la sortie de l'hôpital qui constitue un moment charnière critique, durant lequel les patients doivent être reconnectés à leur réseau de soins ambulatoires.

Nos résultats montrent que l'absence d'un suivi en temps opportun est associée à un risque accru de réadmission. Combinées aux données de la littérature existante, ces observations suggèrent que les réadmissions ne sont pas uniquement le résultat de l'évolution clinique individuelle, mais qu'elles sont également influencées par des facteurs tels que l'organisation des trajets de soins, l'accessibilité des soins ambulatoires et le degré de coordination entre les différents niveaux de soins.

Le renforcement du suivi en première ligne, avec une attention particulière portée aux sept premiers jours suivant la sortie, peut contribuer à limiter la fragmentation des soins et à réduire les réadmissions évitables. Cette approche nécessite une organisation des soins plus proactive et mieux coordonnée, dans laquelle la continuité est intégrée de manière systématique tout au long du trajet de soins.

06 Recommandations

À l'attention des autorités fédérales et régionales

- **Renforcer de manière structurelle la capacité et l'accessibilité des soins de santé mentale ambulatoires, tant en première ligne que spécialisés**, afin de réduire les délais d'attente et d'éviter que les sorties d'hospitalisation n'aboutissent à des ruptures de soins ou à des réadmissions évitables.
- Rendre la **concertation multidisciplinaire** en santé mentale plus simple, plus flexible et mieux adaptée aux besoins du public cible, en réduisant les obstacles administratifs, en garantissant une rémunération équitable et en permettant également des concertations en équipes plus restreintes et ciblées.
- **Investir dans le partage intégré des données et dans l'infrastructure de données intégrée** permettant de rendre visibles les trajets de soins en santé mentale à travers les différents contextes de soins et niveaux de compétences, afin de faciliter le suivi, l'évaluation et le pilotage des politiques de santé.
- Développer et implémenter des **indicateurs de continuité des soins** (par exemple : contact dans les 7 jours suivant la sortie, taux de réadmission) et y associer un dispositif de monitoring systématique et de feedback.

Recommandations à l'attention des établissements de soins et des prestataires qui y sont rattachés

- **Systématiser la rédaction d'un plan de soins interdisciplinaire et transmurale dès le début de l'hospitalisation**, intégrant de manière systématique le screening des risques et la gestion de la sortie comme composantes de ce plan.
- **Assurer une transmission standardisée et rapide de l'information vers les prestataires de soins en aval**, afin qu'ils disposent des informations cliniques et sociales nécessaires à la poursuite de la prise en charge. Des **normes minimales de transmission de l'information** doivent être définies à cet effet.
- **Reconnaître et renforcer le rôle de la famille ou de l'entourage comme partenaires de soins**. Structurer leur implication via des entretiens contextuels systématiques avant la sortie, un soutien et un accompagnement ciblés, ainsi qu'une meilleure articulation avec le contexte social et résidentiel, dans le respect de l'autonomie du patient.

À l'attention des acteurs impliqués dans la transition transmurale

- **Garantir un premier contact rapide après la sortie**. Définir que chaque patient ait un contact avec un prestataire de soins ambulatoires dans un délai court et clairement défini (par exemple dans les 7 jours suivant la sortie).
- **Différencier le suivi en fonction des profils de risque, avec un accompagnement plus intensif pour les patients** présentant un risque accru de réadmission.
- Organiser une **coordination structurelle des soins** pour les patients ayant des besoins complexes, en désignant pour chaque patient un coordinateur de soins

attitré (p. ex. le médecin généraliste, un membre d'une équipe mobile ou un autre professionnel), responsable du suivi posthospitalier et de l'articulation entre les acteurs de soins et de l'aide sociale. Ancrer ce rôle dans un trajet de soins et prévoir, le cas échéant, un **financement structurel**.

- **Recourir de manière structurelle à des pairs-aidants** comme partenaires de la coordination des soins, tant durant l'hospitalisation que dans le suivi après la sortie, afin de soutenir les patients dans leur processus de rétablissement, leur adhésion thérapeutique et leur intégration dans les soins ambulatoires.

À l'attention des associations professionnelles scientifiques et des chercheurs

- **Investir dans des recherches complémentaires** permettant d'intégrer davantage de paramètres cliniques dans l'analyse de la continuité des soins en Belgique.
- **Développer des lignes directrices scientifiques** adaptées au contexte belge, offrant des outils concrets aux prestataires des secteurs hospitalier et ambulatoire pour une meilleure mise en œuvre de la continuité des soins.

07 Annexe

Annexe 1: Caractéristiques de patients hospitalisés en psychiatrie selon le type d'hôpital, comparaison avec la population générale

Caractéristiques des patients	Globalité (total des séjours psychiatriques)		Service psychiatrique d'hôpital général		Hôpital psychiatrique		Population générale
	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%	%
Catégorie sociale							
Agent de service public	485	2,4	296	2,8	189	1,9	3,5
Employé	2.657	12,9	1.619	15,1	1.038	10,6	22,6
Handicapé	803	3,9	292	2,7	511	5,2	0,4
Indépendant	710	3,5	428	4,0	282	2,9	9,4
Invalide	6.011	29,2	2.967	27,6	3.044	31,0	4,1
Ouvrier	2.351	11,4	1.361	12,7	990	10,1	11,8
Personne à charge (PAC)	4.334	21,1	2.237	20,8	2.097	21,4	31,1
Pensionné	1.885	9,2	933	8,7	952	9,7	14,0
Veuf ou orphelin	203	1,0	90	0,8	113	1,2	1,5
Autre	1.120	5,5	525	4,9	595	6,1	1,5
Sexe							
Femme	10.994	53,5	6.002	55,8	4.992	50,9	50,8
Homme	9.565	46,5	4.746	44,2	4.819	49,1	49,2
Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)							
Non BIM	12.473	60,7	6.917	64,4	5.556	56,6	87,2
BIM	8.086	39,3	3.831	35,6	4.255	43,4	12,8
Région de domicile							
Bruxelles	3.496	17,0	2.180	20,3	1.316	13,4	20,0
Flandre	9.735	47,4	5.374	50,0	4.361	44,5	44,0
Wallonie	7.328	35,6	3.194	29,7	4.134	42,1	36,0
Groupe d'âge							
< 19 ans	2.481	12,1	1.326	12,3	1.155	11,8	21,9
19-40 ans	7.557	36,8	3.841	35,7	3.716	37,9	29,8
41-64 ans	8.678	42,2	4.695	43,7	3.983	40,6	32,9
>= 65 ans	1.843	9,0	886	8,2	957	9,8	15,5

08 Bibliographie

- ¹ S Gerkens, M Lefèvre, N Bouckaert, M Levy, C Maertens de Noordhout, C Obyn, C Devos, A Scohy, A Vlayen, H Yaras, C Janssens, P Meeus. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) 2025. KCE Reports 376As. DOI: D/2025/10.273/42.
- ² Haggerty J L, Reid R J, Freeman G K, Starfield B H, Adair C E, McKendry R et al. Continuity of care: a multidisciplinary review *BMJ* 2003; 327 :1219 doi:10.1136/bmj.327.7425.1219
- ³ Digel Vandyk A, Graham ID, VanDenKerkhof EG, Ross-White A, Harrison MB. Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis. *Int J Evid Based Healthc.* 2013;11(2):94-109. doi:10.1111/1744-1609.12024
- ⁴ Hermans S, Sevenants A. Referentiekader over continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2020)
- ⁵ Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, et al. Exploring risk factors for re-hospitalization in a psychiatric inpatient setting: a retrospective naturalistic study. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):821. doi:10.1186/s12888-022-04472-3
- ⁶ Gentil L, Grenier G, Vasiliadis HM, Fleury MJ. Predictors of Length of Hospitalization and Impact on Early Readmission for Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22). doi:10.3390/ijerph192215127
- ⁷ Carbonel-Aranda V, González A, García-Illanes Y, et al. Factors Associated with Hospital Readmission in a Population with a Diagnosis of Personality Disorder. *Actas Esp Psiquiatr.* 2024;52(6):750-758. doi:10.62641/aep.v52i6.1796
- ⁸ Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):2. doi:10.1186/s12888-016-1172-3
- ⁹ Fonseca Barbosa J, Gama Marques J. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry.* 2023;69(5):1075-1089. doi:10.1177/00207640221143282
- ¹⁰ Katschnig H, Straßmayr C, Endel F, Posch M, Steiner I. Are early post-discharge physician contacts associated with 30-day psychiatric re-hospitalisation? A nationwide claims data based retrospective cohort study in Austria free of immortal time bias. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2023;33(1):e1983. doi:10.1002/mpr.1983
- ¹¹ Leppanen J, Kieseppä V, Eskelinen S, et al. Clinical predictors of readmission to psychiatric inpatient care: A 20-year follow up study of former adolescent inpatients. *Psychiatry Res.* 2025;351:116606. doi:10.1016/j.psychres.2025.116606
- ¹² Lassemø E, Myklebust LH, Salazzari D, Kalseth J. Psychiatric readmission rates in a multi-level mental health care system - a descriptive population cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):378. doi:10.1186/s12913-021-06391-7
- ¹³ Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, et al. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):227. doi:10.1186/s12888-017-1386-z
- ¹⁴ Musgrove R, Carr MJ, Kapur N, et al. Primary care contact, clinical management, and suicide risk following discharge from inpatient mental health care: a case-control study. *BJGP Open.* 2024;8(4):BJGPO.2023.0165. doi:10.3399/BJGPO.2023.0165

-
- ¹⁵ S Gerken, M Lefèvre, N Bouckaert, M Levy, C Maertens de Noordhout, C Obyn, C Devos, A Scohy, A Vlayen, H Yaras, C Janssens, P Meeus. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) 2025. KCE Reports 376As. DOI: D/2025/10.273/42.
- ¹⁶ Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):694-702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
- ¹⁷ Che SE, Gwon YG, Kim KH. Follow-Up Timing After Discharge and Suicide Risk Among Patients Hospitalized With Psychiatric Illness. *JAMA Netw Open*. 2023;6(10):e2336767. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.36767
- ¹⁸ Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings (2016) NICE guideline NG53
- ¹⁹ Claessens Z, Wens I, Steyfkens V, Schönborn C, Bohyn A, Sageot M, Olieslaeger E, Van Winkel R, Oswald P, Huys I, Obyn C, Paradis J, Kohn L, Cleemput I, Maertens De Noordhout C. NEED: Besoins non rencontrés liés à la santé associés aux troubles psychotiques – Synthèse. Needs Examination, Evaluation and Dissemination (NEED). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) 2026. KCE Reports 418Bs. <https://doi.org/10.57598/R418BS>.
- ²⁰ Schriftelijke vraag nr. 455 (28 februari 2025) en nr. 624 (2 april 2025). Vlaams Parlement.
- ²¹ Prévalence des pathologies dans les établissements psychiatriques. (2023). SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire, Environnement.
- ²² Offre et activité dans les HP et les SPHG pour les adultes. Vers une Belgique en bonne santé.
- ²³ Delamater PL, Messina JP, Grady SC, WinklerPrins V, Shortridge AM. Do More Hospital Beds Lead to Higher Hospitalization Rates? A Spatial Examination of Roemer's Law. *PLOS ONE*. 2013;8(2):e54900. doi:10.1371/journal.pone.0054900
- ²⁴ Departement Zorg. Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (Online publicatie). Brussel, geraadpleegd op 15 juni 2026. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>
- ²⁵ Susswein, R., « Saturation II. Résultats du 2^e recensement des demandes adressées aux Services de Santé Mentale bruxellois (2022-2023) - Synthèse du rapport », Bruxelles, Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale
- ²⁶ Belgische Federatie voor Ambulante Psychiatrie. Wetenschappelijk-beleidsmatige motiveringsnota (2026) https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/rapport_bfap.pdf
- ²⁷ Willems R, Catthoor K, Cools O, et al. Mental health services in Belgium. *Int Rev Psychiatry*. 2025;37(3-4):229-241. doi:10.1080/09540261.2024.2386052



Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Nos études sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mai 2026
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Les Mutualités Libres regroupent :

part&namut
Mutualité Libre

helan
Mutualité libre

freie
krankenkasse