

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document
de *travail*

SÉRIE SOURCES ET METHODES
N° 38 • Novembre 2012

Étude de faisabilité sur la diversité
des pratiques en psychiatrie

Magali COLDEFY, Clément NESTRIGUE et Zeynep OR



Direction de la recherche, des études
de l'évaluation et des statistiques
DREES

Série
Sources et méthodes

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Étude de faisabilité sur la diversité
des pratiques en psychiatrie
Rapport final

Magali COLDEFY, Clément NESTRIGUE et Zeynep OR (Irdes)

n° 38 – novembre 2012

Remerciements

Ce document, co-édité avec l'Irdes, est le rapport final de l'étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie établi pour le compte de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Les auteurs remercient Yann Bourgueil et Véronique Lucas-Gabrielli pour leur relecture attentive, ainsi qu'Isabelle Leroux pour son analyse de l'exhaustivité du RIM-P et ses précieux conseils pour la prise en main des bases de données. Ils tiennent par ailleurs à préciser qu'ils sont seuls responsables du contenu de ce document et des éventuelles erreurs qu'il pourrait contenir.

Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie

Malgré des sources riches et de mieux en mieux renseignées, la production de connaissances sur les populations suivies en psychiatrie bute encore sur la complexité d'utilisation des données. Cette étude vise à vérifier dans quelle mesure les sources de données actuelles - la Statistique annuelle des établissements (SAE), mais également les plus récentes, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP) - permettent l'analyse de la diversité des pratiques en psychiatrie. Cette étude de faisabilité porte ainsi sur deux pathologies traceuses, la dépression et la schizophrénie, pathologies majeures dans la prise en charge psychiatrique. Elle mobilise les données du Rim-P 2010.

Après un rapide panorama de l'état des connaissances en matière de variabilité des pratiques, nous présentons le Rim-P, ses concepts et définitions, et étudions son exhaustivité et la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient. Nous faisons ensuite le point sur l'identification possible des patients pris en charge pour troubles dépressifs et schizophréniques à travers l'analyse de leurs épisodes et parcours de soins, ainsi que sur les limites et biais du Rim-P pour observer les disparités des prises en charge. Enfin, nous suggérons des pistes d'analyse des disparités des pratiques en psychiatrie en proposant des indicateurs mobilisables, des échelles d'analyse pertinentes ainsi que des facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités.

Feasibility report on the diversity of psychiatric care practices

The production of knowledge on populations receiving psychiatric care in France still comes up against the complexity of using the relevant data made available by increasingly richer sources. This study aims to examine the extent to which current French data sources permit analysing the diversity of psychiatric treatment practices. Using the Medicalised Information Database for Psychiatry (RIM-P), this feasibility study concentrates on two major 'marker-diseases' in psychiatric care, depression and schizophrenia.

After supplying a brief overview of current knowledge on the diversity of psychiatric treatment practices, we present the RIM-P, its concepts and definitions, and study the comprehensiveness of supplied data and the quality of continuity of care records for a same patient. We then go on to consider the feasibility of identifying patients treated for depression or schizophrenia through an analysis of their treatment episodes and care paths, and examine the RIM-P's limitations and biases in the observation of treatment disparities. Finally, we suggest methods for analysing disparities in psychiatric treatment practices using indicators, relevant scales of analysis and explanatory factors that could potentially explain these disparities.

Sommaire

Introduction	9
I. Le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P).....	13
1. Concepts et définitions.....	13
1.1. Natures de prise en charge et formes d'activité.....	13
1.2. Les notions de séjours, séquences et actes.....	14
1.3. Les unités de compte de l'activité	17
2. Analyse de l'exhaustivité du recueil.....	17
2.1. Exhaustivité et prises en charge à temps complet et partiel.....	18
2.2. Exhaustivité et prises en charge ambulatoires	20
3. Analyse de la qualité de réponse aux différentes variables du recueil.....	20
4. Le chaînage des prises en charge	23
4.1. Présentation des fichiers de données	23
4.2. Appariement des fichiers ANO, RPSA et R3A	24
4.2.1. Contrôles et corrections effectués.....	26
4.3. Identification des patients	29
II. Appréhender les prises en charge de la dépression et de la schizophrénie à partir du Rim-P	31
1. Identification des patients	31
1.1. Critères diagnostiques.....	32
1.2. Définition des prises en charge.....	34
1.3. Limites et biais de l'analyse des disparités de prise en charge en psychiatrie à partir du Rim-P	38
III. Analyse de la variabilité des pratiques en psychiatrie : enjeux méthodologiques et perspectives ..	43
1. Indicateurs mobilisables.....	43
2. Échelles d'analyse de la variabilité des prises en charge en psychiatrie.....	45
2.1. Les échelles d'analyse pertinentes en psychiatrie.....	45
2.2. Enjeux méthodologiques	47
3. Expliquer les disparités : données mobilisables à partir du système d'information existant	51
3.1. Au niveau de l'individu	51
3.2. Au niveau du code géographique de résidence du patient.....	52
3.3. Au niveau de l'offreur de soins : établissement ou secteur de psychiatrie	53
3.4. Au niveau du territoire de santé ou département	56
Synthèse et recommandations pour l'étude de la variabilité des pratiques en psychiatrie.....	57
Bibliographie.....	61

Introduction

Dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a participé à la construction d'un système d'information sur l'offre de soins hospitalière en psychiatrie en triptyque. Ce système s'appuie maintenant sur trois bases de données : le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), les Rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) et la Statistique annuelle des établissements (SAE). Si la SAE existe depuis de nombreuses années, les deux autres recueils sont plus récents et devraient permettre, pour la première fois, de dresser un portrait complet de la prise en charge hospitalière de la maladie mentale en France et des populations suivies.

Le Rim-P, équivalent du Programme de médicalisation des systèmes de santé (PMSI) en médecine, chirurgie obstétrique (MCO), a été généralisé à l'ensemble des établissements de santé français ayant une autorisation d'activité en psychiatrie en 2006. Son exhaustivité et sa qualité se sont améliorées année après année malgré l'absence d'une tarification associée, et permettent aujourd'hui d'envisager une exploitation des données et de proposer pour la première fois une description et une analyse des populations suivies à l'hôpital en psychiatrie, et de leur prise en charge. Par ailleurs, les rapports d'activité de psychiatrie, recueillis pour la première fois par la Drees en 2009 sur l'année 2008, remplacent les rapports d'activité de secteur précédemment recueillis en élargissant le champ des structures interrogées à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sectorisés ou non. Le questionnement a été modifié pour permettre une analyse des données à différentes échelles : celle des structures, des secteurs, des territoires de santé, des établissements, des départements ou des régions, ainsi que pour mieux identifier l'organisation thématique de certaines prises en charge en direction de certaines pathologies ou populations. Les RAPSY fournissent ainsi des informations précieuses pour décrire l'organisation des soins en psychiatrie de manière à la fois quantitative et qualitative. Enfin, depuis 2006, la SAE comporte un bordereau d'interrogation spécifique à la psychiatrie permettant de recueillir annuellement des informations synthétiques sur les professionnels, les capacités et l'activité des établissements de santé.

Ces informations sont riches mais complexes. Elles permettront à terme de produire de la connaissance sur les populations suivies en psychiatrie et sur la variabilité des prises en charge et des pratiques. Le coût important d'entrée dans ces nouvelles bases de données, l'absence d'études approfondies à partir de ces bases, et plus généralement, la complexité des recueils, des situations et de l'organisation des soins et de la prise en charge en psychiatrie, font qu'un premier travail exploratoire était nécessaire pour établir la faisabilité d'études sur la variabilité des pratiques en psychiatrie à partir de ces bases de données administratives, en identifier les limites et biais possibles.

Le projet de recherche développé par l'Irdes pour la Drees vise à étudier cette faisabilité, en tenant compte des différentes spécificités du champ psychiatrique. L'étude de faisabilité porte sur deux pathologies traceuses : la dépression et la schizophrénie, pathologies majeures dans la prise en charge psychiatrique, et mobilise les données du Rim-P 2010.

Pour ce projet, un comité d'experts a été réuni. Il est composé de médecins responsables des Départements d'information médicale (Dim) au sein d'établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie et de médecins psychiatres. Ont participé à ce comité :

- Dr. Eric Chomette, Praticien hospitalier en santé publique, chef de service, Dim Sainte-Anne, Paris.
- Pr. Bruno Falissard, Professeur de biostatistique, Praticien hospitalier pédopsychiatre, Directeur de l'unité Inserm U669 (santé mentale de l'adolescent).
- Dr. Serge Kannas, Praticien hospitalier psychiatre, ancien chef de service, ancien coordinateur de la MNASM.
- Dr. Claude Marescaux, Praticien hospitalier en santé publique, responsable du Dim, CH le Vinatier, Lyon.
- Dr. Bernard Odier, Praticien hospitalier psychiatre, responsable de la Policlinique de l'ASM 13, attaché de recherche au Dim, Paris.
- Dr. Dominique Robert, Psychiatre Chef de pôle, responsable Dim CESAME, Angers.

Ce document est le produit des six mois de travaux réalisés par l'Irdes en collaboration avec la Drees et le comité d'experts réunis régulièrement pour répondre à la question de la faisabilité d'analyse de la diversité des prises en charge en psychiatrie pour dépression et schizophrénie à partir du Rim-P. Le rapport, après une brève introduction sur l'état des connaissances en matière de variabilité des pratiques, s'articule autour de trois points :

- le premier point présente le Rim-P, ses concepts et définitions et analyse son exhaustivité et la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient ;
- suite à ce bilan sur le recueil d'informations, le deuxième chapitre fait le point sur l'identification possible des patients pris en charge pour troubles dépressifs et schizophréniques et l'analyse de leurs épisodes et parcours de soins, ainsi que sur les limites et biais du Rim-P pour analyser les disparités des prises en charge ;
- enfin, le troisième point présente des pistes d'analyse des disparités des pratiques en psychiatrie, en proposant des indicateurs mobilisables, des échelles d'analyse pertinentes pour cette problématique, ainsi que des facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités qu'il est possible d'étudier dans le cas français avec le système d'information existant.

L'analyse de la variabilité des pratiques médicales constitue un champ d'étude important qui s'est développé depuis les années 1970 (Corallo *et al.*, 2012 ; Weinmann *et al.*, 2010), bien que des premiers travaux aient commencé dès les années 1930 (Or, Verboux, à paraître). La plupart de ces travaux ont été réalisés en Amérique du Nord, au Royaume-Uni, les études françaises restent encore rares. Concernant les variabilités des pratiques au sein des établissements de santé, les principaux thèmes étudiés ont longtemps concerné les soins chirurgicaux (Paul-Shaheen *et al.*, 1987), mais depuis les années 1990, se sont étendus à l'étude de la prise en charge des cancers et aux soins palliatifs. La variabilité des pratiques et du recours en psychiatrie constitue un champ peu étudié en France et dans les pays occidentaux. La plupart des études recensées dans ce champ portent sur la pharmacopée et plus rarement sur la variabilité des prises en charge « institutionnelles ». Pourtant, plusieurs auteurs et praticiens soulignent la grande variabilité des trajectoires de soins pour des malades supposés avoir des caractéristiques semblables (Rineau, 2000 ; Terra, 2001). L'organisation des soins, l'environnement sanitaire, social, économique de la structure de soins vont notamment participer à expliquer cette disparité des prises en charge.

Les déterminants peuvent être étudiés à travers la prise en charge de certaines pathologies. L'analyse des disparités spatiales de recours à la psychiatrie par groupe de diagnostics, l'analyse du partage de la prise en charge entre secteurs hospitaliers (publics, privés,

spécialisation de certains établissements), ainsi que l'analyse des différences de prise en charge à pathologie égale, constituent des problématiques essentielles et aujourd'hui peu documentées dans le paysage psychiatrique français.

Parmi les motifs fréquemment évoqués pour expliquer le manque de recherches dans ce domaine, la multiplicité des intervenants, des organisations dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, et la complexité des données traduisant ces organisations sont souvent avancées.

Plusieurs acteurs participent à la prise en charge sanitaire de la maladie mentale en France : les établissements publics ou privés participant au secteur public, spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale ou non, participant à la sectorisation psychiatrique ou non, les établissements privés à but lucratif, et du côté de la ville, les psychiatres, les psychologues et les médecins généralistes. La répartition inégale sur le territoire de ces différents producteurs de soins a des conséquences sur les modalités de prise en charge d'un individu.

Par ailleurs, une partie des maladies mentales étant des **pathologies chroniques et évolutives**, les prises en charge développées en psychiatrie sont complexes et variées pour répondre aux différentes phases de la maladie. Elles intègrent à côté de l'hospitalisation à temps plein et à temps partiel de jour et de nuit, une multitude de modalités alternatives, allant du temps complet (accueil familial thérapeutique, en appartement thérapeutique, en centre de postcure), à l'ambulatoire (consultations au centre médico-psychologique, en institution, en unité de soins somatiques, ...) en passant par des prises en charge à temps partiel en atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel notamment. De ce fait, mesurer l'activité psychiatrique devient une question plus complexe, peu comparable au champ MCO. L'activité n'est pas mesurable en actes, mais plutôt en termes de prises en charge ou encore de « mises en relation » (Deniau *et al.*, 1985), elle est diversifiée selon des séquences, avec des modes de prises en charge tantôt hospitaliers, tantôt ambulatoires, définissant des « trajectoires de soins » pour un patient (Robert, 2007). Ces modalités de prise en charge ont été très inégalement développées par les établissements. Par conséquent les prises en charge proposées par les établissements pour une pathologie donnée peuvent fortement différer et posent la question de l'équité d'accès aux soins, en l'occurrence de l'équité d'accès à des soins de qualité pour la population sur le territoire.

La multiplicité des stratégies thérapeutiques possibles en psychiatrie, et l'absence de protocoles ou standards validés en termes d'organisation ou de qualité des soins [la plupart des recommandations cliniques portent sur les traitements médicamenteux (Bottéro, 2001)] rendent difficile l'analyse des disparités de prise en charge en psychiatrie. En effet, dans le champ hospitalier MCO, on observe une volonté d'harmonisation des pratiques médicales. La tarification à l'activité a contribué à une meilleure définition des prestations de soins pour chaque type de cas traité, et a amené une prise de conscience des variations de pratiques médicales entre différents établissements (Or, Verboux, à paraître). Dans le champ psychiatrique, la connaissance de la variabilité des prises en charge sur les territoires reste très limitée aujourd'hui.

Cette première étude de faisabilité vise à mesurer la capacité des bases de données médico-administratives à nous renseigner sur ces disparités et à orienter les recherches futures visant à mieux comprendre les disparités de prise en charge en psychiatrie et leurs déterminants.

I. Le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P)

1. Concepts et définitions

Comme pour le champ somatique, l'identification de l'activité médicale du champ psychiatrique, public et privé, repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées (Ministère du travail, 2011). Ce recueil, nommé Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) utilise plusieurs concepts et définitions pour définir l'activité des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie.

1.1. Natures de prise en charge et formes d'activité

Le recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge sanitaires en établissements de santé ou dans des structures associées.

Trois **natures de prise en charge** sont distinguées :

- La prise en charge à temps complet
- La prise en charge à temps partiel
- La prise en charge ambulatoire (consultations ou activités thérapeutiques de groupe réalisées par l'équipe de soins de l'établissement de santé, hors activité libérale)

Les natures de prise en charge sont divisées en **formes d'activité**, à l'exception des prises en charge ambulatoires qui sont décrites à travers un type d'actes, un lieu d'actes, et un nombre et type d'intervenants (tableau 1).

Tableau 1 - Natures de prise en charge et formes d'activité dans le Rim-P

Natures de prise en charge et formes d'activité	Type de recueil
Temps complet	
Hospitalisation à temps plein (FA01) Séjour thérapeutique (FA02) Hospitalisation à domicile (FA03) Placement familial thérapeutique (FA04) Prise en charge en appartement thérapeutique (FA05) Prise en charge en centre de postcure psychiatrique (FA06) Prise en charge en centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise) (FA07)	RPSA
Temps partiel	
Hospitalisation de jour (FA20) Hospitalisation de nuit (FA21) Prise en charge en CATTP et atelier thérapeutique (FA22)	RPSA
Ambulatoire	
Pas de formes d'activité détaillées (excepté CMP/ hors CMP) Description selon le type d'actes, le lieu et le type et nombre d'intervenants. Utilisation de la grille EDGAR pour le type d'actes. Actes en présence du patient : - Entretien (code E) - Groupe (code G) - Accompagnement (code A) Actes en l'absence du patient : - Démarche (code D) - Réunion (code R)	R3A

Le Rim-P comporte deux supports :

- le **résumé par séquence anonymisé (RPSA)**, pour les **prises en charge à temps complet ou à temps partiel**,
- le **résumé d'activité ambulatoire anonymisé (R3A)**, pour les **actes ambulatoires**.

1.2. Les notions de séjours, séquences et actes

Pour décrire l'activité, le Rim-P utilise les notions de **séjours, séquences et actes**.

Pour les prises en charge à temps complet et partiel, recueillies dans le fichier RPSA, seules les notions de séjours et séquences sont utilisées (tableau 2).

Tableau 2 - Notions de séjour et séquence pour les prises en charge à temps complet et partiel dans le Rim-P

Séjour	Séquence
Changement de nature de prise en charge Mutation dans un autre champ sanitaire Sortie de l'entité juridique	Changement de forme d'activité Changement de mode légal de séjour Sortie d'essai Activité combinée Changement de trimestre civil

Les informations sont enregistrées par séjour au moyen d'un ou de plusieurs résumés de séquences possédant le même numéro de séjour. **Un séjour peut donc être composé d'une ou de plusieurs séquences.**

1.2.1. Définition d'un séjour

Un séjour débute le premier jour de la prise en charge à temps complet ou à temps partiel et se termine le dernier jour de cette prise en charge.

Un séjour est clos lorsqu'il y a :

- **Sortie de l'établissement** (entité juridique), y compris une sortie temporaire ou sans autorisation ;
- **Changement de nature de prise en charge** (passage du temps complet au temps partiel par exemple), en revanche, un changement de forme d'activité (passage de l'hospitalisation temps plein à un appartement thérapeutique par exemple) dans la même nature de prise en charge ne donne pas lieu à une clôture de séjour ;
- **Mutation du patient dans une unité d'hospitalisation d'un autre champ sanitaire (MCO, SSR...)** de l'établissement (entité juridique).

Dès lors, un séjour correspond à une seule nature de prise en charge (temps complet ou partiel) mais peut comprendre une ou plusieurs séquences.

1.2.2. Définition d'une séquence

La première séquence d'un séjour débute le premier jour de la prise en charge à temps complet ou à temps partiel.

Il y a changement de séquence au sein d'un séjour :

- à chaque **changement de forme d'activité** au sein d'une même nature de prise en charge ;
- à chaque **changement de mode légal de séjour** ;
- lors d'une **sortie d'essai** (séquence marquée de l'indicateur E) ;
- à chaque **changement de trimestre civil** ;
- lors d'une **forme d'activité combinée** (séquence marquée de l'indicateur P pour des activités combinées parallèles ou A pour des activités combinées associées¹).

¹ On parle d'activités combinées **parallèles** lorsqu'il s'agit de prises en charge à temps complet et à temps partiel ; et d'activités combinées **associées** lorsqu'il s'agit de deux prises en charge à temps partiel.

Une séquence correspond à une seule forme d'activité, un seul mode légal de séjour, un seul trimestre civil. De ce fait, les séquences n'ont pas de sens clinique, c'est une notion purement administrative et technique.

Pour les prises en charge ambulatoires, recueillies dans le fichier R3A, seule la notion d'actes est utilisée. Le R3A est un relevé d'actes. Il recouvre l'ensemble des prises en charge ambulatoires, qu'il s'agisse de l'accueil et des soins en centre médico-psychologique (CMP) ou des consultations réalisées dans un autre lieu (notamment psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social).

Les **actes** sont enregistrés selon la **grille EDGAR** (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion), ils sont réalisés en présence (pour les entretiens, accompagnements et groupes) ou sans la présence (pour les démarches et réunions) du patient mais contribuent au travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient.

Les actes ambulatoires réalisés pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps plein (FA01) ou en centre de postcure (FA06) au sein de l'entité juridique ne sont pas concernés par le recueil et sont théoriquement supprimés de la base de données lors de la transmission des données des établissements à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mais il est possible que le logiciel passe à côté de certaines situations. En revanche, il est possible de recueillir des actes ambulatoires en parallèle d'une autre forme de prise en charge à temps complet ou temps partiel (sauf s'il a lieu dans la même demi-journée).

Chaque acte est décrit par :

- le type de l'acte à travers la grille EDGAR,
- le lieu de l'acte,
- la catégorie professionnelle de l'intervenant (utilisation de grille MIPAREX) et le nombre d'intervenants (tableau 3).

Tableau 3 - Description des actes pour les prises en charge ambulatoires dans le Rim-P

Type d'acte (EDGAR)	Lieu de l'acte	Type d'intervenant (MIPAREX)
En présence du patient : - Entretien (E) - Groupe (G) - Accompagnement (A)	CMP (L01) Lieux de consultations externes de psychiatrie de l'établissement (L02) Établissement social ou médico-social sans hébergement (L03)	Type d'intervenant unique : - Membre du corps médical (M) - Infirmier et encadrement infirmier (I) - Psychologue (P) - Assistant social (A) - Personnel de rééducation (R) - Personnel éducatif (E) - Autres intervenants soignants (dont aides-soignants) (S)
En l'absence du patient : - Démarche (D) - Réunion (E)	Établissement scolaire ou centre de formation (L04) PMI (L05) Établissement pénitentiaire (L06) Domicile du patient hors HAD ou substitut du domicile (L07) Établissement social ou médico-social avec hébergement (L08) Unité d'hospitalisation (MCO, SSR, long séjour) (L09) Unité d'accueil d'urgence (L10)	Plusieurs catégories d'intervenants : - Dont membre du corps médical (X) - Sans membre du corps médical (Y)

1.3. Les unités de compte de l'activité

L'unité de compte de l'activité utilisée dans le Rim-P dépend de la nature de la prise en charge.

Pour les prises en charge à temps complet, l'unité de compte est la **journée** de présence au sens calendaire.

Pour les prises en charge à temps partiel, l'unité de compte est la **journée** ou la **demi-journée** de présence.

La prise en charge peut être discontinuée au cours d'une séquence (par exemple, n'avoir que le lundi et le jeudi de présence chaque semaine).

Pour les prises en charge ambulatoires, l'unité de compte est l'**acte**.

2. Analyse de l'exhaustivité du recueil

L'analyse de l'exhaustivité du recueil a été réalisée par la Drees.

L'exhaustivité du recueil est mesurée en comparant les remontées du Rim-P (produites par les Dim) aux données recueillies dans la SAE (généralement remplies par les services administratifs et souvent adressées aux Dim pour ce qui concerne les données d'activité). La part d'établissements ne faisant pas remonter ses données Rim-P diminue depuis 2008 (17 % en 2008 contre 9 % en 2010). La taille des établissements étant fortement variable, la mesure de l'exhaustivité en termes de journées ou d'actes est complémentaire. Elle va dans le même sens qu'une amélioration du recueil au cours du temps avec un taux d'exhaustivité entre le Rim-P et la SAE (pour les établissements répondant aux deux recueils) en nombre de journées (hors sorties d'essai) de 94 % et en nombre d'actes (hors réunions) de 92 % en 2010.

2.1. Exhaustivité et prises en charge à temps complet et partiel

La distribution des journées par forme d'activité montre une structure très similaire entre les deux recueils au niveau national (tableau 4).

Tableau 4 - Distribution de l'activité en psychiatrie SAE – Rim-P 2008-2010

	2008		2009		2010	
	SAE	Rim-P	SAE	Rim-P	SAE	Rim-P
Temps complet :	73,8 %	75,8 %	74,0 %	76,1 %	74,2 %	76,0 %
- Hospitalisation à temps plein	89,9 %	91,6 %	90,0 %	91,0 %	90,5 %	91,3 %
- Séjours thérapeutiques	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
- HAD	1,2 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	1,0 %
- Placement familial	4,8 %	4,0 %	4,7 %	4,3 %	4,6 %	4,2 %
- Appartement thérapeutique	1,3 %	1,0 %	1,5 %	1,0 %	1,3 %	1,0 %
- Postcure	2,4 %	2,0 %	2,2 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
- Centre de crise	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %
Temps partiel :	26,2 %	23,6 %	26,0 %	23,7 %	25,8 %	23,9 %
- Hospitalisation de jour	65,6 %	74,3 %	66,8 %	73,6 %	67,6 %	73,8 %
- Hospitalisation de nuit	3,1 %	3,9 %	3,0 %	3,7 %	2,8 %	3,3 %
- CATTP / Ateliers thérapeutiques	31,3 %	21,8 %	30,2 %	22,7 %	29,5 %	22,9 %
Forme d'activité inconnue	-	0,6 %	-	0,2 %	-	0,1 %
Total	100,0 %					

Sources : Drees

L'analyse de l'exhaustivité de l'activité par forme d'activité s'améliore elle aussi entre 2008 et 2010 (tableau 5). Les taux d'exhaustivité anormalement supérieurs à 100 % ou particulièrement faibles correspondent à des modalités de prise en charge relativement rares en psychiatrie, comme les séjours thérapeutiques, les prises en charge en appartement thérapeutique ou en centres de crise. De ce fait, un défaut de recueil dans un établissement va fortement jouer sur le taux d'exhaustivité relatif. Pour les séjours thérapeutiques, le problème peut également provenir d'une facturation différente selon les établissements. Certains séjours peuvent être gérés par l'établissement de santé ou par une association, entraînant un recueil différent de cette activité selon les établissements. **Il paraît donc souhaitable d'exclure les séjours thérapeutiques de la base d'études.**

Tableau 5 - Exhaustivité des journées Rim-P - SAE 2008-2010

	Exhaustivité Rim-P/SAE 2008		Exhaustivité Rim-P/SAE 2008		Exhaustivité Rim-P/SAE 2010
Temps complet :	93,7 %		97,1 %		98,5 %
- Hospitalisation à temps plein	95,4 %		98,3 %		99,3 %
- Séjours thérapeutiques	96,7 %		135,5 %		105,4 %
- HAD	82,3 %		92,4 %		91,5 %
- Placement familial thérapeutique	77,8 %		89,2 %		91,4 %
- Appartement thérapeutique	73,3 %		69,1 %		80,6 %
- Postcure	78,3 %		89,1 %		100,2 %
- Centre de crise	91,9 %		81,2 %		65,9 %
Temps partiel :	82,0 %		85,7 %		89,3 %
- Hospitalisation de jour	92,8 %		94,4 %		97,4 %
- Hospitalisation de nuit	104,8 %		106,2 %		103,5 %
- CATTP / Ateliers thérapeutiques	57,1 %		64,4 %		69,4 %
Total	91,2 %		94,3 %		96,2 %

Sources : Drees.

Le taux d'exhaustivité plus faible observé en 2010 pour les journées en centres de crise mérite également d'être analysé plus précisément (concentration dans un établissement ou modification de la saisie de l'activité), mais a minima, il est convenu d'intégrer la prise en charge en centres de crise dans l'hospitalisation à temps plein.

Enfin, le cas des prises en charge en centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou ateliers thérapeutiques est plus problématique car il s'agit d'une prise en charge fréquente en psychiatrie. Pour expliquer ce mauvais recueil apparent ou ces différences entre le décompte issu du Rim-P et celui de la SAE, plusieurs raisons sont évoquées. D'une part, l'absence de définition de la prise en charge en CATTP qui entraîne une hétérogénéité du recueil d'un établissement à l'autre, et même à l'intérieur d'un établissement entre plusieurs services ou secteurs. L'activité de type CATTP peut ainsi être codée par certains en activité ambulatoire de groupe (dans le Rim-P, la nuance entre les deux activités semble tenir essentiellement à une notion de durée, mais elle est peu explicitée). Par ailleurs, les prises en charge en CATTP et ateliers thérapeutiques, contrairement aux autres modalités de prise en charge à temps complet ou partiel, ne font pas l'objet de facturation. De ce fait, techniquement, au sein des établissements, il n'y a pas de logiciel installé pour gérer le mouvement du patient et son admission en CATTP comme cela est fait pour les autres modalités donnant lieu à facturation. Cette situation entraîne notamment un chaînage moins bon pour les patients pris en charge sur ce mode.

Une autre explication de l'apparent mauvais taux d'exhaustivité de l'activité en CATTP lorsqu'on compare les données du Rim-P à celles de la SAE tient aux différences de concept et de comptage dans les deux sources de données et notamment, à l'évolution du concept de venues dans la SAE qui s'est modifié au cours du temps.

Ces résultats sur la variabilité de codage de l'activité en CATTP nous amène à envisager pour la présente étude, un regroupement de cette activité avec les actes ambulatoires de

type groupe, distinguant ainsi les prises en charge « individuelles » des prises en charge de « groupe », indépendamment de leur rattachement à une prise en charge à temps partiel ou ambulatoire.

2.2. Exhaustivité et prises en charge ambulatoires

La mesure de l'exhaustivité du recueil en matière d'actes ambulatoires réalisée pour l'année 2010 montre également une relative bonne cohérence des deux bases de données au niveau national. Afin de permettre la comparaison entre le Rim-P et la SAE, les actes de type « Réunion » sont exclus du Rim-P. Là encore, le problème d'exhaustivité le plus important concerne une prise en charge relativement rare, à savoir les actes ambulatoires réalisés en milieu scolaire, PMI ou établissement médico-éducatif (tableau 6).

Tableau 6 - Exhaustivité des journées Rim-P – SAE 2010

	Exhaustivité Rim-P/SAE 2010
Lieu de l'acte ambulatoire	
CMP ou lieu de consultations externes	93,2 %
Domicile ou substitut du domicile (y.c. établissement pénitentiaire)	96,3 %
Établissement social ou médico-social	104,9 %
Unité d'hospitalisation somatique et unité accueil urgence	98,4 %
Milieu scolaire/PMI/établissement médico-éducatif	48,4 %
Total	93,9 %

Sources : Drees.

Cette analyse de l'exhaustivité est à prolonger, notamment en étudiant les variations d'exhaustivité selon les territoires et les statuts des établissements.

Au-delà de l'exhaustivité du recueil, il est également nécessaire d'analyser la qualité de réponse aux différentes variables du recueil afin notamment d'identifier les variables mobilisables dans le projet d'étude.

3. Analyse de la qualité de réponse aux différentes variables du recueil

Cette analyse s'appuie exclusivement sur les premières explorations de la base de données 2010, ainsi que sur les échanges avec les experts du comité de suivi de ce projet et les comptes rendus du groupe de travail sur la qualité des données du comité technique Psychiatrie animé par l'ATIH.

L'ATIH produit une analyse de la conformité des données transmises, dont les résultats pour le recueil 2010 sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7 - Analyse de la conformité des données transmises 2010

	RPSA			R3A		
	Nombre de données		% erreurs	Nombre de données		% erreurs
	valeur manquante ou non au format	information renseignée		Valeur manquante ou non au format	Information renseignée	
Finess juridique	0	1 898 947	0	0	16 773 948	0
Finess géographique	11 347	1 887 600	0,6	79 851	16 694 097	0,5
N° format	0	1 898 947	0	0	16 773 948	0
IPP	13	1 898 934	0	16 144	16 757 804	0,1
Date de naissance	1 790	1 897 157	0,1	1 438	16 772 510	0
Sexe	1 773	1 897 174	0,1	2 795	16 771 153	0
Code postal	31 048	1 867 899	1,6	419 225	16 354 723	2,5
Nature de prise en charge	814	1 898 133	0	2 435	16 771 513	0
N° de séjour	445	1 898 502	0	-	-	-
Date d'entrée de séjour	1 747	1 897 200	0,1	-	-	-
Mode d'entrée	37 396	1 861 551	2	-	-	-
Date de sortie de séjour	0	802 897	0	-	-	-
Mode de sortie	11 263	791 634	1,4	-	-	-
N° d'unité médicale	816	1 898 131	0	1 633	16 772 315	0
N° de secteur	47 419	1 612 730	2,9	125 160	16 092 050	0,8
Suite du tableau page suivante						
Mode légal de séjour	26 625	1 103 086	2,4	-	-	-
Indicateur de sortie d'essai	4	200 034	0	-	-	-
Date de début de séquence	0	1 898 947	0	-	-	-
Date de fin de séquence	0	1 898 947	0	-	-	-
Nombre de jours de présence	27	1 898 920	0	-	-	-
Nombre de demi-journées de présence	0	768 422	0	-	-	-
Nombre de jours en isolement thérapeutique	2	1 129 709	0	-	-	-
Score AVQ : habillage	133 528	996 183	11,8	-	-	-
Score AVQ : déplacement	133 647	996 064	11,8	-	-	-
Score AVQ : alimentation	133 808	995 903	11,8	-	-	-
Score AVQ : continence	134 083	995 628	11,9	-	-	-
Score AVQ : comportement	134 138	995 573	11,9	-	-	-
Score AVQ : relation	134 346	995 365	11,9	-	-	-
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	0	16 113	0	-	-	-
Diagnostic principal	125 766	1 773 181	6,6	2 398 720	14 375 228	14,3
Nombre de diagnostics et de facteurs associés	3 006	1 895 941	0,2	42 029	16 731 919	0,3
Diagnostics ou facteurs associés	167	969 631	0	1 382	5 073 178	0
Même n° de séjour pour plusieurs patients	2 055	1 896 892	0,1	-	-	-
IPP affecté à plusieurs patients	80	1 898 867	0	-	-	-
Date de début de séquence antérieure à la date d'entrée de séjour	281	1 898 666	0	-	-	-

	RPSA			R3A		
	Nombre de données		% erreurs	Nombre de données		% erreurs
	valeur manquante ou non au format	information renseignée		Valeur manquante ou non au format	Information renseignée	
Date de début de séquence postérieure à la date de sortie de séjour	6 622	1 892 325	0,3	-	-	-
Date de fin de séquence antérieure à la date d'entrée de séjour	837	1 898 110	0	-	-	-
Date de fin de séquence postérieure à la date de sortie de séjour	8 724	1 890 223	0,5	-	-	-
Date de fin de séquence antérieure à la date de début de séquence	1 021	1 897 926	0,1	-	-	-
Absence de clé de chaînage ou générée sans n°assuré social	192 183	1 706 764	10,1	-	-	-
Clé de chaînage générée depuis des informations partielles	43 384	1 663 380	2,5	-	-	-
Date de l'acte	-	-	-	0 16 773 948	-	0
Nature de l'acte	-	-	-	1 382	16 772 566	0
Lieu de l'acte	-	-	-	10 640	16 763 308	0,1
Catégorie professionnelle de l'intervenant	-	-	-	16 763	16 757 185	0,1
Nombre d'intervenants	-	-	-	5 479	16 768 469	0
Indicateur d'activité libérale	-	-	-	0	97 064	0
Date de l'acte antérieure à la date de naissance	-	-	-	500	16 773 448	0

Sources : ATIH

L'analyse de l'ATIH fait apparaître un taux de non-conformité élevé pour le **score AVQ** (activités de la vie quotidienne), soit la cotation de la dépendance. Cette grille mesure la réalisation de plusieurs activités de la vie courante. Cependant, selon les consignes de remplissage du Rim-P, cette échelle doit être renseignée en début de séquence. Or l'appréciation des composantes de l'échelle (niveau de dépendance par rapport à l'habillage ou la toilette, par rapport aux déplacements et la locomotion, par rapport à l'alimentation, à la continence, au comportement ou encore à la relation et la communication) demande un temps d'observation. Une partie des équipes oublie finalement de renseigner ces items. Par ailleurs, selon les experts rencontrés, cette échelle de dépendance ne rencontre pas l'adhésion des professionnels, car elle s'avère peu en adéquation avec les problématiques rencontrées dans le champ de la psychiatrie. Les défauts de qualité de cette variable rendent son exploitation fortement déconseillée.

Le **diagnostic principal** n'est pas renseigné pour 6,6 % des séquences et 14,3 % des actes. Ce défaut d'exhaustivité du codage du diagnostic principal en psychiatrie traduit surtout la difficulté pour les soignants de caractériser *via* un code en CIM-10 une pathologie présentée par le patient, cela est particulièrement vrai pour les jeunes patients. Les soignants déclarent avoir besoin de temps pour caractériser une pathologie et cela se traduit dans le Rim-P. Ce défaut d'exhaustivité traduit aussi une relative réticence de certains soignants en psychiatrie à « stigmatiser » les patients en leur accolant des diagnostics « enfermants ». Cela concerne donc plus fréquemment des patients ne présentant pas de pathologie psychiatrique connue et suivie par l'établissement et des patients présentant des symptômes psychiatriques sans

affection étiologique encore caractérisée. Ce défaut d'exhaustivité du codage du diagnostic principal ne vient cependant pas biaiser les études proposées ayant une entrée par « pathologie ». S'il tend à sous-estimer la fréquence de certains troubles, il n'empêche aucunement les analyses des prises en charge de ces troubles.

Nous avons déjà vu dans la partie précédente que certaines données laissaient place à une marge d'interprétation non négligeable entre les établissements et amenaient à traiter certaines données spécifiquement. C'est le cas des activités de type CATTP et ateliers thérapeutiques et des actes ambulatoires de groupe, des prises en charge en centres de crise ou en séjours thérapeutiques. C'est d'ailleurs un aspect souligné par le comité technique de psychiatrie qui observe une grande disparité inter-établissements dans le recueil des activités de type hospitalisation de jour, CATTP et CMP, qui peuvent conduire à des biais importants lors de l'analyse de données.

Ce même comité, ainsi que les experts réunis pour ce projet, notent également la mauvaise qualité de la variable « Nombre de jours d'isolement thérapeutique », le problème de la durée minimum se posant.

Les informations sur la provenance et la destination des patients peuvent nous renseigner sur les liens de l'établissement avec l'environnement qui l'entoure, et constituer des marqueurs de la fluidité des trajectoires. Cependant, les experts présents nous mettent en garde sur la fiabilité de certaines données, notamment celles sur l'entrée par les urgences et les sorties sans autorisation. Les modes d'entrée et de sortie sont souvent saisis par les secrétaires médicales qui ne savent pas toujours comment coder cette information. Ainsi le passage par les urgences aurait tendance à être sous-estimé, au profit de l'entrée directe depuis le domicile. De plus, jusqu'en 2010, le passage par une structure d'accueil des urgences n'était repéré que pour les urgences internes à l'établissement. Depuis 2011, suite à une demande du comité technique de psychiatrie, le passage par les urgences doit être identifié quel que soit l'établissement dans lequel ce passage a été effectué.

Nous verrons également par la suite qu'une partie des codes postaux qualifiés de « non conformes » sont des codes se terminant en « 999 » mais pouvant quand même être affectés à un département, permettant donc l'analyse de la disparité des pratiques à cette échelle.

Le taux important de non-conformité du code secteur (2,9 % pour les RPSA) s'explique par la présence de nombreux dispositifs intersectoriels non codés en Z.

4. Le chaînage des prises en charge

4.1. Présentation des fichiers de données

La base de données nationale du Rim-P 2010 utilisée pour l'étude, est constituée de trois fichiers :

- Le **fichier ANO** contient la table de chaînage et l'identifiant national ANO, généré automatiquement lors de l'anonymisation des bases et de leur transmission à l'ATIH à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe du patient. L'identifiant ANO doit permettre de suivre les patients entre plusieurs établissements. Une variable contrôle

permet de connaître la qualité de l'identifiant ANO. Il n'y a pas d'identifiant ANO pour les prises en charge ambulatoires.

Le fichier ANO compte initialement pour l'année 2010, 956 918 observations correspondant à 437 587 identifiants ANO différents. Plusieurs variables de contrôle intégrées au fichier permettent de juger de la validité de cet identifiant. **Selon ces variables de contrôle, 94 % des identifiants ANO sont valides, soit 409 705 patients.**

- Le **fichier RPSA** contient les séquences de prise en charge à temps complet ou temps partiel. Il peut être relié au fichier ANO à l'aide des variables Finess et numéro séquentiel de séjour.

Le fichier RPSA compte pour l'année 2010 un total de **1 898 947 séquences de prise en charge.**

- Le **fichier R3A** contient les actes ambulatoires. Il peut être relié au fichier RPSA uniquement à l'aide du numéro Finess de l'établissement et de l'identifiant permanent patient (IPP) interne aux établissements. L'IPP est unique au sein d'un établissement (entité juridique) et doit permettre de relier entre elles les différentes prises en charge à temps complet, temps partiel et ambulatoire d'un patient, soit les RPSA et les R3A. **Les patients vus exclusivement en ambulatoire dans un établissement ne pourront donc pas faire l'objet d'un chaînage national** (pas d'identifiant ANO).

Le fichier R3A compte, pour l'année 2010, **16 676 884 actes.**

4.2. Appariement des fichiers ANO, RPSA et R3A

L'appariement des fichiers a été réalisé de la manière suivante :

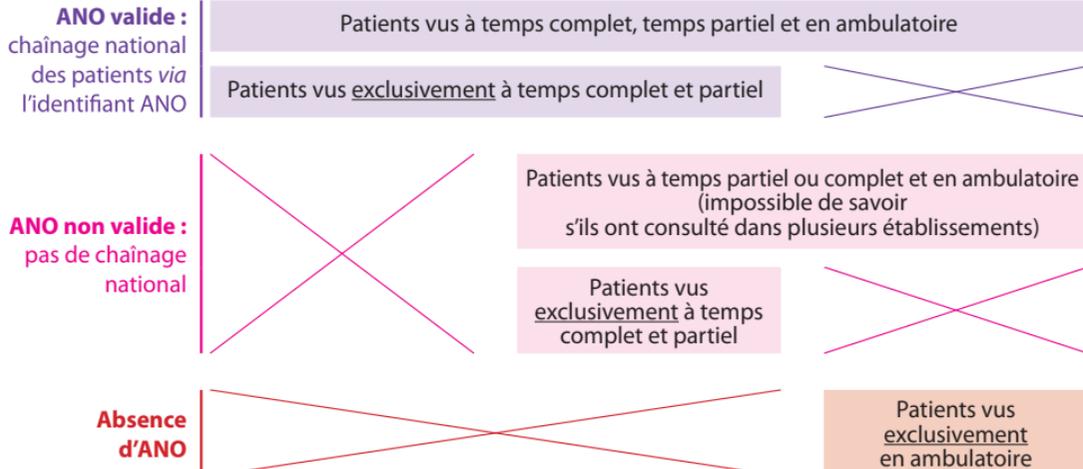
- Entre les fichiers ANO et RPSA :
 - À partir du numéro Finess PMSI (qui peut être soit l'entité géographique, soit l'entité juridique) et du numéro séquentiel de séjour, lorsque le numéro ANO est valide.
 - Lorsque le numéro ANO n'est pas valide, les deux fichiers ne sont pas appariés et aucun identifiant national ANO n'est associé à ces patients.
- Entre les fichiers RPSA et R3A :
 - À partir du numéro Finess de l'entité juridique de l'établissement (sauf cas particuliers d'établissements multi-sites) et de l'IPP.

Cinq situations-types possibles de chaînage ont ainsi été définies (figure 1).

Figure 1 - Situations-types possibles d'appariement du Rim-P

	Fichier ANO	Fichier RPSA	Fichier R3A
Contient :	Identifiants nationaux générés automatiquement lors de l'anonymisation des bases et de leur transmission à l'ATIH	Résumés par séquence anonymisés	Résumés d'activité ambulatoire anonymisés
	La table de chaînage et l'identifiant national ANO	Les séquences de prise en charge à temps complet ou partiel	Les actes ambulatoires
Variables appariées	<i>Finess PMSI Numéro séquentiel de séjour</i>	<i>Finess de l'entité juridique (EJ) Identifiant permanent du patient (IPP)</i>	

SITUATIONS-TYPES POSSIBLES DE CHAÎNAGE



4.2.1. Contrôles et corrections effectués

Pour les patients ayant un identifiant ANO valide, plusieurs contrôles ont été effectués avec l'IPP renseigné dans les fichiers RPSA et R3A. Le fait que le numéro ANO soit un identifiant national et l'IPP un identifiant interne à chaque établissement juridique, implique certaines règles qui peuvent être vérifiées par les contrôles suivants :

- Contrôle 1 : A un Finess EJ – IPP, correspond un seul identifiant ANO.
- Contrôle 2 : Pour un même identifiant ANO au sein d'un même Finess EJ, un seul IPP est rencontré.
- Contrôle 3 : A un même Finess EJ-IPP, correspondent des caractéristiques démographiques identiques (sexe et âge +/- 1 an, l'âge étant calculé par la différence entre la date de l'acte et la date de naissance, il peut varier de +/- 1 an au cours de l'année).
- Contrôle 4 : Toutes les séquences de soins d'un Finess IPP associées à un numéro ANO sont bien associées à ce numéro ANO (cas des IPP ayant un ANO valide et un absent).

Plusieurs cas d'incohérence sont apparus et différents traitements ont été appliqués :

- **Cas 1 : Pour un même couple Finess EJ - IPP, plusieurs identifiants ANO sont associés.**

3 743 cas sont rencontrés, correspondant à 1 806 IPP et 3 611 ANO différents.

- **Si l'ANO correspondant n'est associé qu'à un seul Finess**, un contrôle est effectué sur le sexe, l'âge +/- 1 an, le code géographique de résidence et/ou le code diagnostique principal.

Si ces variables sont identiques, **l'IPP est considéré comme correct et un même numéro ANO corrigé est affecté à l'IPP correspondant**. Les ANO corrigés le sont dans la table ANO initiale. Dans tous les cas rencontrés, les variables démographiques et cliniques étaient identiques, signifiant que pour ces cas, le problème venait d'un identifiant ANO incorrect.

- **Si l'ANO correspondant est associé à plusieurs Finess**, l'ANO est automatiquement considéré comme invalide.

- **Cas 2 : Pour un même identifiant ANO au sein d'un même Finess EJ, plusieurs IPP sont associés.**

2 785 cas sont rencontrés, correspondant à 1 379 ANO et 2 785 IPP différents.

- Si pour un même ANO, l'âge +/- 1 an et le sexe sont identiques, alors **un même IPP est affecté à l'ensemble des séquences et actes ambulatoires**.

- Si pour un même ANO, l'âge +/- 1 an ou le sexe différent, alors **l'ANO est considéré comme invalide**.

- **Cas 3 : Pour un même IPP, les caractéristiques démographiques (sexe et âge +/- 1 an) varient.**

Ce contrôle a été effectué sur les patients ayant eu exclusivement des prises en charge ambulatoires (donc non appariés avec le fichier RPSA) et n'a rencontré aucun cas problématique.

- **Cas 4 : Pour un même IPP, seule une partie des séquences de soins a été associée à un numéro ANO.**

Dans ce cas, l'ensemble des séquences associées à cet IPP ont été récupérées et rattachées à ce numéro ANO.

L'ensemble des modifications apportées aux IPP et numéros ANO ont été appliquées respectivement aux tables RPSA, R3A et ANO. Ces modifications ont concerné relativement peu de cas (environ 1 % des patients) en regard des 410 000 ANO distincts identifiés initialement dans la base fournie par la Drees. **Cela modifie donc légèrement la proportion de numéros ANO valides qui passe de 94 à 93 %, soit 407 328 patients ayant un identifiant national valide, versus 409 705 initialement.**

Par ailleurs, ces résultats font état d'une très bonne qualité de chaînage à l'intérieur des établissements *via* l'IPP.

Les résultats de l'appariement sont présentés dans la figure 2.

Figure 2 - Résultats de l'appariement du Rim-P 2010

	Fichier ANO	Fichier RPSA	Fichier R3A
Variables appariées	<i>Finess PMSI Numéro séquentiel de séjour</i>	<i>Finess de l'entité juridique (EJ) Identifiant permanent du patient (IPP)</i>	
ANO valide : chaînage national des patients via l'identifiant ANO	Patients vus à temps complet, temps partiel et en ambulatoire		
	245 980 patients ANO (patients identifiés via leur ANO) ① 273 959 patients IPP-EJ (patients identifiés via leur IPP et le Finess de leur établissement) ① 1 171 385 séquences de prise en charge		
	Patients vus <u>exclusivement</u> à temps complet et partiel		
	161 348 patients ANO ② 173 331 patients IPP-EJ ②		
7 % d'ANO non valides : pas de chaînage national			
	Patients vus à temps partiel ou complet et en ambulatoire (impossible de savoir s'ils ont consulté dans plusieurs établissements)		
	37 662 patients IPP-EJ ③ 143 936 séquences de prise en charge		
	Patients vus <u>exclusivement</u> à temps complet et partiel		
Absence d'ANO			Patients vus <u>exclusivement</u> en ambulatoire
			1 441 314 patients IPP-EJ ⑤ 11 628 228 actes
TOTAL	956 918 observations 437 587 patients ANO	1 898 947 séquences de prise en charge	16 676 884 actes

TOTAL :
407 328 patients ANO
 (① + ②)
447 290 patients IPP-EJ
 (① + ②)

TOTAL :
1 510 087 patients IPP-EJ
 (③ + ④ + ⑤)

4.2.2. Analyse de la qualité du chaînage *via* l'identifiant ANO

74 % des établissements et la quasi-totalité des départements ont des séquences non associées à un identifiant ANO. Cependant certains départements (et établissements) ont des taux de non-chaînage importants (supérieurs à 30 %), il s'agit notamment de la Corse, des Alpes-de-Haute-Provence, de l'Ariège, de la Seine-Saint-Denis et des Hautes-Pyrénées.

L'analyse du chaînage en fonction des formes d'activité fait apparaître un chaînage de moindre qualité pour les formes d'activité peu fréquentes (séjours thérapeutiques, placement familial thérapeutique, postcure et centre de crise) et surtout pour les séquences de prise en charge en CATTP et atelier thérapeutique. Le codage de cette activité pose problème aux établissements, la saisie des informations nécessaires à la génération de l'identifiant ANO s'avère plus compliquée lorsqu'un patient vient pour ce type d'activité.

Il est cependant envisagé d'exclure certains départements ou établissements qui présenteraient des données de qualité insuffisante (notamment les Départements d'outre mer (DOM)).

L'analyse de la qualité du chaînage fait état d'un taux de chaînage des séquences globalement plus important dans les établissements privés sous OQN que publics ou assimilés (7 % de séquences non chaînées dans les ex-OQN *versus* 13 % dans les autres établissements de santé), mais cela s'explique par la plus grande diversité des formes d'activité proposées dans le secteur public.

4.3. Identification des patients

L'identification des patients se fait donc :

- Au niveau national, par **l'identifiant ANO** lorsque celui-ci est valide et que les patients ont eu au moins une prise en charge à temps complet ou partiel,
- Au niveau établissement, par la concaténation du **Finess EJ et de l'IPP**, lorsque l'identifiant ANO n'est pas valide ou que les patients ont été suivis exclusivement en ambulatoire au sein d'un établissement.

Au total, 407 328 patients sont identifiés *via* le numéro ANO. Parmi eux, 60 % ont été pris en charge à la fois à temps complet ou partiel et en ambulatoire ; et 40 % exclusivement à temps complet ou partiel.

1 510 087 patients sont identifiés *via* leur IPP et l'EJ de leur établissement. Parmi eux, 2 % ont été pris en charge à temps complet ou partiel et en ambulatoire au sein du même établissement, 2 % ont été pris en charge exclusivement à temps complet ou partiel au sein du même établissement. La quasi-totalité des patients n'ayant pas d'identifiant ANO apparaît donc exclusivement prise en charge en ambulatoire au sein d'un même établissement (figure 2).

La disponibilité d'un identifiant national permet de distinguer le cas d'un même patient recourant à des soins psychiatriques à temps complet ou partiel dans plusieurs établissements.

L'existence d'un identifiant ANO évite ainsi de comptabiliser deux fois un même patient au niveau national et surtout, permet de repérer les trajectoires de soins entre plusieurs établissements.

Afin de mesurer le biais existant à prendre en compte l'IPP comme identifiant de patient à défaut du numéro ANO, nous avons cherché à savoir quelle était la fréquence des cas où les patients avaient recours à plusieurs établissements et si cette pratique était plus importante dans certains types d'établissements ou certaines zones du territoire.

Pour les patients ayant un identifiant ANO valide, il apparaît que seuls 8 % des patients ont été pris en charge dans plusieurs établissements (au niveau de l'entité juridique). La part de patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel dans plusieurs établissements est plus importante pour les patients des départements urbains où le nombre d'établissements notamment privés est plus important : Bouches-du-Rhône, départements d'Ile-de-France, Haute-Garonne, Gironde, mais également dans les Pyrénées-Orientales et la Loire qui comptent également un nombre important d'établissements privés. Dans ces départements, le taux de patients ayant été pris en charge à temps complet ou partiel dans plusieurs établissements atteint 13 à 18 %.

Cette pratique telle qu'identifiée *via* le numéro ANO dans le Rim-P reste donc relativement peu fréquente. Le chaînage *via* le numéro ANO ne permet de toutes façons pas d'identifier le cas d'un patient qui serait pris en charge uniquement en ambulatoire dans un établissement et à temps complet ou partiel dans un autre. **La non-génération d'un identifiant ANO pour les actes ambulatoires crée de toute façon un biais important pour identifier les trajectoires de soins entre établissements. De ce fait, l'identification des patients *via* le numéro ANO ou l'IPP associé à son Finess EJ assure tout de même une excellente qualité de chaînage des prises en charge pour un même patient à l'intérieur d'un établissement.** Le biais lié à l'absence de numéro ANO concerne aussi les patients en ayant un. Ainsi, un patient vu en CMP dans un établissement public, qui est ensuite hospitalisé dans une clinique privée, comptera pour deux patients distincts, n'ayant été vu qu'en ambulatoire dans le public, son identifiant ANO n'a pas été constitué et ne peut pas être rapproché de l'identifiant créé dans la clinique.

II. Appréhender les prises en charge de la dépression et de la schizophrénie à partir du Rim-P

1. Identification des patients

Deux possibilités se présentent pour l'identification des patients.

Nous pouvons choisir d'utiliser le numéro ANO lorsqu'il est disponible et dans les autres cas, l'identification est basée sur l'IPP associé au numéro Finess juridique de l'établissement de rattachement, sauf cas particuliers détaillés précédemment. Cette option a l'avantage de prendre en compte les parcours de soins entre établissements pour une partie des patients (86 % des patients pris en charge à temps complet ou temps partiel ont un numéro ANO valide permettant de les repérer dans plusieurs établissements et 8 % d'entre eux ont été pris en charge à temps complet ou partiel dans plus d'un établissement).

La seconde option est d'utiliser comme identifiant-patient l'IPP associé au Finess juridique. Cette option a l'inconvénient de ne pas prendre en compte ces parcours entre établissements mais a l'avantage de traiter de manière homogène l'ensemble des parcours de soins à l'intérieur d'un établissement. Dans le cadre de l'analyse de la variabilité des prises en charge, cette deuxième option nous paraît *a priori* plus valide, évitant des biais d'analyse en étudiant des parcours aux limites « institutionnelles » similaires.

Pour analyser la variabilité des prises en charge pour un groupe diagnostique donné, il est important de tenter de constituer des groupes ou sous-groupes de patients les moins hétérogènes possible.

Les données disponibles dans le Rim-P relatives à l'individu et à son état de santé sont le sexe, l'âge, les diagnostics principaux et associés codés en CIM10, l'échelle de dépendance AVQ, le mode légal de prise en charge (les données portent sur 2010, il s'agit donc uniquement des hospitalisations sans consentement, avant réforme). Notons que l'âge renseigné dans les fichiers RPSA, soit pour les séquences de soins à temps complet ou partiel, est l'âge au début du séjour. Le séjour ayant pu commencer antérieurement à l'année en cours, une correction a été apportée. Ainsi, lorsque le patient a une activité ambulatoire, l'âge recueilli dans le fichier R3A est appliqué. Si le patient n'a que des prises en charge à temps complet ou partiel, l'âge a été recalculé en lui ajoutant la durée écoulée entre le début du séjour et le début de la dernière séquence de soins.

La problématique de la prise en charge pour les moins de 16 ans étant différente, **seuls les patients âgés de 16 ans et plus en 2010 sont intégrés à l'étude des prises en charge pour motifs de dépression et de schizophrénie.**

La question des patients âgés de plus de 65 ans a été posée. Il a été décidé de les conserver dans la base. En effet, les spécificités de leurs prises en charge du fait des nombreuses comorbidités associées devraient les faire apparaître rapidement comme un groupe à part dans l'analyse.

1.1. Critères diagnostiques

La constitution de nos deux populations d'étude, à savoir les personnes suivies pour un trouble schizophrénique et celles suivies pour un trouble dépressif nécessite de faire plusieurs choix méthodologiques.

Au long de leur parcours de soins, les patients peuvent être pris en charge pour différents motifs et diagnostics. C'est justement la définition du diagnostic principal des différents recueils d'informations médicalisées, à savoir « le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge [est celui] qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la séquence [ou l'acte]. Il peut éventuellement évoluer durant un séjour, donc changer d'une séquence à l'autre » (Ministère du travail, 2011). Donc sur la période d'étude, nous pourrions avoir le cas de patients avec différents diagnostics principaux de prise en charge.

Une option est d'inclure tous les patients ayant eu au moins un diagnostic principal de schizophrénie ou dépression. Une autre option serait d'inclure uniquement les actes et séquences ayant pour diagnostic principal l'une de ces deux pathologies, et donc d'exclure les autres séquences de soins de ces patients qui ne concerneraient pas ces pathologies.

Le groupe d'experts considère plus pertinent de choisir la première option et **d'inclure tous les patients ayant eu au moins un diagnostic principal de dépression ou schizophrénie sur l'ensemble de leurs séquences de soins.**

La question est également posée du cas des patients qui n'auraient jamais un diagnostic principal de dépression ou schizophrénie mais des diagnostics associés. Le groupe privilégie plutôt l'entrée exclusive par diagnostic principal.

Nous avons vu précédemment qu'une proportion non négligeable de patients n'avait aucun diagnostic principal renseigné au cours de sa prise en charge. Ces patients ne pouvant être intégrés dans nos bases d'étude par « pathologie », le nombre total de patients suivis pour des troubles schizophréniques ou dépressifs sera légèrement sous-estimé. Cette sous-estimation semble plus importante pour la schizophrénie que pour la dépression. En effet, le caractère « extensible » du diagnostic de dépression rend son codage pour les soignants plus facile. Le diagnostic de schizophrénie peut être plus long à poser et fait partie de ces diagnostics « enfermants » que certains soignants sont plus réticents à poser.

Les critères d'inclusion portent ensuite sur les diagnostics à sélectionner.

1.1.1. Les personnes souffrant de schizophrénie

Pour la schizophrénie, le choix s'est porté sur les codes F20 et détaillés à l'exclusion du code F20.8 qui concerne des troubles schizophréniformes de nature diverse. Il peut être intéressant de regarder spécifiquement le sous-groupe des schizophrénies résiduelles (code CIM F20.5), qui indique une certaine ancienneté dans la maladie, le caractère chronique étant installé.

Il se peut que certains patients atteints de schizophrénie ne soient pas identifiés par ces choix d'inclusion. En effet, le diagnostic de schizophrénie n'est pas toujours posé dès le premier épisode de soins. C'est d'ailleurs l'une des recommandations de l'Association de psychiatrie

américaine qui conseille de ne pas poser de diagnostic de schizophrénie avant six mois de maladie. Il est difficile de poser un diagnostic sur un épisode ou recours unique. Les premiers signes de la maladie peuvent ne pas être aigus comme des bouffées délirantes, et dans ce cas, il est difficile d'identifier une schizophrénie débutante. Donc il s'agit d'étudier ici les patients qui ont été identifiés comme atteints de schizophrénie en diagnostic principal : les patients schizophrènes qui ne sont pas identifiés en début de soins seront exclus de l'analyse.

1.1.2. Les personnes souffrant de dépression

La dépression recouvre un large spectre qui va d'une humeur triste d'une certaine durée et d'une certaine intensité (dépression modérée) à la dépression grave avec troubles délirants. Nous avons au départ porté notre choix sur un groupe relativement large, à savoir l'ensemble des codes F32 (épisodes dépressifs) et F33 (troubles dépressifs récurrents) et détaillés. La question s'est posée d'intégrer certains troubles névrotiques, notamment des sous-groupes F41 et F43 (peut-être en les croisant avec un diagnostic associé de dépression). Le risque est cependant alors important de mélanger des populations très hétérogènes.

Il est finalement plutôt choisi d'analyser à la fois les groupes F32 et F33 et un ou **deux sous-groupes particuliers**.

La première solution proposée est de cibler uniquement les troubles dépressifs sévères, à travers les codes F32.2 (épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotiques) et F33.2 (troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques) qui indiquent une certaine chronicité de la maladie. Les troubles avec symptômes psychotiques sont des cas particuliers qui posent la question de la limite entre les épisodes dépressifs et la psychose et seraient plutôt à exclure si l'on cherche à analyser des groupes relativement homogènes. Ce centrage sur les troubles sévères se justifie car la gravité des troubles constitue un des meilleurs marqueurs de la prise en charge.

La seconde possibilité, selon nos experts psychiatres, serait de prendre en compte le risque suicidaire comme critère de sévérité du trouble et d'analyser le sous-groupe des suicidants, repérables avec un code Z ou X associé (de type Z91.5 Antécédents personnels de lésions auto-infligées telles que : Intoxication volontaire, Parasuicide, Tentative de suicide ou X60 à X84 pour les lésions auto-infligées) en complément d'un diagnostic de dépression, anxiété, troubles de l'adaptation, personnalité borderline, nervosité ou tristesse. Lors de la seconde séance du séminaire MiRe-Drees sur l'organisation des prises en charge en psychiatrie et santé mentale, les tentatives de suicides ont également été citées comme indicateur potentiel révélateur d'un retard à l'entrée dans les soins. S'il peut sembler un peu réducteur, il paraît être un indicateur opérationnel sur le terrain.

Cependant, selon les experts Dim, il n'y a pas de règle spécifique relative au codage du risque suicidaire pour le RIMP au sein du guide méthodologique. Des règles existent en MCO : Code en T (intoxications, lésions) en diagnostic principal, puis code en X60-X84 (lésions auto-infligées) en diagnostic associé, au minimum. Les tentatives devraient, par argument de fréquence être plus présentes dans le PMSI MCO (prise en charge de l'éventuel risque vital au moins aux urgences), d'où l'intérêt de croiser les bases de données. L'analyse spécifique des suicidants pourrait faire ainsi l'objet d'une étude ultérieure.

Une première exploration des données montre que dans la très grande majorité des cas, le diagnostic principal est le même sur l'année. Moins de 8 % des patients, du groupe « schizophrénie » comme du groupe « dépression » ont au moins un diagnostic principal différent de leur groupe diagnostique d'appartenance. Pour la dépression, il s'agit souvent d'un trouble névrotique.

1.2. Définition des prises en charge

1.2.1. Précautions méthodologiques

Le numéro séquentiel de séjour généré automatiquement lors des transmissions de données à l'ATIH sera privilégié à l'identifiant de séjour saisi par chaque établissement pour identifier les séjours, ceci afin de garantir une homogénéité de la définition d'un séjour entre les établissements.

L'activité ambulatoire libérale réalisée au sein des établissements publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC, ex-privés participant au service public) est exclue de l'analyse. En effet, son équivalent dans le secteur privé n'est pas recueilli dans le Rim-P.

Certaines modalités aux frontières floues et dont la définition peut être hétérogène entre établissements seront traitées de manière spécifique. En effet, leur prise en compte pourrait davantage refléter une diversité des pratiques de codage qu'une diversité des pratiques cliniques.

Ainsi, les séjours thérapeutiques, dont le codage peut varier selon les établissements selon qu'ils sont organisés par l'établissement ou des associations liées à l'établissement sont exclus de la base. Ils ne représentent que 0,1 % des journées de prise en charge à temps partiel ou temps complet en 2010.

Une autre prise en charge peu fréquente pose également problème en termes de définition et d'exhaustivité du recueil. Il s'agit des **centres de crises**. Il paraît préférable au comité d'experts de regrouper cette modalité de prise en charge avec l'hospitalisation temps plein.

De même, le codage des **actes ambulatoires de type réunion** peut varier selon les équipes. Il est donc choisi de les exclure de l'analyse.

Le guide méthodologique du Rim-P ne propose pas de définition précise de **l'activité en CATTP** et en atelier thérapeutique. Son activité peut se rapprocher des activités ambulatoires de groupe recueillies dans le R3A. En effet, dans le guide méthodologique, le groupe est défini comme « un acte thérapeutique réunissant plusieurs patients, réalisé par un ou plusieurs soignants, avec unité de temps et lieu, avec ou sans utilisation de médiation. (...) Il s'agit d'un acte prévu dans le projet de soin personnalisé du patient, ce qui exclut les animations ou les activités occupationnelles. Les activités effectuées dans le cadre de la réinsertion scolaire ou professionnelle, ainsi que les activités et les sorties organisées ponctuellement relèvent de cette catégorie. Exemples de groupes : ergothérapie ou art-thérapie, sociothérapie, psychothérapie de groupe dont psychodrame, psychothérapie familiale ou de couple » (Ministère du travail, 2011). Or, les prises en charge en CATTP ont pour objectif de

« maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe » et celles en atelier thérapeutique « utilisent des techniques de soins thérapeutiques, notamment des groupes ergothérapeutiques, pour réhabituer les patients à exercer une activité professionnelle ou sociale, *via* des pratiques artisanales, artistiques ou sportives. Il s'agit d'une réadaptation cherchant à développer les capacités relationnelles des patients » (Coldefy, 2007). Il y a donc bien des segments communs aux activités ambulatoires de groupe et aux prises en charge à temps partiel en CATTP ou atelier thérapeutique. Certains établissements distinguent ces deux modalités de prise en charge par la durée. Ainsi, un groupe aurait une durée inférieure à 3 heures, et une prise en charge en atelier thérapeutique ou en CATTP supérieure à 2 heures. De ce fait, là encore, les disparités observées peuvent davantage refléter des pratiques de codage que des disparités de pratiques cliniques. Il est donc proposé de **regrouper ces deux modalités de prise en charge et de les traiter de la même manière.**

De la même façon, **la frontière entre les prises en charge en hospitalisation à domicile et les soins ambulatoires à domicile** peut être floue et le codage dans l'une ou l'autre modalité de soins variable selon les établissements ou services. **Il est donc proposé de regrouper ces deux modalités de soins à domicile.**

Enfin, il existe un certain nombre de séquences longues de prise en charge à temps complet ou partiel avec un nombre de journées de prise en charge nul (inférieur à 5 % des séquences). Cela peut correspondre à des permissions non clôturées. Là aussi, **il est choisi d'exclure ces séquences longues sans journée de prise en charge associée.**

Une **nouvelle variable modalité de prise en charge** prenant en compte ces différents éléments est donc proposée : Modalité de prise en charge.

Prises en charge à temps complet

- Moda01 : Hospitalisation libre à temps plein (y compris postcure, centre de crise)
- Moda02 : Hospitalisation à temps plein sans consentement (y compris postcure et centre de crise)
- Moda03 : Alternatives temps complet (placement familial thérapeutique et prise en charge en appartement thérapeutique)

Prises en charge à temps partiel

- Moda10 : Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit

Prises en charge à domicile

- Moda20 : Suivi à domicile (Hospitalisation à domicile (HAD) ou actes ambulatoires à domicile quel que soit le professionnel de santé)

Prises en charge de groupe

- Moda21 : Soins de groupe (CATTP, atelier thérapeutique ou actes ambulatoires de groupe quel que soit le professionnel de santé)

Prises en charge ambulatoires individuelles

- Moda30 : Consultations médicales (entretiens réalisés par au moins un membre du corps médical, réalisés dans un CMP ou lieu de consultation de l'établissement)
- Moda31 : Consultations soignantes (entretiens réalisés par des personnels soignants hors corps médical et assistant social ou éducateur et personnels de rééducation, réalisés dans un CMP ou lieu de consultation de l'établissement)
- Moda32 : Suivi situation sociale (démarches, accompagnements ou entretiens réalisés par un assistant social hors du domicile du patient)
- Moda33 : Soins en institution (entretiens réalisés dans un établissement social ou médico-social avec ou sans hébergement, dans un établissement scolaire ou de formation, dans une PMI ou un établissement pénitentiaire, quel que soit le professionnel de santé hors assistant social)
- Moda34 : Liaison somatique (entretiens réalisés dans une unité d'hospitalisation MCO, SSR ou long séjour, quel que soit le professionnel de santé hors assistant social)
- Moda35 : Soins urgences (entretiens réalisés dans une unité d'accueil d'urgence, quel que soit le professionnel de santé hors assistant social).

Certaines modalités de prise en charge mêlant des actes ambulatoires et prises en charge à temps partiel, il a été décidé de créer une unité de compte commune à l'ensemble des modalités. Ainsi un acte ambulatoire sera par convention égal à une demi-journée (ou demi-venue, séance).

1.2.2. Mesure des prises en charge pour la dépression et la schizophrénie

Mesurer les prises en charge nécessite de s'intéresser à la fois à la **nature** (temps complet, partiel, ambulatoire, activités de groupe ou individuelles), à la **multiplicité** (parcours mono-formes d'activités ou pluri-formes), à l'**intensité** (nombre de journées, d'actes, durée), à la **fréquence** (périodicité), voire à la chronologie et aux limites de l'épisode de soins.

La **nature** des prises en charge peut être abordée à partir de la variable modalité de soins proposée précédemment, avec différents niveaux d'agrégation possibles en fonction du niveau de détail souhaité depuis la précision sur l'intervenant réalisant un acte ambulatoire ou le lieu de cet acte aux trois groupes classiques de nature de prise en charge : temps complet, partiel et ambulatoire.

La **multiplicité** des prises en charge est importante en psychiatrie car la psychiatrie de secteur s'est justement constituée autour d'une gamme de services et de modalités de soins adaptée aux différentes phases de la maladie. Il est connu que cette offre de structures alternatives à l'hospitalisation temps plein s'est inégalement développée sur le territoire et il est donc important de voir dans quelle mesure les patients y ont différemment accès. 41 % des patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie et 65 % des patients suivis pour dépression n'ont été suivis que sous une forme d'activité en 2010. Pour les premiers, lorsqu'une seule modalité de prise en charge a été enregistrée dans l'année il s'agit pour 39 % d'entre eux de consultations médicales, et pour 36 % d'hospitalisation à temps plein. Les données sont proches pour les patients souffrant de dépression avec une hospitalisation à temps plein pour 37 % de ces « mono-activités » et 32 % de consultations médicales. Rappelons cependant que l'absence de génération d'un identifiant national pour les patients suivis exclusivement en

ambulatoire dans un établissement, et l'utilisation de l'IPP comme identifiant patient, ne va pas permettre d'identifier des prises en charge multiples qui se feraient dans plusieurs établissements de santé. Cette limite tend donc à surestimer ces « mono-prises en charge ».

Les différences entre les deux groupes pathologiques se concentrent essentiellement sur les autres prises en charge ambulatoires : 9 % des patients suivis pour dépressions ont bénéficié exclusivement d'entretiens non médicaux, contre 3 % des personnes suivies pour troubles schizophréniques. De même, 15 % des patients avec un diagnostic de dépression n'ayant eu qu'un type de soins dans l'année, ont été vus aux urgences ou dans unités de soins somatiques contre 6 % des patients suivis pour schizophrénie.

L'**intensité** de la prise en charge peut se mesurer en quantité de journées de prise en charge (durée de séjour, durée cumulée sur l'année), d'actes. Certains autres auteurs (Bouchot, 2005 ; Launois *et al.*, 1998 ; Rineau, 1999), ont cherché à pondérer les différentes modalités de prise en charge pour construire un indice global de consommation de soins, une sorte de score. Si cette méthode a l'avantage d'accéder à des techniques statistiques explicatives, la construction d'un indice synthétique fait perdre l'aspect multidimensionnel de la mesure du parcours de soins. La question du poids à affecter aux différentes modalités de prise en charge mérite à elle seule réflexion. Ainsi, dans l'étude de Launois, les poids affectés étaient de 4 pour les journées de prise en charge à temps complet, 2 pour le temps partiel et 1 pour l'ambulatoire, alors que l'étude de Bouchot se réfère à une directive du ministère de la Santé qui fixait une règle de prédominance des prises en charge dans la fiche par patient afin qu'une seule prise en charge par jour soit affectée à un patient. Dans cette étude, les poids sont les suivants : 16 pour l'hospitalisation temps plein, 13 pour le placement familial thérapeutique, 10 pour l'hospitalisation de nuit, 9 pour l'hospitalisation de jour, 7 pour l'accueil en CATTP, 5 pour les soins en CMP, 4 pour les soins à domicile, 3 en institution substitutive au domicile, 2 pour les soins en unité somatique et 1 pour les actes ambulatoires autres.

Mesurer la **fréquence** des soins à partir du Rim-P est relativement aisé pour les actes ambulatoires que l'on peut compter par mois, obtenant ainsi une fréquence mensuelle de consultations ou soins à domicile. Il n'est pas possible de descendre à une échelle temporelle inférieure à partir de la base nationale. Pour les prises en charge à temps partiel ou à temps complet, cela s'avère plus compliqué, notamment dans le cas de prises en charge séquentielles pour lesquelles il est difficile de distinguer des journées de présence concentrées sur une période ou dispersées le long d'une séquence de soins. Les séquences peuvent durer jusqu'à 93 jours et le dénominateur mensuel devient difficile à estimer.

L'ordonnement des séquences de soins pour un patient permet d'avoir une information sur l'enchaînement des épisodes de soins à temps partiel et complet. Par contre, le recueil distinct de l'activité ambulatoire rend difficile la description complète et exacte de la chronologie des contacts du fait de la disponibilité du seul mois de l'acte. Par exemple, une séquence d'hospitalisation de 10 jours en mars peut être précédée ou suivie de consultations qui seront-elles aussi recensées en mars et il est alors impossible de distinguer le suivi post-hospitalisation de la préparation de l'hospitalisation. C'est une forte limite de la base de données nationale.

Les travaux sur les trajectoires de soins en psychiatrie réalisés par Denise Bauer (2001) dans le cadre de l'expérimentation du PMSI psychiatrie, nous fournissent d'intéressantes pistes d'analyse des trajectoires que nous reprenons ici.

Les durées de prise en charge en psychiatrie étant très variables, pour partie, longues et discontinues, il est difficile d'identifier le début et la fin d'une prise en charge. Afin de comparer des parcours de soins pouvant présenter des similitudes, il serait souhaitable de pouvoir identifier précisément le début d'un nouvel épisode de soins et d'avoir une durée d'observation suffisamment longue pour pouvoir « englober » cet épisode de soins (Rineau, 1999). L'analyse du Rim-P sur une seule année ne permet pas une telle précision dans la définition de l'épisode ou du parcours de soins.

Ainsi, dans notre étude, le point de départ du parcours de soins sera défini par la première apparition du patient dans la base de données. A défaut d'information sur l'historicité de la prise en charge du patient, aucune hypothèse n'est faite sur la correspondance entre ce point de départ et le début d'un épisode de soins. Cette première prise en charge observée peut ainsi correspondre à diverses situations (prises en charge de longue ou de courte durée, suivi régulier ou contact isolé, etc.), et s'inscrire à différents moments du parcours du patient.

À l'instar des travaux de Denise Bauer, à défaut de point d'arrivée, il serait souhaitable d'observer le parcours du patient sur une durée référée à ce point de départ. Cela nécessite de travailler ensuite sur des parcours de longueurs équivalentes, sauf à raisonner sur des consommations moyennes par sous-période, ce qui revient à considérer l'effet du temps comme uniforme et donc à supprimer toute notion de progressivité ou d'évolutivité de la prise en charge (Bauer, 2001). Pour pouvoir suivre les patients sur une période équivalente tout en conservant une période d'observation suffisamment longue, une solution serait de prendre en compte les prises en charge de tous les patients présents entre janvier et juin 2010 et de suivre leurs prises en charge sur six mois.

Pour construire les trajectoires, la méthode utilisée par Denise Bauer consiste à structurer les informations relatives à la prise en charge du patient de la façon suivante :

Il s'agit d'inscrire pour chaque patient, pour chaque modalité de soins et pour chaque unité minimale de temps, l'existence ou non d'une prise en charge (Bauer, 2001). Cela permet de disposer pour chaque patient du nombre de jours passés dans chacune des modalités pour chaque mois de la période étudiée et de mesurer ensuite l'étalement du parcours (en comptant le nombre de mois où il y a eu une prise en charge sur les six mois observés) ou l'intensité des prises en charge (à partir de densités moyennes mensuelles). L'outil statistique va permettre d'analyser ces combinaisons de prises en charge indépendamment de tout *a priori* sur leurs significations cliniques (Deniau *et al.*, 1985).

1.3. Limites et biais de l'analyse des disparités de prise en charge en psychiatrie à partir du Rim-P

Si l'absence de financement à l'activité en psychiatrie évite les biais potentiels de codage de certains actes « rémunérateurs », elle nuit cependant à la qualité et à l'exhaustivité du recueil, qui, même si elles se sont améliorées année après année, n'atteignent pas encore celles

observées en MCO. D'autre part, l'activité multi-sites, largement ambulatoire de la prise en charge psychiatrique complique le recueil systématique des informations relatives aux patients.

1.3.1. Limites liées au chaînage

La principale limite liée au chaînage a été détaillée précédemment, elle est liée à la **non-génération d'un identifiant ANO pour les actes ambulatoires qui crée un biais important pour identifier les trajectoires de soins entre établissements**. Autant le chaînage des séquences de soins et actes à l'intérieur d'un établissement est de bonne qualité, autant l'absence d'identifiant national pour les patients vus exclusivement en ambulatoire dans un établissement pose problème pour identifier les parcours entre établissements et les éventuels doublons. Aucune donnée connue ne permet de savoir si cette pratique est fréquente. L'étude de faisabilité peut donc garantir une analyse de la disparité des pratiques réalisées à l'intérieur des établissements mais elle est limitée pour l'analyse des parcours de soins entre établissements.

1.3.2. Limites liées à la temporalité du Rim-P et choix méthodologiques

L'analyse porte sur les remontées 2010 du Rim-P, donc sur une seule année civile. Dans notre étude, le point de départ du parcours de soins sera défini par la première apparition du patient dans la base de données. Son parcours de soins est ensuite observé sur une période de six mois. Aucune hypothèse n'est faite sur la correspondance entre ce point de départ et le début d'un épisode de soins. Cette première prise en charge observée peut ainsi correspondre à diverses situations et s'inscrire à différents moments du parcours du patient.

Cependant, cette durée d'observation n'est pas la plus pertinente pour observer des régularités dans la prise en charge. Il faudrait des périodes plus longues (un à trois ans notamment), la plupart des pathologies mentales étant des pathologies chroniques dont la prise en charge s'étend sur plusieurs années. Au sein des établissements publics sectorisés, seuls 40 % de la file active annuelle sont constitués de nouveaux patients, et parmi eux, plus de la moitié ne seront vus qu'une seule fois dans l'année (Coldefy, 2007).

Malgré ces limites, cette fenêtre temporelle nous offre une photographie des prises en charge en psychiatrie une année donnée pour l'ensemble des établissements de santé, le biais lié à cette photographie est commun à l'ensemble des établissements, et dans ce cadre la période d'observation de six mois nous paraît suffisamment pertinente pour identifier à la fois des prises en charge de courte et longue durées. Nous aurons en effet à la fois des individus en début de prise en charge, d'autres en cours, d'autres en fin.

1.3.3. Limites liées au champ couvert par le Rim-P

Le Rim-P est un **recueil de l'activité hospitalière et donc ne prend pas en compte les consultations faites en libéral dans les établissements privés sous OQN, ni l'ensemble des consultations de ville auprès des psychiatres, médecins généralistes et psychologues**. Les consultations libérales (consultations externes) réalisées dans les établissements publics et privés d'intérêt collectif sont recensées dans le Rim-P mais ont, de fait, été exclues afin de disposer d'informations homogènes pour le secteur privé et public. Il pourrait être

envisageable à l'avenir de mobiliser les données du Sniiram pour approcher cette partie de la prise en charge.

Par ailleurs, une partie de la prise en charge psychiatrique réalisée en établissement de santé échappe à notre analyse à partir du Rim-P. Il s'agit des **prises en charge psychiatriques réalisées en MCO**, notamment les passages aux urgences pour tentatives de suicide non vues par un psychiatre de liaison ou non transférées ensuite en psychiatrie. C'est le cas également d'une partie de l'activité de psychothérapie qui peut être enregistrée dans le champ MCO. Les avantages économiques liés à la tarification à l'activité en MCO peuvent également pousser les établissements non spécialisés en psychiatrie à intégrer une partie de leur activité dans le champ MCO. Seul un chaînage des différents PMSI MCO et Psychiatrie permettraient d'identifier ces prises en charge, avec la limite cependant qu'un patient vu exclusivement en ambulatoire dans un établissement de psychiatrie n'aura pas d'identifiant national ANO pouvant être chaîné avec les autres fichiers PMSI.

1.3.4. Limites liées aux données disponibles dans le Rim-P

Les premiers éléments de la revue de la littérature ainsi que les experts psychiatres rencontrés s'accordent à dire que le diagnostic principal doit être complété avec d'autres informations pour comprendre la variabilité des prises en charge. Il a en effet été démontré qu'en psychiatrie, les diagnostics sont insuffisants pour expliquer les différences de coûts entre patients ou les variations de durée de séjour. C'est un constat effectué au niveau international. Plusieurs facteurs vont entrer en compte, dont notamment : la gravité du trouble et la coopération du patient et l'existence ou l'absence d'un support social et familial. Ainsi, à diagnostic équivalent, un individu aura moins de chances d'être hospitalisé si le trouble est léger, s'il est coopérant et qu'un support social et familial est présent. À l'inverse, en l'absence de support social et familial, un patient non coopérant atteint d'un trouble sévère aura de fortes chances d'être hospitalisé.

Plusieurs aspects contextuels vont être déterminants pour expliquer la séquence de soins. Certains pourront être pris en compte dans l'analyse, tels que ceux relatifs à l'offre de soins. D'autres aspects pourront plus difficilement être pris en compte à travers les données disponibles actuellement.

Ainsi, pour expliquer finement les disparités de prise en charge en psychiatrie, **plusieurs données manquent à notre analyse** :

L'âge de début de la maladie

Un élément important est l'âge de début de la maladie. En effet, plus la maladie est apparue chez un individu jeune, plus elle est sévère. Lorsque la schizophrénie se déclare, elle fissure la personnalité et gêne son développement. Donc plus elle débute jeune, moins la personnalité est construite.

La déclaration d'ALD pourrait constituer un indicateur d'entrée dans la maladie (tout au moins dans le système de soins) car du fait des hospitalisations longues, l'ALD est vite déclarée afin de permettre sa prise en charge financière. Le diagnostic de l'ALD serait

d'ailleurs une donnée plus fiable (forme de diagnostic longitudinal) que celui utilisé dans le Rim-P (davantage un motif de recours).

Le niveau de sévérité de la clinique :

En effet, la nosographie actuelle (CIM 10) est une nosographie des débuts de maladie, elle ne permet pas de coder l'évolution de la pathologie, excepté à travers le code « Schizophrénie résiduelle » qui est souvent utilisé pour des patients après dix ans d'évolution de la maladie.

« Idéalement », l'hospitalisation ne devrait être réservée qu'aux épisodes aigus, elle constitue un plateau technique pour traiter l'acuité en l'absence de toute autre forme d'alternative disponible ou suffisante.

Certaines comorbidités, comme les addictions, peuvent également constituer un marqueur de gravité d'une situation, car elles sont souvent des facteurs de non-compliance au traitement, de non-coopération du patient. **Les diagnostics associés (décrivant les comorbidités) sont disponibles dans la base Rim-P, cependant nous ne connaissons pas la qualité de codage de ces diagnostics qui n'ont pas d'impact financier dans les établissements.** Si leur recueil ne présente pas une trop forte hétérogénéité entre établissements, nous pourrions les prendre en compte pour analyser la variabilité des prises en charge.

Les caractéristiques sociales, économiques de la personne :

Aucune donnée socio-économique n'est disponible dans le Rim-P, or certaines caractéristiques sociales et économiques vont fortement influencer sur la prise en charge du patient. C'est le cas notamment de l'existence d'un support social ou familial, les situations d'isolement ou de précarité professionnelle ou à l'égard du logement dans lesquelles peuvent se trouver certains patients.

La présence d'actes d'assistants sociaux pourra nous renseigner sur la complexité de certaines situations sociales où les troubles graves sont associés à des questions de précarité, de mise sous main de justice, d'accès aux droits.

Le guide méthodologique de production du Rim-P prévoit le recueil d'« informations complémentaires appartenant au recueil minimum obligatoire ne faisant pas l'objet de transmissions trimestrielles systématiques ». Ces informations sur le domicile du patient, son mode de vie, sa situation scolaire et professionnelle et les prestations sociales perçues, ont pour objectif l'amélioration de la connaissance de l'activité de l'établissement et des populations prises en charge. Il serait souhaitable d'envisager d'actualiser le contenu et de faire remonter ponctuellement les données sociodémographiques à visée d'enquête qui sont recueillies par les établissements dans le cadre du Rim-P mais ne font pas l'objet de remontée en routine. Là encore, de la prudence est recommandée par les Dim sur la qualité de ces données qui évoluent au cours du temps (statut par rapport au travail, logement, etc.).

Ces données sont essentielles pour expliquer des disparités de trajectoires.

1.3.5. Limites liées au codage des maladies

La nosographie utilisée dans le Rim-P, à savoir la CIM 10 est une nosographie de début de maladie, elle n'intègre aucune indication de sévérité ou d'ancienneté du trouble.

Or, le diagnostic de schizophrénie ne va pas toujours être posé dès le premier épisode de soins. Donc certains patients schizophrènes en début de soins ne pourront pas être identifiés par le diagnostic renseigné dans le Rim-P. Si cette limite est gênante pour mesurer des prévalences précises de la maladie, elle ne gêne pas l'analyse de la variabilité des pratiques pour les personnes diagnostiquées schizophrènes.

Ce premier bilan fait apparaître certaines limites à l'utilisation du Rim-P pour analyser les disparités de pratiques en psychiatrie. En effet, le Rim-P ne couvre qu'une partie de l'activité, des prises en charge et des acteurs intervenants dans le champ de la psychiatrie. Il sera nécessaire pour aller plus loin dans l'analyse des trajectoires de soins et des disparités de ces trajectoires en psychiatrie de relier différentes bases de données alimentant chacune un segment différent de la prise en charge : données du PMSI MCO pour l'activité psychiatrique recueillie dans ce champ, comme certains passages aux urgences ou actes spécifiques, données du Sniiram pour la prise en charge en ville par les médecins généralistes et psychiatres et la prescription médicamenteuse. De même, étant donné la temporalité longue des prises en charge psychiatriques, il serait souhaitable, dès que l'exhaustivité du recueil sera stabilisée, de pouvoir travailler sur plusieurs années de prise en charge et donc de chaîner les séjours et actes des patients suivis sur plusieurs années. Cela permettrait d'avoir une fenêtre d'observation des prises en charge communes suffisamment longue.

Le contenu même du Rim-P et l'absence d'informations sur les caractéristiques sociales, économiques ou l'ancienneté de la prise en charge au niveau de l'individu viennent également contraindre les analyses que l'on peut faire de la variabilité des pratiques. En effet, ces caractéristiques participent à l'explication des disparités de prise en charge et il sera plus difficile de les contrôler dans les modèles statistiques qui pourront être développés.

Cependant, l'analyse de la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient dans le Rim-P et la connaissance des limites de notre champ d'observation permettent d'envisager une première analyse des disparités de prise en charge *a minima* au sein des établissements de santé. Cette analyse pourra être complétée par la suite avec les autres champs de la prise en charge de la santé mentale, mais l'analyse de la variabilité des pratiques « institutionnelles » constitue déjà en soi un champ d'étude pertinent.

III. Analyse de la variabilité des pratiques en psychiatrie : enjeux méthodologiques et perspectives

Quelle que soit son champ d'application, l'analyse de la variabilité des pratiques renvoie aux questions sur l'efficacité, l'équité et la qualité des soins fournis. Les choix thérapeutiques proposés à un patient pour un diagnostic donné vont être influencés par une combinaison de facteurs. Ces facteurs vont intervenir à différents niveaux, depuis le niveau individuel (caractéristiques sociales, économiques, démographiques du patient notamment) au niveau du professionnel de santé ou de l'équipe de soins (formation, expérience, organisation, capacités), au niveau de l'établissement de santé dans son ensemble (statut, coopération, capacités), de la coprésence sur le territoire d'une offre sanitaire, sociale ou médico-sociale.

Les enjeux de l'analyse de la variabilité des prises en charge en psychiatrie sont de deux natures. Il s'agit à la fois de documenter cette variabilité et de tenter de l'expliquer, de savoir quelles sont les variations « justifiées » par les besoins cliniques des patients et quelles sont les pratiques inappropriées ou inefficaces, ce qui nécessite alors de mettre en relation les prises en charge avec les résultats de soins.

Lorsqu'on se situe dans le deuxième enjeu, afin d'évaluer et d'expliquer la variabilité des pratiques dans le champ sanitaire, on compare le plus souvent les variations des résultats des soins, de la qualité des soins reçus ou des volumes d'activités des soins/traitements entre les territoires et/ou les fournisseurs de soins.

L'évaluation des pratiques **dans le champ psychiatrique** est plus difficile à la fois à cause du manque d'indicateurs de soins « efficaces » ou « inappropriés » et de la difficulté de décrire des prises en charge ou interventions relativement homogènes. La définition même des limites d'un épisode de soins pose problème.

1. Indicateurs mobilisables

Que ce soit pour la dépression ou la schizophrénie, il n'y a pas de consensus national, ni même international sur la prise en charge « optimale ». Il y a certes une tendance à éviter l'hospitalisation autant que possible, la faire durer le moins longtemps possible en développant les supports adéquats, notamment à travers des alternatives et un suivi ambulatoire intensif. Il faut donc être prudent dans l'interprétation qui pourra être faite de cette variabilité.

Toutefois, la littérature sur les indicateurs des soins psychiatriques ainsi que celle sur la variabilité des pratiques dans d'autres domaines, permet de dégager quelques pistes pour les travaux futurs.

Ainsi, deux approches parallèles et complémentaires peuvent être envisagées.

D'une part, la construction et l'analyse d'indicateurs simples, tels que **les taux d'hospitalisation, les durées moyennes ou médianes de séjours, les taux de réadmission à 15 ou 30 jours**, constituent une façon d'aborder la variabilité des prises en charge en psychiatrie. Ces taux sont d'utiles révélateurs des disparités de prises en charge et

d'organisation des soins. Ces indicateurs sont utilisés dans plusieurs études portant sur le champ psychiatrique (Byrne *et al.*, 2010 ; Salvador-Carulla *et al.*, 2006 ; Harman *et al.*, 2004 ; Lauber *et al.*, 2006 ; Lin & Lee, 2009 ; Tulloch *et al.*, 2008 ; Thompson *et al.*, 2004). Toutefois, certaines études plus ciblées sur la schizophrénie notamment suggèrent que la durée d'un séjour à l'hôpital est peu pertinente pour décrire la qualité et l'intensité des soins (Lerner & Zilber, 2010). La durée de séjour cumulée dans l'année semble être un indicateur plus pertinent pour intégrer à la fois les réadmissions et les durées des séjours consécutives. Par ailleurs, les taux de réadmissions à 30, 60 à 90 jours sont des indicateurs utilisés dans le domaine psychiatrique, malgré des résultats variés concernant leurs déterminants et leur association avec la qualité des soins car l'hospitalisation séquentielle en psychiatrie peut être une stratégie thérapeutique programmée (Durbin *et al.*, 2007). Ainsi, les réhospitalisations peuvent masquer des stratégies de soins qui visent à assumer les risques : laisser le patient rentrer chez lui et voir ce qui se passe (Séance 2, séminaire MiRe-Drees sur l'organisation des prises en charge en psychiatrie et santé mentale). Il est important de ne pas analyser ces indicateurs isolément. Analyser les prises en charge entre deux hospitalisations serait un complément utile à l'interprétation de la variabilité des taux de réhospitalisations.

Le calcul des réadmissions dans une période donnée est possible dans le Rim-P national à partir du numéro de séjour, du délai entre la date de début de la séquence, et le début du séjour, de la date d'entrée du séjour et du nombre de jours couverts par la séquence.

Il faut pour cela calculer dans un premier temps la durée de séjour telle qu'indiqué dans le manuel d'aide à l'utilisation des informations de chaînage (ATIH, 2011). La durée de séjour correspond dans le Rim-P à la somme du délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour (variable *delseqsej*) et du nombre de jours couverts par la séquence figurant dans le dernier résumé de chaque séjour (variable *durseq*).

$$\text{Durée de séjour} = \text{delseqsej} + \text{durseq}$$

Dans un deuxième temps, il s'agit d'ajouter cette variable « durée de séjour » au numéro de séjour, construisant ainsi un indicateur de fin de séjour.

Le délai de réhospitalisation est ensuite obtenu en soustrayant la variable de fin de séjour précédemment calculée du numéro de séjour suivant.

$$\text{Délai de réhospitalisation} : \text{numsej}(t2) - (\text{numsej}(t1) + \text{durée de séjour})$$

Il est ensuite possible de calculer des taux de réhospitalisation à 15, 30, n jours.

Par ailleurs, ces indicateurs s'ils permettent de révéler les disparités des pratiques, peuvent paraître insuffisants pour décrire la multiplicité et la richesse des parcours et leurs différentes dimensions et combinaisons. C'est d'ailleurs le point de vue partagé par Katschnig dans un article récent (2011). Pour cet auteur, une partie des indicateurs classiquement utilisés dans les comparaisons internationales, le sont davantage du fait de leur disponibilité aisée que de leur pertinence. Ces indicateurs sont souvent centrés sur un événement, un épisode de soins hospitalier, et non sur le patient. Et cette situation est particulièrement problématique pour les soins de santé mentale, qui ont lieu majoritairement en dehors de l'hôpital. Katschnig appelle à une meilleure description des parcours de soins et à un appariement des différentes bases de données. Selon lui, la question de savoir si les enjeux de la désinstitutionalisation, à savoir l'évitement de l'hospitalisation, ont été achevés, nécessite de connaître l'ensemble du

parcours de soin du patient à la fois en psychiatrie, mais aussi dans le champ somatique et médico-social. Si l'enjeu est de mieux décrire la variété des parcours de soins, la méthodologie envisagée devra alors davantage se tourner vers la construction de typologies de parcours, de prises en charge, pour tenter d'identifier les prises en charges appropriées de celles qui le seraient moins. Les typologies de parcours de soins psychiatriques réalisés par Bauer (2001), Robert (2007), ainsi que Deniau *et al.* pour les prises en charge ambulatoires au sein d'un secteur (1985) constituent des pistes de réflexions intéressantes pour la construction de parcours de soins-types. Ce type de méthode permet de prendre en compte à la fois les volumes, fréquences, intensités, étalements et natures des prises en charge, éléments qui se combinent pour qualifier et définir le soin en psychiatrie. Cela permet dans un second temps de mener une analyse des variabilités de parcours et non simplement de pratiques identifiées par un marqueur synthétique.

La question de la **temporalité d'observation** ne se pose pas de la même manière selon les objectifs visés dans l'analyse de la variabilité.

Si l'objectif est de mesurer la variabilité des prises en charge entre territoires, producteurs de soins à travers des indicateurs synthétiques, il est possible de travailler sur l'ensemble des données de l'année en faisant l'hypothèse que les biais de troncatures en début et fin d'année sont similaires à l'ensemble des territoires et producteurs de soins.

Par contre, si l'objectif est d'étudier la variabilité des parcours des patients, il serait souhaitable d'avoir une fenêtre d'observation de la trajectoire identique pour l'ensemble des patients. Cette fenêtre peut être de six mois par exemple si l'on intègre tous les patients suivis entre janvier et juin et qu'on observe leur parcours dans les six mois qui suivent. Cette fenêtre peut être ramenée à trois mois si l'on veut pouvoir identifier des patients dont le séjour n'a pas commencé avant 2010. Il s'agirait alors d'intégrer tous les patients suivis entre mars et septembre et d'observer leur parcours de soins dans les trois mois qui suivent. Ces contraintes réduisent fortement le nombre de patients analysés et sont par ailleurs difficiles à réaliser à partir du Rim-P national. S'il est en effet relativement aisé de sélectionner les patients ayant eu un contact avec la psychiatrie entre janvier et juin, il est ensuite difficile de prendre en compte précisément les six mois de prise en charge qui suivent. **En effet, le Rim-P ne fournit que le mois de fin de séquence et la durée de la séquence (pouvant aller jusqu'au trimestre) et les journées de présence peuvent être discontinues sur la période.** Cela crée d'ailleurs des difficultés pour analyser la chronologie des contacts et du parcours. Cela paraît être une forte limite du recueil national pour l'analyse des parcours de soins des patients. Il conviendra toutefois de discuter de ces limites avec l'ATIH. La Cnamts pourrait être associée car elle semble travailler également sur la psychiatrie.

2. Échelles d'analyse de la variabilité des prises en charge en psychiatrie

2.1. Les échelles d'analyse pertinentes en psychiatrie

La variabilité des pratiques hospitalières peut se mesurer à plusieurs échelles, depuis la région au code géographique de résidence des individus. Les rares études françaises ayant cherché à analyser la variabilité des pratiques ont généralement utilisé la région ou le département comme échelle d'analyse. La région administrative, si elle a un sens en matière de

planification des soins en santé, rôle encore renforcé avec la mise en place des Agences régionales de santé (ARS), constitue cependant une maille géographique trop importante pour analyser les disparités en matière de recours aux soins et de pratiques médicales. Cela est d'autant plus vrai dans le domaine de la psychiatrie, qui a longtemps fait l'objet d'un schéma départemental d'organisation des soins, non intégré à la planification générale. L'échelon départemental a fortement structuré l'organisation des soins en psychiatrie, et ce, dès le XIX^e siècle avec la loi de 1838, obligeant chaque département français à se doter d'un établissement spécialisé dans la prise en charge des aliénés. Cette loi a donné naissance à la plupart des établissements psychiatriques encore en fonctionnement aujourd'hui.

La mise en place des ARS a cependant fait émerger un nouvel espace géographique d'organisation des soins, le territoire de santé, qui est amené à structurer l'offre de soins et les collaborations entre les différents acteurs de la prise en charge, établissements comme professionnels de santé, du champ sanitaire et médico-social.

Pour la psychiatrie, il nous paraît important de mesurer cette variabilité :

- À l'échelle des **territoires de santé ou départements**, échelle de planification et d'organisation des soins, définie par les ARS. Pour la psychiatrie, c'est à cette échelle que doit être notamment organisé le circuit de l'urgence, que doit être assurée la continuité des prises en charge à travers la coopération avec les partenaires sociaux et médico-sociaux. Le guide méthodologique pour l'élaboration du Sros-PRS propose d'ailleurs deux indicateurs de suivi pour la psychiatrie à l'échelle des territoires de santé : **la part des patients hospitalisés à temps complet depuis plus d'un an et l'évolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement**. Le territoire français est découpé en 108 territoires de santé en 2011. Si la plupart des régions ont choisi le département comme unité territoriale (Coldefy, Lucas, 2012), trois régions ont choisi une échelle géographique supérieure au département, à savoir, un regroupement de départements ou la région elle-même. Il s'agit de la Champagne-Ardenne, du Limousin et de la Franche-Comté. Pour ces régions, plutôt que d'utiliser le territoire de santé, nous privilégierons l'échelle départementale.
- Entre **établissements de santé**, publics et privés, participant ou pas à la sectorisation psychiatrique,
- Entre **secteurs de psychiatrie**. Si le secteur de psychiatrie n'a plus de dimension géographique officielle, il conserve une dimension fonctionnelle forte et structurante de l'organisation des soins de proximité en psychiatrie. Il est soit possible de considérer le secteur de psychiatrie comme un acteur de la prise en charge au même titre que les établissements non sectorisés (et dans ce cas, l'intégrer dans l'échelle d'analyse précédente), soit de distinguer dans un premier temps l'échelle établissement de rattachement, puis les secteurs.
- Le **code géographique de résidence** des patients ne peut pas être utilisé pour calculer des indicateurs à cette échelle du fait des effectifs parfois faibles rencontrés lorsqu'on travaille sur une pathologie donnée. Cependant les données disponibles à cette échelle peuvent être utiles pour expliquer la variabilité des prises en charge aux échelles supérieures en qualifiant l'environnement sociodémographique, économique, mais aussi sanitaire.

2.2. Enjeux méthodologiques

Pour analyser la variabilité à ces différentes échelles, plusieurs questions méthodologiques se posent :

- **Correspondance Code géographique Rim-P / Territoire de santé**

Il est nécessaire de créer une table de correspondance entre le code géographique de résidence du patient et le territoire de santé. Cela est possible en utilisant un système d'information géographique ou en utilisant le code commune Insee associé au code Rim-P et au territoire de santé.

Cependant, une partie des patients a un code géographique qui se termine en « 999 » correspondant à un code postal inconnu. Lorsqu'un patient a plusieurs codes géographiques différents dont un en « 999 », il faut lui affecter un code complet. Lorsque le patient n'a qu'un code en « 999 », si le territoire de santé équivaut au département, il sera alors possible de lui affecter un territoire de santé adéquat. Dans le cas contraire, on ne pourra pas associer de territoire de santé au patient. Le fait de chercher à intégrer au maximum dans l'analyse les patients ayant un code géographique en 999 est nécessaire car ces patients peuvent correspondre à une population spécifique qui est celle des sans abri ou des populations très précaires. Ces populations ne sont pas réparties aléatoirement sur le territoire et ne pas les intégrer dans l'activité d'un territoire engendrerait un biais important dans l'analyse.

Lorsque les patients ont plusieurs codes géographiques de résidence valides, il est proposé soit de prendre le dernier rencontré, soit le plus fréquent dans l'année.

- **Identification des acteurs de prise en charge**

Plusieurs acteurs institutionnels participent à la prise en charge de la dépression et de la schizophrénie. Ils sont identifiés dans le Rim-P *via* leur numéro Finess.

Établissements privés

Essentiellement cliniques et centres de postcure, ils peuvent être caractérisés par les données de la SAE. Ils sont identifiés *via* leur numéro Finess.

Établissements publics non sectorisés

Il peut s'agir de CHU-CHR, centres hospitaliers, établissements de l'APHP. Comme pour les établissements privés, ils peuvent être caractérisés par les données de la SAE et sont identifiés *via* leur numéro Finess.

Établissements sectorisés

Ils peuvent être caractérisés à l'échelle « établissement » par les données de la SAE. Mais il est également possible de descendre au niveau des secteurs de psychiatrie. Le code secteur est renseigné dans la grande majorité des cas. Cependant, ce code secteur peut correspondre à :

- Un secteur de psychiatrie générale,
- Un secteur de psychiatrie infanto-juvénile,
- Un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire,
- Une unité pour malades difficiles,
- Un dispositif intersectoriel,
- Une activité non sectorisée ou non renseignée.

Pour pouvoir analyser la variabilité à cette échelle dans le cas des deux groupes pathologiques étudiés, patients adultes ayant reçu un diagnostic de dépression ou de schizophrénie, il est nécessaire d'exclure les patients vus exclusivement :

- en secteur de psychiatrie infanto-juvénile (les moins de 16 ans ayant été exclus de la base, ils ne peuvent être considérés comme un acteur de la prise en charge des adultes observés)
- en secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et en unités pour malades difficiles (UMD), la vocation de ces unités est spécifique et leur couverture est régionale, voire inter-régionale.

Pour les patients suivis exclusivement dans le cadre d'un dispositif intersectoriel ou dans le cadre de l'activité non sectorisée ou non renseignée de l'établissement, il est nécessaire de constituer un « acteur » « activité autre d'un établissement sectorisé ». En effet, il ne nous est pas possible d'identifier la mission des dispositifs intersectoriels et pour nombre d'entre eux, les effectifs suivis pour les pathologies étudiées sont faibles. Par contre, lorsqu'un patient est à la fois pris en charge dans un tel cadre et dans un secteur classique, ses modalités de prise en charge seront affectées au secteur classique.

Lorsqu'un patient est suivi à la fois en secteur de psychiatrie infanto-juvénile et secteur de psychiatrie générale, le code secteur de psychiatrie générale sera affecté à l'ensemble de son parcours.

Lorsqu'un patient est suivi dans plusieurs secteurs de psychiatrie générale, seul le code le plus fréquent sera conservé.

• Exhaustivité des données

Pour analyser la variabilité des prises en charge à l'échelle des territoires de santé, il est nécessaire que tous les établissements, acteurs de prise en charge du territoire aient renseigné le Rim-P. **Dans le cas contraire, il sera nécessaire d'exclure le territoire de l'analyse** ou de pouvoir le repérer en ajoutant une variable de qualité des exploitations par territoire de santé ou département en fonction du taux de couverture en activité. En 2010, 35 établissements n'ont pas transmis leurs données d'activité à l'ATIH (tableau 8) et 4 ont transmis des données pour une seule partie de l'année (tableau 9).

Tableau 8 - Établissements n'ayant pas transmis leurs données à l'ATIH en 2010

Région	Raison sociale	Finess	Statut
Aquitaine	Centre de santé mentale infantile CSMI	330057340	DGF
Basse-Normandie	CHU Côte de nacre Caen	140000100	DGF
Bourgogne	Centre hospitalier de l'agglomération de	580780039	DGF
Bourgogne	Hôpital de jour pour enfants	210780425	DGF
Bourgogne	Maison de repos et de convalescence	890000326	DGF
Bretagne	CRRF Beaulieu Rennes	350002234	DGF
Corse	Centre hospitalier de Bastia	2B0000020	DGF
Guadeloupe	Clinique de l'espérance	970100251	OQN
Guadeloupe	Les Nouvelles Eaux vives	970100111	OQN
Guyane	Centre hospitalier de Cayenne	970302022	DGF
Île-de-France	Centre hospitalier d'Aulnay	930110069	DGF
Île-de-France	Centre hospitalier de Melun	770110054	DGF
Île-de-France	Centre hospitalier Sud-francilien	910002773	DGF
Île-de-France	Centre médical "cévennes"	750170185	DGF
Île-de-France	Centre médicopsychologique Croix-Rouge	930703921	DGF
Île-de-France	Centre Phymontin (U.s.i.s. et E.p.i.)	750007619	DGF
Île-de-France	CHI de Poissy Saint-Germain	780001236	DGF
Île-de-France	Hôpital de jour d'Orly	940812662	DGF
Île-de-France	Hôpital de jour de la fondation Rothschild	750170128	OQN
Île-de-France	Hôpital de jour Entraide et amitié	920815123	DGF
Île-de-France	Hôpital de jour et HAD Croix Saint-Simon	750007999	DGF
Île-de-France	Hôpital de jour La Mayotte	950170019	DGF
Île-de-France	Hôpital de jour Santos-Dumont	750170219	DGF
Île-de-France	Maison de santé psychiatrique de Stors	950310029	OQN
Suite du tableau page suivante			
Languedoc-Roussillon	Adpep du Gard - La maison lune	300784741	DGF
Languedoc-Roussillon	Association Arc-en-ciel	300000296	DGF
Languedoc-Roussillon	Centre de protection infantile de Montaury	300780384	DGF
Limousin	Centre hospitalier de Brive	190000042	DGF
Nord-Pas-de-Calais	Centre hospitalier de Roubaix	590782421	DGF
Nord-Pas-de-Calais	Centre Les marronniers Ahnac	620004838	DGF
Pays de la Loire	Centre de post-cure psychiatrique	720018100	DGF
Poitou-Charentes	Centre hospitalier de Niort	790000012	DGF
Poitou-Charentes	Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres	790006654	DGF
Provence-Alpes-Côte-	Maison d'enfants Le Futur antérieur	050000454	OQN
Rhône-Alpes	Centre hospitalier de Feurs	420780686	DGF

Sources : ATIH.

Tableau 9 - Établissements ayant transmis une année incomplète en 2010

Région	Raison sociale	Finess	Statut
Alsace	Centre hospitalier de Colmar	680000973	DGF
Aquitaine	Maison de santé Anouste	330780297	OQN
Corse	Clinique San-Ornello	2B0004113	OQN
Île de France	Centre psychothérapique de jour	920710951	OQN

Sources : ATIH.

Parmi ces établissements, 18 (dont 3 situés dans les Dom) ont déclaré une activité de psychiatrie générale en 2010 dans la SAE (tableau 10).

Tableau 10 - Établissements non répondants ayant eu une activité de psychiatrie générale en 2010

Région	Raison sociale	Finess	Statut	ATIH	Psychiatrie générale SAE 2010		
					file active	journées	venues
Alsace	Centre hospitalier de Colmar	680000973	DGF	Année incomplète	3 591	15 670	4 616
Aquitaine	Maison de santé Anouste	330780297	OQN	Année incomplète		12 066	
Basse-Normandie	CHU Côte de Nacre (Caen)	140000100	DGF	Non transmis	3 941	15 058	3 000
Bourgogne	Maison de repos et de convalescence Boisseaux	890000326	DGF	Non transmis	89	8 019	
Bretagne	CRRF Beaulieu (Rennes)	350002234	DGF	Non transmis	4	90	0
Corse	Clinique San-Ornello	2B0004113	OQN	Année incomplète	514	33 215	
Guadeloupe	Clinique de l'espérance	970100251	OQN	Non transmis	304	8 304	
Guadeloupe	Les Nouvelles Eaux vives	970100111	OQN	Non transmis	322	9 346	
Guyane	Centre hospitalier de Cayenne	970302022	DGF	Non transmis	3 218	28 151	1 176
Île-de-France	Centre hospitalier d'Aulnay	930110069	DGF	Non transmis	3 498	28 267	11 234
Île-de-France	Centre hospitalier de Melun	770110054	DGF	Non transmis	1 581	28 767	2 262
Île-de-France	Centre hospitalier Sud francilien	910002773	DGF	Non transmis	5 071	35 872	2 399
Île-de-France	CHI de Poissy Saint-Germain	780001236	DGF	Non transmis	7 094	26 973	15 043
Île-de-France	Hôpital de jour d'Orly	940812662	DGF	Non transmis	32		4 944
Île-de-France	Maison de santé psychiatrique de	950310029	OQN	Non transmis	457	23 281	
Limousin	Centre hospitalier de Brive	190000042	DGF	Non transmis	3 485	13 063	5 661
Poitou-Charentes	Centre hospitalier de Niort	790000012	DGF	Non transmis	7 101	66 203	11 252
Poitou-Charentes	Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres	790006654	DGF	Non transmis	3 274	21 588	6 528

Sources : ATIH, SAE

Lorsqu'on analyse la part de l'activité de ces établissements dans le département (tableau 11), nous constatons **trois départements particulièrement problématiques: les Deux-Sèvres, la Corse, la Corrèze** que nous recommandons d'exclure dans les analyses de variabilité sur les territoires. De plus, plusieurs départements sont à analyser avec précaution : les Yvelines, l'Essonne et le Calvados, et dans une moindre mesure la Seine-Saint-Denis et le Haut-Rhin.

Tableau 11. Part de l'activité des établissements non répondants dans l'activité de psychiatrie générale du département

Région	Raison sociale	Finess	Statut	ATIH	Psychiatrie générale SAE 2010		
					file active	jours	venues
Alsace	Centre hospitalier de Colmar	680000973	DGF	Année incomplète	16 %	8 %	10 %
Aquitaine	Maison de santé Anouste	330780297	OQN	Année incomplète	0 %	2 %	0 %
Basse-Normandie	CHU Côte de Nacre (Caen)	140000100	DGF	Non transmis	25 %	11 %	8 %
Bourgogne	Maison de repos et de convalescence Boisseaux	890000326	DGF	Non transmis	1 %	5 %	0 %
Bretagne	CRRF Beaulieu (Rennes)	350002234	DGF	Non transmis	0 %	0 %	0 %
Corse	Clinique San Ornello	2B0004113	OQN	Année incomplète	65 %	67 %	0 %
Île-de-France	Centre hospitalier d'Aulnay	930110069	DGF	Non transmis	13 %	14 %	22 %
Île-de-France	Centre hospitalier de Melun	770110054	DGF	Non transmis	8 %	11 %	5 %
Île-de-France	Centre hospitalier Sud francilien	910002773	DGF	Non transmis	25 %	9 %	6 %
Île-de-France	CHI de Poissy Saint-Germain	780001236	DGF	Non transmis	25 %	10 %	30 %
Île-de-France	Hôpital de jour d'Orly	940812662	DGF	Non transmis	0 %	0 %	5 %
Île-de-France	Maison de santé psychiatrique de Stors	950310029	OQN	Non transmis	2 %	7 %	0 %
Limousin	Centre hospitalier de Brive	190000042	DGF	Non transmis	47 %	18 %	33 %
Poitou-Charentes	Centre hospitalier de Niort	790000012	DGF	Non transmis	68 %	75 %	63 %
Poitou-Charentes	Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres	790006654	DGF	Non transmis	32 %	25 %	37 %
Limousin	Centre hospitalier de Brive	190000042	DGF	Non transmis	3 485	13 063	5 661
Poitou-Charentes	Centre hospitalier de Niort	790000012	DGF	Non transmis	7 101	66 203	11 252
Poitou-Charentes	Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres	790006654	DGF	Non transmis	3 274	21 588	6 528

Sources : ATIH, SAE. Exploitation Irdes.

3. Expliquer les disparités : données mobilisables à partir du système d'information existant

Plusieurs facteurs sont fréquemment avancés dans la littérature pour expliquer la variabilité des prises en charge en psychiatrie. Certains tiennent aux caractéristiques individuelles du patient, d'autres à l'offre de soins (à l'établissement ou au professionnel), d'autres enfin à l'environnement sociodémographique, économique et sanitaire dans lequel vivent les individus. Nous proposons donc dans cette partie du rapport, de faire le point sur les facteurs potentiellement explicatifs des disparités que nous pouvons aborder à partir du système d'information existant actuellement.

3.1. Au niveau de l'individu

Le Rim-P est relativement pauvre en matière de données permettant de caractériser l'individu qui recourt au système de soins psychiatriques. Seules des informations sur le sexe, l'âge, les diagnostics et facteurs associés pouvant indiquer une comorbidité sont disponibles et peuvent être contrôlées dans l'analyse de la variabilité des prises en charge. Or, plusieurs facteurs individuels vont pouvoir intervenir pour expliquer la prise en charge : l'ancienneté de la maladie et de l'entrée dans le système de soins, les caractéristiques socio-économiques, notamment sur l'insertion ou l'isolement social de la personne, la précarité vis-à-vis de l'emploi ou du logement, constituent des éléments essentiels qu'il serait important de pouvoir

faire remonter pour étudier la variabilité des prises en charge en psychiatrie. Une partie de ces données est collectée par les établissements dans le cadre du Rim-P et peut faire l'objet d'une remontée ponctuelle de la part de la Drees. Ces données sont décrites précisément dans une note de la Drees du 3 novembre 2006 portant sur la mise en place du Rim-P et les données sociodémographiques complémentaires. Parmi ces données appartenant au recueil minimum obligatoire, les établissements doivent recueillir des informations sur le domicile du patient (stable/précaire/hôpital sans perspective de logement à la sortie/sans abri), son mode de vie (chez ses deux parents/chez un seul parent/seul/seul avec enfant(s)/en couple sans enfant/en couple avec enfant(s)/dans de la famille ou chez des proches/en famille d'accueil/en institution), sa situation scolaire, sa situation professionnelle (activité en milieu ordinaire/en milieu protégé/demandeur d'emploi depuis douze mois et plus/demandeur d'emploi depuis moins de douze mois/sans activité professionnelle), la perception d'une prestation ou allocation liée à un handicap, d'un minimum social et/ou de la CMU-C, sa responsabilité légale et son éventuelle mesure de protection administrative ou judiciaire.

Il nous paraît important d'envisager à terme une remontée de ces informations sociodémographiques, en veillant également à actualiser le contenu de ces données complémentaires recueillies par les établissements.

3.2. Au niveau du code géographique de résidence du patient

En l'absence de données individuelles sur les patients, de nombreuses études ont utilisé des proxys de données individuelles au niveau géographique. C'est notamment l'émergence en Angleterre des indices de défavorisation (Indice de Jarman, Townsend et Carstairs).

De tels indices géographiques reflètent en fait à la fois les caractéristiques des habitants de la zone (effet de composition), mais aussi celles de leur milieu de vie (effet de contexte).

La construction de tels indices est donc pertinente pour expliquer la variabilité des prises en charge en psychiatrie, notamment des taux de recours. L'échelle géographique la plus fine disponible dans le Rim-P est celle du code géographique de résidence du patient, proche du code postal. À cette échelle, plusieurs données du recensement peuvent être mobilisées pour construire un tel indice de défavorisation, tout en prenant en compte des facteurs spécifiques à la problématique de la santé mentale.

L'intérêt pour la question de l'effet du contexte social sur la santé mentale est relativement ancien (Durkheim, 1897 ; Faris & Dunham, 1939). Le contexte peut être analysé à travers différentes dimensions (séparément ou globalement) :

- sa composition socio-économique,
- ses infrastructures : qualité des services, offre de soins et environnement physique,
- son environnement social incluant la cohésion et la participation sociale ou la fragmentation sociale, le capital social écologique avec ses différentes dimensions cognitives et structurelles, inter-groupe et intra-groupe, horizontales et verticales (McKenzie & Harpham, 2008).

Ces caractéristiques vont pouvoir influencer sur la santé mentale et le recours aux soins des individus de diverses manières, notamment, en imposant un niveau de stress quotidien (manque de ressources, environnement physique déplaisant...), en jouant sur les relations entre individus (méfiance...), et sur la vulnérabilité aux événements négatifs (Cutrona *et al.*, 2005).

Au-delà des facteurs socio-économiques, l'offre de soins disponible dans l'environnement de vie va également pouvoir intervenir. Il est ainsi important dans la caractérisation de ce contexte d'intégrer des données sur l'offre de soins de proximité qui va pouvoir impacter le recours à la psychiatrie « institutionnelle » : notamment la densité de médecins généralistes, de psychiatres libéraux, la proportion de psychiatres de secteur 2 ou non conventionnés, la prescription de médicaments de type antidépresseurs et antipsychotiques, ainsi que la distance aux structures psychiatriques telles que les CMP. Plusieurs études ont en effet montré que la faible distance aux services pouvait augmenter la fréquentation de ces services.

3.3. Au niveau de l'offreur de soins : établissement ou secteur de psychiatrie

Parmi les facteurs pouvant expliquer la variabilité des pratiques en psychiatrie, l'offre de soins, à la fois en termes de quantité et de qualité, occupe une place importante. La variabilité des pratiques observée *via* le Rim-P peut ainsi être analysée au regard des caractéristiques des établissements ou secteurs prenant en charge les patients.

3.3.1. Au niveau de l'établissement

Les établissements de santé, publics et privés, sectorisés ou non sectorisés, peuvent être caractérisés à partir de deux sources de données : la Statistique annuelle des établissements (SAE) et les Rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP).

Caractérisation des établissements à partir de la Statistique annuelle des établissements (SAE)

La SAE est une enquête administrative annuelle auprès de l'ensemble des établissements de santé français, qu'ils aient une activité de psychiatrie ou pas. Les données de l'enquête sont disponibles à N+1. L'exhaustivité de la SAE est quasi-totale, de l'ordre de 99 %. La SAE, compte depuis 2006, un bordereau spécifique à la psychiatrie.

Parmi les éléments particulièrement pertinents pour expliquer la disparité des prises en charge en psychiatrie, peuvent être mobilisées à partir de la SAE :

- les capacités d'accueil exprimées en nombre de lits et de places de psychiatrie (générale), mais aussi en termes de structures de type CATTP, CMP ;
- l'activité réalisée exprimée en nombre de journées et de venues en psychiatrie générale, en taux d'occupation des lits, en durée moyenne de séjour ;
- les données sur le personnel, exprimées en ETP ;
- l'accessibilité horaire : le nombre de CMP ouverts cinq jours ou plus par semaine, une plus grande accessibilité des structures ambulatoires va en effet pouvoir impacter la prise en charge, notamment l'hospitalisation.

Les caractéristiques juridiques et organisationnelles des institutions peuvent également impacter les prises en charge. L'étude réalisée par l'Irdes sur la typologie des secteurs de psychiatrie avait montré qu'à capacités égales, la nature des soins, des structures proposées pouvaient fortement varier entre secteurs (Coldefy *et al.*, 2009). Il nous paraît essentiel de prendre en compte dans l'analyse de la variabilité des pratiques en psychiatrie :

- le statut juridique de l'établissement (public/privé non lucratif/privé lucratif) ;
- la catégorie d'établissement (spécialisé ou pas dans la prise en charge des maladies mentales, centre hospitalier régional ou universitaire, centre de postcure) ;
- sa participation à la sectorisation psychiatrique, et le nombre de secteurs de psychiatrie qui lui sont rattachés ;
- le type de professionnels intervenant dans l'établissement : part de psychiatres, psychologues, personnels soignants non médicaux, personnels de rééducation, éducatifs et sociaux. La présence variable des différentes catégories de personnels va pouvoir impacter le type de prise en charge proposé ;
- le taux de postes de psychiatres vacants (nombre d'équivalents temps plein (ETP)/nombre d'ETP budgétés) va également pouvoir être utilisé pour qualifier l'offre de l'établissement, son attractivité, ses difficultés ;
- l'ouverture vers la communauté qui peut être approchée à partir de différentes informations dont :
 - la participation à un conseil de secteur, pour les établissements sectorisés (nombre de conseils de secteur) ou à un réseau de santé mentale. Les conseils de secteurs, instance créée par les circulaires de 1972, 1974 et 1990, visent à favoriser les partenariats locaux entre équipe soignante, élus et autres professionnels sanitaires et sociaux amenés à prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'agit d'un dispositif de coordination à un échelon local visant à résoudre les problèmes d'articulation, de coordination et de coopération entre les divers acteurs à mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les structures sanitaires, sociales ou médico-sociales pour favoriser les orientations des malades. En ce sens, l'existence d'un conseil de secteur ou la participation à un réseau de santé mentale peut être le signe d'une bonne coordination entre les différents acteurs du champ pouvant impacter les pratiques en psychiatrie.
 - l'existence d'une équipe mobile spécialisée qui va à la rencontre des patients et propose un suivi à domicile important peut également désigner un établissement ouvert vers la population
 - la participation de l'établissement aux urgences de l'hôpital général. Cette présence à l'hôpital général va pouvoir influencer sur la suite du parcours de soins de la personne.

Pour aller plus loin dans la caractérisation « qualitative » de l'offre de soins, il est souhaitable de mobiliser les données des RAPSY, en plus de la SAE.

Caractérisation des établissements à partir des Rapports d'activité de psychiatrie RAPSY

Les Rapports d'activité de psychiatrie ont été collectés pour la première fois par la Drees en 2009 sur l'année 2008, auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. Cette enquête spécifique au champ disciplinaire vise à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale : équipements et personnel, activité et modalités de prise en charge des patients, unités de prise en charge spécifiques, organisation des soins et pratiques professionnelles. L'enquête comprend deux

niveaux d'interrogation : une première interrogation est menée au niveau de l'établissement et une seconde au niveau des différentes structures de prise en charge de l'établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature (temps complet, temps partiel ou ambulatoire) et une population (psychiatrie générale ou infanto-juvénile).

Pour l'année 2008, le taux de réponse global à l'enquête est de 80 % des établissements interrogés. Sur les 483 établissements répondants, 8 n'ont renvoyé que le questionnaire de niveau établissement et aucun questionnaire par structure. À l'inverse, 13 établissements ont transmis les informations concernant leurs structures de prise en charge mais pas celles du niveau établissement (Leroux, Schultz, 2011). Pour les non-répondants en 2008 aux RAPSY, seules les données de la SAE pourront être mobilisées pour caractériser les établissements. Ou alors, l'analyse de la variabilité des prises en charge ne devra être réalisée que pour les établissements pour lesquels nous disposons d'informations suffisantes car les RAPSY constituent une source d'information précieuse et riche sur les pratiques et l'organisation des soins.

Certaines données sont communes à la SAE et aux RAPSY. Il s'agit des caractéristiques de l'établissement, son statut juridique, les ETP de personnels médicaux et non-médicaux, ainsi que les capacités en lits, places et structures ambulatoires. Étant donnée la meilleure exhaustivité de la SAE sur ces items, il est préférable d'utiliser les données de la SAE pour cette partie de la caractérisation de l'établissement.

Parmi les données recueillies dans les RAPSY sur l'organisation et l'accès aux soins, plusieurs variables apparaissent pertinentes pour tenter d'expliquer la variabilité des pratiques observées.

Les RAPSY permettent ainsi de qualifier l'organisation des soins en matière d'accueil de nouveaux patients, de continuité des soins, de réponse à l'urgence.

L'ouverture vers la communauté peut être davantage appréciée à travers la participation de l'établissement à des actions de promotion de la santé mentale, actions de prévention auprès de différents publics, actions d'insertion, participation à des réseaux formalisés, équipe dédiée à l'intervention dans le champ social et médico-social. Les liens avec le médecin généraliste sont également décrits pour les structures de prise en charge à temps complet, temps partiel et ambulatoires.

Le recueil au niveau des structures permet de comptabiliser un pourcentage de personnel affecté aux prises en charge ambulatoires *versus* au temps complet. Il permet également de connaître le nombre d'unités d'hospitalisation fermées, de chambres d'isolement.

L'accessibilité horaire peut être approchée plus finement pour les structures de prise en charge à temps partiel et ambulatoires à travers : la part d'unités ouvertes toute l'année, y compris les mois d'été, le nombre de CMP ouverts 5 jours ou plus par semaine, le nombre de jours d'ouverture après 18h en semaine.

3.3.2. Au niveau du secteur de psychiatrie

Les données par structure de prise en charge recueillies dans les RAPSY peuvent être agrégées par secteur. Il est alors possible de qualifier chaque secteur en termes d'établissement de rattachement, de capacités, d'ETP de personnels, d'ouverture dans la communauté, d'accessibilité et de gestion de l'accueil des nouveaux patients. Certaines structures sont rattachées à plusieurs secteurs et devront être traitées comme des dispositifs intersectoriels ne permettant une caractérisation qu'au niveau supérieur de l'établissement.

Les données sur l'offre de soins en psychiatrie, que ce soit au niveau de l'établissement ou du secteur, sont riches et militent pour dépasser l'approche essentiellement quantitative généralement mobilisée pour expliquer les variabilités des pratiques, et aller vers une qualification de l'offre prenant en compte l'organisation des soins, l'ouverture vers la communauté des structures, les collaborations de l'établissement ou du secteur avec son environnement. Ce sont en effet un ensemble d'éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs qui vont permettre d'expliquer la variabilité des prises en charge proposées sur un territoire.

3.4. Au niveau du territoire de santé ou département

La prise en charge d'un patient dans un établissement s'inscrit dans un environnement plus général, qui est celui du territoire de santé ou du département. C'est en effet à cette échelle que doit être pensée officiellement la prise en charge globale du patient souffrant de dépression ou de schizophrénie. C'est à cette échelle que peut être observée la cohérence du système de soins pour répondre aux besoins de la population. La variabilité des prises en charge à ce niveau-là s'explique donc à la fois par les éléments infra-territoriaux décrits précédemment, mais également par les caractéristiques sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire de santé ou du département.

Il s'agit donc ici d'analyser la quantité et la structuration de l'offre sanitaire disponible à travers la densité d'équipements et de professionnels des établissements de santé (SAE), mais également l'offre complémentaire de ville à travers la densité de psychiatres libéraux (Sniiram), ainsi que l'offre médico-sociale (enquête Établissements sociaux (ES) et répertoire Finess). La structure de l'offre en termes de répartition entre secteur public et privé, établissements spécialisés ou non va également intervenir au niveau du territoire de santé ou du département pour expliquer les disparités de prises en charge.

Dans le cadre de la dépression notamment, il semble particulièrement nécessaire d'envisager à terme un appariement des données du Rim-P avec celles du Sniiram afin d'identifier les éventuelles passerelles, complémentarités ou partages existants avec la médecine de ville, notamment à travers les données de prescription médicamenteuse et de consultations de psychiatres.

Pour la dépression comme pour la schizophrénie, l'appariement des différentes bases de données existantes (Rim-P, PMSI MCO et Sniiram), malgré les limites mises en avant précédemment, pourrait apporter un nouvel éclairage sur le suivi des patients hospitalisés en psychiatrie, le relais dans la communauté, la coordination des prises en charge et la continuité des soins et leurs variations selon les territoires.

Synthèse et recommandations pour l'étude de la variabilité des pratiques en psychiatrie

Cette étude de faisabilité a permis d'identifier un fort potentiel mais également un certain nombre de limites et de précautions à prendre dans l'utilisation du Rim-P pour analyser la diversité des pratiques en psychiatrie. Elle a également montré l'importance d'associer les professionnels du champ, à la fois psychiatres et médecins Dim, aux projets et études qui pourront être développés dans ce domaine complexe. L'association des usagers et d'autres professionnels du soin est également souhaitable dans les futures études.

Le Rim-P est une base riche permettant d'analyser les prises en charge des patients suivis en psychiatrie au sein des établissements de santé publics et privés. L'absence de tarification associée au recueil, si elle peut nuire en partie à la qualité et l'exhaustivité du recueil, rend le recueil plus objectif et moins biaisé par des contraintes financières amenant à privilégier certains codages d'activités plus « rentables ».

L'exhaustivité du recueil est en constante augmentation et a atteint **un taux largement satisfaisant** depuis 2010 (91 % des établissements répondants) pour envisager une exploitation de ses données. Toutefois, la comparaison avec la SAE par modalités de prise en charge et les échanges avec les experts rencontrés ont fait apparaître certaines variations de codage entre établissements et amènent à proposer certains regroupements ou exclusions de modalités de prise en charge dont le codage prête trop à interprétation différente selon les établissements. En effet, la non prise en compte de ces biais pourrait amener à interpréter comme des variabilités de prise en charge de simples variabilités de recueil entre établissements de santé.

En raison de **différences de codage entre établissements**, nous recommandons :

- d'**exclure les séjours thérapeutiques** (moins de 0,1 % des journées réalisées en 2010) dont le recueil dans le Rim-P va dépendre du type de facturation associé (gestion par l'établissement de santé ou par une association) ;
- de **regrouper les prises en charge en centre de crise et de postcure avec l'hospitalisation à temps plein**
- de **regrouper les prises en charge en CATTP ou atelier thérapeutique et les actes ambulatoires de groupe** dans une modalité « prise en charge de groupe »
- et de **regrouper l'hospitalisation à domicile et les soins ambulatoires à domicile** dans une modalité « prise en charge à domicile ».

Le **chaînage** des différents épisodes de soins d'un patient entre établissements est fortement biaisé par la non-génération d'un identifiant national ANO pour les prises en charge ambulatoires. **L'analyse des trajectoires de soins des patients entre établissements de santé est difficilement envisageable**, du fait de l'importance des prises en charge exclusivement ambulatoires en psychiatrie. Cependant, **l'existence d'un identifiant interne à chaque établissement, l'IPP, rend possible l'analyse des prises en charge réalisées au sein de chaque établissement de santé.**

Il serait souhaitable d'entamer une réflexion au sein de l'ATIH sur la possibilité de génération d'un identifiant national pour les patients pris en charge en ambulatoire car cette limite va se

poser d'autant plus lors d'études sur les trajectoires de soins entre ville et hôpital à travers l'appariement du Rim-P avec le Sniiram.

Ces précautions prises, l'analyse de la disparité des prises en charge au sein des établissements de santé à partir du Rim-P, est donc possible et nécessaire pour améliorer la connaissance. Cette analyse peut se faire globalement, ou par groupe pathologique. La prise en charge psychiatrique en établissement de santé a concerné en 2010 plus d'1,5 millions d'adultes et près de 500 000 enfants (SAE). Si l'offre de soins en psychiatrie est relativement bien documentée, les études sur la patientèle de ces établissements et leurs prises en charge font aujourd'hui défaut.

L'analyse des prises en charge par groupe pathologique doit cependant faire face à une difficulté spécifique au champ psychiatrique qui est que la plupart des maladies sont chroniques et évolutives. Or, la classification internationale des maladies, utilisée dans les différents recueils hospitaliers, ne renseigne pas sur l'ancienneté ni sur la gravité de la maladie. Un même diagnostic va ainsi pouvoir recouvrir des situations très diverses.

Une piste d'étude pour pallier ce défaut d'information pourrait être d'utiliser la déclaration d'ALD comme indicateur d'entrée dans la maladie, mais cela nécessite l'appariement avec les données de l'assurance maladie.

Il est possible dans une analyse des disparités de prise en charge selon les territoires de faire l'hypothèse que les différentes situations sont représentées de manière équivalente dans les territoires, et que donc les prises en charge observées à cette échelle concernent le même spectre de situations pathologiques.

Par ailleurs, en psychiatrie, comme en MCO, mais peut-être davantage encore, le contexte socio-économique du patient va fortement jouer dans la prise en charge proposée, notamment l'existence d'un entourage familial ou social. Or, les données sociodémographiques relatives à l'individu sont recueillies par les établissements de santé dans le Rim-P, mais ne font pas l'objet d'une remontée nationale systématique.

Une telle remontée viendrait fortement enrichir la connaissance des prises en charge en psychiatrie et des populations suivies.

Si le Rim-P couvre la majeure partie de l'activité psychiatrique réalisée en établissement de santé, certaines prises en charge psychiatriques ont lieu dans le champ du MCO et sont recueillies dans le PMSI MCO et non dans le Rim-P. C'est le cas notamment des tentatives de suicide accueillies dans les services d'urgence somatique et n'ayant pas fait l'objet d'une intervention d'un soignant d'un établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Cela peut également être le cas de prises en charge très spécifiques comme la sismothérapie.

À terme, un appariement des différents recueils hospitaliers est nécessaire à mettre en place pour alimenter certaines questions de recherche, notamment celles relatives à la prise en charge des suicidants, mais aussi sur la consommation de soins somatiques des personnes souffrant d'un trouble psychique.

Le Rim-P, comme le PMSI MCO, ne porte que sur l'activité réalisée par les établissements de santé. L'activité libérale réalisée par les médecins généralistes, les psychiatres ou les

psychologues n'est pas recueillie, ni l'achat de médicaments faisant l'objet de remboursements.

Il faudra à terme envisager un appariement des données des différents recueils (Rim-P, PMSI MCO et SNIIRAM) pour avoir une description plus complète de la prise en charge des troubles psychiques en France et de l'articulation entre le secteur hospitalier et ambulatoire.

Les secteurs social et médico-social restent actuellement les parents pauvres des systèmes d'information alors qu'une part importante des personnes souffrant de troubles psychiques recourt à ces services d'accompagnement et structures d'hébergement. L'analyse de la prise en charge globale des personnes souffrant de troubles psychiques devra autant que possible chercher à intégrer le parcours des personnes dans le secteur social et médico-social.

Pour cela, il est nécessaire qu'un système d'information adéquat soit mis en place dans ce secteur.

Dans ce contexte, plusieurs pistes d'études sont envisageables à partir du système d'information existant pour décrire et analyser les prises en charge de la dépression et de la schizophrénie en France et leurs disparités.

- Dans un premier temps, il paraît indispensable pour améliorer la connaissance de réaliser une analyse descriptive des populations suivies dans les établissements de santé et de leurs prises en charge. Ces prises en charge peuvent être plus ou moins complexes selon les pathologies. Dans le cas de la schizophrénie, par exemple, où les modalités de soins sont nombreuses et variées, il paraît important d'essayer d'identifier des prises en charge-types et de décrire leur variabilité. Pour les troubles dépressifs, où les soins font principalement appel à de l'hospitalisation temps plein et des consultations médicales, il s'agit davantage d'identifier et de tester des indicateurs pouvant témoigner de prises en charge pertinentes², permettant de comparer les prises en charge proposées entre établissements et territoires et de questionner les écarts observés. Il peut être intéressant dans ce cadre de comparer la situation française à celles d'autres pays.
- Le Rim-P permet également, pour la première fois, de décrire et de comparer les populations suivies par les établissements de santé publics et privés, les établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales et les établissements pluridisciplinaires. Il est important de mieux renseigner les différences de populations suivies, de prises en charge proposées et la spécialisation dans certaines prises en charge (ou patientèles) de certains établissements.
- L'analyse de la variabilité des prises en charge de la dépression et de la schizophrénie au sein des établissements de santé et à l'échelle des territoires de santé est un axe majeur d'études dans la mesure où il vise à expliquer ces variabilités et peut conduire à des réorganisations de l'offre de soins, voire des réallocations de ressources entre secteurs sanitaire et social, ambulatoire et hospitalier. L'étude de faisabilité a soulevé plusieurs pistes d'analyse de description de la variabilité, et de facteurs explicatifs potentiellement associés. Analyser la variabilité des prises en charge en la confrontant à l'offre de soins disponible,

² On entend par pertinence, une prise en charge considérée comme adaptée à la situation clinique et au patient et s'appuyant sur des recommandations professionnelles et/ou des travaux validés.

son organisation, mais aussi aux caractéristiques socio-démographiques et économiques des territoires constitue une problématique essentielle de recherche à visée opérationnelle. L'analyse quantitative de la variabilité et de ses déterminants devra s'enrichir d'approches qualitatives avec des zooms locaux pour valider et aider l'interprétation des corrélations observées.

- Dans un second temps, l'enrichissement de la base de données du Rim-P par un chaînage pluriannuel permettra de travailler sur des périodes d'observation des parcours de soins plus longues, tout en identifiant des premiers épisodes de soins au sein d'un établissement.
- Dans un troisième temps, il paraît important de développer des études appariant le Rim-P au PMSI MCO. Cet appariement permettra notamment d'étudier la prise en charge des suicidants, mais également la consommation de soins hospitaliers somatiques des patients ayant été hospitalisés en psychiatrie.
- Enfin, l'appariement des données du Rim-P avec les données du Sniiram ouvre un champ de recherches important. Malgré la limite observée sur la génération d'un identifiant national dans le Rim-P, il est possible de développer des études sur les patients hospitalisés en psychiatrie, analysant leur suivi à la sortie de l'établissement et la coordination de la prise en charge entre la ville et l'hôpital, entre médecins généralistes, psychiatres et équipes soignantes de l'établissement. Cet appariement permettra également de mettre en lien les prises en charge en établissement de santé avec la consommation de médicaments en ville, ainsi que d'analyser la consommation de soins globale (psychiatriques et somatiques) des personnes souffrant de troubles psychiques. Cela est important à la fois pour comprendre la qualité des prises en charge (en comparant notamment la variabilité des dosages, volumes, durées de prescription par rapport aux recommandations existantes) et pour améliorer l'efficacité de l'organisation des soins psychiatriques. L'analyse des disparités de prise en charge de la dépression notamment sera fortement enrichie par le lien avec ces données. Les travaux de recherche clinique et épidémiologique dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale pourraient ainsi être associés à des travaux portant sur l'utilisation des ressources et des parcours de soins, par exemple dans le cadre de cohortes spécifiques.

Bibliographie

ATIH (2011). « Aide à l'utilisation des informations de chaînage ».

Bauer D. (2001). « Analyse des trajectoires de soins en psychiatrie ». Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Bottéro A. (2001). « Traitement des schizophrénies : dix ans de recommandations ». *Neuropsychiatrie*, 14 9-15.

Bouchot N. (2005). « Etude sur le parcours de soins des patients du CESAME ». Institut Universitaire de Technologie de Vannes, Université de Bretagne-Sud.

Byrne S.L., Hooke G.R., Page A.C. (2010). "Readmission: A useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care", *Journal of Affective Disorders*, 126 (1-2) : 206-213.

Coldefy M. (2007). *Les secteurs de psychiatrie générale. La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques* (pp. 23-46). La Documentation Française.

Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 142, mai.

Corallo A.N., Croxford R., Srivastava D., Goodman D.C., Stukel T.A. (2012). "A systematic review of medical practice variation in OECD countries".

Cutrona C.E., Russell D.W., Brown P.A., Clark L.A., Hessling R.M., Gardner K.A. (2005). "Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among African American women". *J Abnorm.Psychol.*, 114 (1) : 3-15.

Deniau A., Escaffre J.P., Guillou M., Odier B. (1985). « Comment (se) soigne-t-on ? » *L'Information Psychiatrique*, 61 (5) : 655-665.

Durbin J., Lin E., Layne C., Teed M. (2007). "Is readmission a valid indicator of quality of inpatient psychiatric care?" *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34 (2) : 137-150.

Durkheim E. (1897). *Le suicide*. PUF

Faris R.E.L., Dunham H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago : University of Chicago Press

Harman J.S., Cuffel B.J., Kelleher K.J. (2004). "Profiling hospitals for length of stay for treatment of psychiatric disorders". *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31 (1) : 66-74.

Katschnig H. (2011). "Monitoring service utilization of persons with mental disorders - a case for mapping pathways of care". *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20 (1) : 7-13.

Lauber C., Lay B., Rossler W. (2006). "Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression". *Journal of Affective Disorders*, 93 43-51.

Launois R., Portafax C., Coffi Mégnigbêto A., Pribil C., Reboul-Marty J. (1998). « Structures de prise en charge et trajectoires des patients schizophrènes ». Association d'Econométrie Appliquée. Maîtrise de la complexité en santé, Lyon

Lerner Y., Zilber N. (2010). "Predictors of cumulative length of stay over one year: A national case register study". *Isr Psychiatry Related Science*, 47 (4) : 304-307.

Lin H.C., Lee H. (2009). "Psychiatrists' case volume, length of stay and mental healthcare readmission rates: A three year population study". *Psychiatry Research*, 166 15-23.

McKenzie K., Harpham T. (2008). *Social Capital and Mental Health*.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2011). *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie*. Bulletin officiel.

Paul-Shaheen P., Clark J.D., Williams D. (1987). "Small area analysis: a review and analysis of the North American Literature". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12 (4) : 741-808.

Rineau M. (1999). *PMSI psychiatrie, l'approche « trajectoires de soins »*, Health Econometrics XIIth Central Nervous System Verona.

Rineau M. (2000). « Extension du PMSI à la psychiatrie : état d'avancement des travaux ». In V. Kovess, A. Lopez, J.-C. Pénocet, M. Reynaud (Eds.), *Psychiatrie, années 2000 : Organisations, Evaluations, Accréditation* (pp. 162-167). Flammarion

Robert D. (2007). « Evaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins ». *Santé Publique*, 19 203-215.

Salvador-Carulla L., Haro J.M., Ayuso-Mateos J.L. (2006). "A framework for evidence-based mental health care and policy". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 5-11.

Terra J.-L. (2001). « Méthodes d'évaluation des systèmes de soins en psychiatrie ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-800-A-20 1-5.

Thompson A., Shaw M., Harrison G., Verne J., Ho D., Gunnell D. (2004). "Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data". *British Journal of Psychiatry*, 185 334-341.

Tulloch A., Fearon P., David A. (2008). "The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions". *Social Psychiatry Epidemiology*, 43 569-574.

Weinmann S., Roick C., Martin L., Willich S., Becker T. (2010). "Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19 (1) : 52-62.