

la prise en charge  
de la *santé*  
*mentale*  
recueil d'études statistiques

---

Coordonné par  
**Magali COLDEFY**





Directrice de la publication : **Anne-Marie Brocas**  
Coordination scientifique : **Magali Coldefy**  
Conseillère scientifique : **Mylène Chaleix**  
Coordination éditoriale : **Sarah Netter**  
Conseiller technique : **Gilbert Rotbart**  
Secrétariat de rédaction : **Stéphanie Taro**  
Conception et réalisation de la maquette : **La Souris**

Nous remercions **Philippe Cuneo, Jacqueline Delbecq, Tim Greacen, Brigitte Haury, Pierre Juhan, Serge Kannas, Lucile Olier, Jean-Luc Roelandt et Emmanuelle Salines** pour leurs relectures attentives.

« En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 4), et du code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992, toute reproduction totale ou partielle à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.

Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »

© **La Documentation française. Paris, 2007**

**ISBN : 978-2-11-006868-2**

**N° DICOM : 07 096**

*À Christine Deymonnaz et Pierre Stroebel,  
qui nous ont quittés en novembre 2006*

---

## SOMMAIRE

<b>Avant-propos</b> , <i>Roselyne Bachelot-Narquin</i> .....	7
<b>Préface</b> , <i>Gérard Massé</i> .....	9
<b>Introduction</b> , <i>Mylène Chaleix</i> .....	13

### I. Les structures de soins en 2003

#### Rappel historique de la prise en charge

<b>de la maladie mentale en France</b> , <i>Magali Coldefy</i> .....	17
--	----

#### La psychiatrie sectorisée

Les secteurs de psychiatrie générale, <i>Magali Coldefy</i> .....	23
Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, <i>Isabelle Leroux</i> .....	47

<b>L'offre non sectorisée en psychiatrie</b> , <i>Magali Coldefy</i> .....	61
--	----

### II. Les professionnels de la santé mentale

#### Les psychiatres, *Marc Collet, Daniel Sicart*

La démographie des psychiatres: état des lieux .....	69
Les disparités géographiques d'implantation des psychiatres .....	83
L'évolution des revenus libéraux des psychiatres entre 1993 et 2003 .....	99

#### Le personnel des secteurs de psychiatrie:

<b>état des lieux et évolution depuis 1989</b> , <i>Magali Coldefy</i> .....	107
--	-----

### III. Les patients pris en charge: sélection de thématiques particulières

#### L'évolution du recours à l'hospitalisation

<b>psychiatrique au xx<sup>e</sup> siècle</b> , <i>François Chapiro</i> .....	127
---	-----

#### La morbidité des patients pris en charge à temps complet

<b>dans les secteurs de psychiatrie générale</b> , <i>Philippe Le Fur,</i> <i>Sandrine Lorand, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès</i> .....	145
--	-----

#### Évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients

<b>pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale</b> , <i>Philippe Le Fur, Sandrine Lorand, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès</i> ...	173
--	-----

<b>La prise en charge des patients hospitalisés au long cours dans la région Aquitaine : les apports d'un système d'information régionalisé, <i>Hélène Brun-Rousseau</i></b> . . . . .	183
<b>La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003, <i>Magali Coldefy, Albane Exertier</i></b> . . . . .	193
<b>Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie</b>	
Évolutions et disparités géographiques départementales, <i>Magali Coldefy</i> . . . . .	205
Caractéristiques sociodémographiques et morbidité des patients, <i>Philippe Le Fur, Sandrine Lorand, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès</i> . . . . .	223
Les patients hospitalisés au centre hospitalier du Vinatier (69), <i>Céline Piégay, Pierre-François Godet, Cécile Zaragoza</i> . . . . .	233
<b>IV. Les sources et les systèmes d'information en psychiatrie</b>	
<b>La statistique publique psychiatrique au xx<sup>e</sup> siècle, <i>François Chapiro</i></b> . . . . .	253
<b>L'actualité des sources statistiques en psychiatrie, <i>Magali Coldefy</i></b> . . . . .	267
<b>Le PMSI en psychiatrie : un exemple d'utilisation dans le cadre d'un projet interétablissement, <i>Christophe Schmitt, Vincent Robert, Pascal Sacha, Sylvie Hottier</i></b> . . . . .	283
<b>Annexe. Autres sources statistiques</b> . . . . .	295
<b>Bibliographie</b> . . . . .	303

## Avant-propos

---

La publication de cet ouvrage est une première. Jusqu'alors, en effet, la DREES ne s'était jamais consacrée à ce type d'étude. Le résultat final, par sa précision et sa clarté, est une véritable réussite. L'ampleur du travail accompli mérite d'être saluée. Nous disposons ainsi de données précieuses, concernant la psychiatrie infanto-juvénile et adulte qui contribueront d'ailleurs à éclairer le décideur public.

En consultant cet ouvrage très complet dans son domaine, rédigé dans une perspective dynamique et prospective, nous pouvons mesurer l'étendue des progrès accomplis en matière de diagnostic et de traitement. Longtemps les maladies mentales, en effet, ont échappé à l'investigation médicale. Ainsi, les troubles psychiques appelés « hystéries » suscitent encore, à l'époque de Freud, la méfiance du clinicien. Si, jeune neurologue viennois, le père de la psychanalyse élabore l'hypothèse révolutionnaire de l'inconscient, c'est d'abord pour expliquer des phénomènes pathologiques dont la médecine jusqu'alors ne savait rendre compte scientifiquement.

Objet d'étonnement, de réprobation, craintes et parfois tournées en dérision, ces pathologies assimilées au vice plutôt qu'à la maladie, ont été jugées bien avant que d'être comprises. Ces temps, nous pouvons l'espérer, sont révolus. Il reste, cependant, encore beaucoup à faire et à apprendre. Certes, le regard social a changé. La psychanalyse, en indiquant la voie d'une étiologie des maladies mentales et en mettant au jour les vertus curatives de la verbalisation, a profondément modifié notre approche de la maladie. Les traitements se sont perfectionnés. La prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques a clairement bénéficié des avancées de la médecine. Les derniers développements des sciences humaines, les contributions croisées de la philosophie et des sciences, la pratique de l'interdisciplinarité ont favorisé l'émergence de nouvelles problématiques.

Cependant, les perspectives de progrès sont encore immenses. Il nous faudra ouvrir de nouveaux chantiers pour améliorer la qualité des soins prodigués aux malades et renforcer nos politiques de prévention, notamment auprès des plus jeunes. Ce livre, je le crois, contribuera à faire avancer la réflexion et rendra d'immenses services à la communauté des soignants.



Roselyne Bachelot-Narquin,  
ministre de la Santé,  
de la Jeunesse et des Sports



## Préface

---

**Gérard Massé, responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale**

Depuis un certain nombre d'années, l'équipe de la DREES n'a cessé de fournir aux professionnels de la psychiatrie des travaux statistiques et épidémiologiques particulièrement éclairants. Ces efforts ont permis de valoriser les bases de données, reflétant de façon éloquente l'amélioration des systèmes d'information et de l'emploi des sources statistiques, grâce à la contribution des professionnels au recueil de l'information.

En s'associant à des chercheurs qui travaillent dans le même sens, la DREES nous propose un ouvrage collectif qui repose sur une ample collecte de données, montrant que la psychiatrie est une discipline de moins en moins opaque et que le champ des connaissances objectives concerne tout ce qui constitue un dispositif de soins : les usagers, les professionnels et les structures de soins. Ces travaux statistiques permettent d'établir un bilan étayé de la sectorisation psychiatrique.

Parmi les apports de la politique de secteur, figure l'accessibilité d'un dispositif hospitalier et ambulatoire réparti sur le territoire national, témoignant d'un effort d'équipement et en ressources humaines médicales et paramédicales sans précédent : 829 équipes de secteur en psychiatrie générale, 320 en psychiatrie infanto-juvénile. Le maillage qui couvre le pays a ainsi permis une offre de soins de proximité, diversifiée et gratuite.

Même si beaucoup reste à faire, l'amélioration de l'accompagnement sanitaire des personnes psychotiques, ainsi que celles de leurs conditions de vie, combinée aux effets de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, représente également un effet remarquable de la sectorisation.

La politique de secteur a contribué, en outre, à la sortie de nombreux patients et au traitement de la plupart d'entre eux hors de l'hôpital : 80% des files actives publiques sont exclusivement ambulatoires, le nombre de lits d'hospitalisation complète est passé en près d'un demi-siècle de 120 000 à 60 000 et les durées moyennes de séjour, de 250 jours à moins de 50. Ce mouvement a été favorisé par d'autres facteurs : loi de 1975, sortie des personnes âgées dépendantes du

dispositif psychiatrique, chimiothérapies, multiplication du nombre de psychiatres (de 700 à 2 000 entre 1950 et 1968, jusqu'à 13 000 en 2005), développement de l'offre libérale, etc. Les effets de la désinstitutionnalisation sont apparus beaucoup plus marqués entre 1970 et 1990, période de la mise en place effective de la sectorisation, qu'au cours des vingt années précédentes.

Certaines critiques de la politique de sectorisation concernent son application même: d'inspiration jacobine (avec un maillage géo-démographique à vocation égalitaire), elle a laissé subsister des inégalités profondes, en termes de répartition géographique, d'équipement et de ressources humaines, selon des ratios sans relations avec les écarts de morbidité ou les besoins. L'hospitalisation notamment, bien que profondément restructurée, reste concentrée dans les centres hospitaliers spécialisés, souvent éloignée des lieux de vie et séparée du dispositif somatique. Elle continue de mobiliser les trois quarts des ressources. En revanche les ressources de l'ambulatorio demeurent insuffisantes. De plus, cette partie du dispositif reste cloisonnée et ses moyens sont essentiellement affectés à la clinique. Elle peine également à retrouver ou maintenir la dynamique « communautaire », associant prévention et articulation sociale, qui était la source d'inspiration de la circulaire du 15 mars 1960. Enfin, l'espace du secteur paraît de plus en plus remis en cause. L'émergence de programmes au bénéfice de populations ciblées pousse à l'intersectorialité (associant plusieurs secteurs pour certaines démarches de soins) et à une territorialisation plus large que le secteur d'origine. La logique d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) unique et des territoires de santé fait converger la planification vers un projet médical unifié de territoire, accentuant le décalage avec le territoire sectoriel. En outre, la sectorisation est désormais menacée, dans les territoires ruraux, par une « démedicalisation » croissante (généralistes et secteur public hospitalier).

Les quinze dernières années ont été marquées par une transformation profonde du paysage social et de la psychiatrie, sur fond d'urbanisation et de vieillissement croissant de la population – ce que soulignent les travaux de la DREES.

L'augmentation de la demande (de 1989 à 2000, +62 % pour les files actives en psychiatrie générale, +100 % en psychiatrie infanto-juvénile) a conduit à une saturation de l'ensemble des dispositifs, depuis les urgences jusqu'au médico-social. Cette tendance semble davantage liée à des changements de représentation (moindre stigmatisation, attentes accrues) qu'à des variations de morbidité. Elle se reflète dans l'épidémiologie de tous les pays développés: 15 % à 20 % de prévalence annuelle des troubles mentaux en population générale et infanto-juvénile, 12 % à 15 % des invalidités (autant que les maladies cardio-vasculaires, plus que les cancers) et 30 % des journées de vie perdues par mortalité évitable ou par invalidité (OMS, 2003).

La conjonction de cette demande de masse et des changements de représentation accentue le caractère ambulatoire des situations et brise la dichotomie classique entre maladie et santé. Un continuum allant des états clairement pathologiques jusqu'à la souffrance psychique est davantage perçu et conforté par les études épidémiologiques. Il est devenu impossible de séparer le trouble observé du contexte social dans lequel il émerge et dont il faut simultanément estimer le retentissement dans l'appréciation des besoins. Une partie importante de la tâche de la psychiatrie consiste désormais à différencier ce qui est « suffisamment » psychiatrique de ce qui ne l'est pas pour nécessiter l'intervention des soins sans l'y réduire, pour partager un abord commun avec d'autres partenaires ou les aider à redevenir acteurs de l'aide ou des soins. Ceci a contribué à élargir le périmètre d'intervention et créer des tensions parfois conflictuelles entre clinique, éthique et organisation des soins, objectivées par l'utilisation accrue du terme de santé mentale.

Parallèlement, on observe l'implication des représentants des usagers et de leurs familles. Elle ne se limite ni à la France ni à la psychiatrie et a été accentuée par certaines pathologies et leur caractère durable (SIDA, entre autres), qui ont profondément transformé la relation médecin-malade. La législation sur les droits des malades, référence désormais constante dans les documents administratifs relatifs à la psychiatrie, aux représentants des usagers et à leurs proches, en est l'illustration.

Les représentants de la population ont également vu leur rôle accru : politique, politique de la ville, des collectivités et problèmes de santé mentale interagissent de plus en plus pour ce qui concerne la sécurité, l'exclusion ou le handicap.

Une telle évolution a accentué le déséquilibre entre l'hospitalisation et l'ambulatoire, comme les problèmes de flexibilité de la filière de soins, de l'urgence au médico-social. Des patients qui en ont besoin peuvent difficilement être hospitalisés, tandis qu'un quart des lits, un jour donné est occupé par des patients qui pourraient bénéficier de meilleures réponses alternatives. Cette combinaison avec la nécessaire modernisation de l'hospitalisation (implantation, hôtellerie, sécurisation) aggrave la crise de l'hôpital, ce qui le replace au premier plan des préoccupations. Parallèlement, le travail dans la communauté devrait continuer à s'amplifier parce que la « déshospitalisation » insuffisamment accompagnée des années 1980 a accentué l'errance et la rupture de certains patients, le risque de leur incarcération et celui de leur hospitalisation répétitive de brève durée.

On perçoit dans ces quelques données d'analyse ce qu'elles doivent aux apports statistiques, liés en grande partie aux auteurs qui ont participé à cet ouvrage, lequel constitue un éclairage d'une grande actualité.



## Introduction

---

**Mylène Chaleix, chef du bureau « Établissements de santé » de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES)**

Cet ouvrage collectif est né de la volonté de mettre à disposition des données issues de différentes sources et de rassembler des études statistiques portant sur divers aspects de la prise en charge de la santé mentale en France. Il est le fruit d'une collaboration entre statisticiens, chercheurs et professionnels de santé des établissements, de l'Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES) ou de la DREES.

Ces études soulignent l'importance des données recueillies au sein des établissements de santé, ainsi que leur utilité pour analyser l'existant, mais aussi pour réduire les inégalités et améliorer la prise en charge des patients. Les informations ont été recueillies par les équipes soignantes et administratives, les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS et DRASS) et les commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique (CDHP). Ces informations sont remontées au niveau national par l'intermédiaire de différentes enquêtes ou répertoires : la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie (RAS), le répertoire des professionnels de santé (Adeli), les enquêtes nationales sur les populations suivies en psychiatrie et les rapports d'activité des CDHP.

Outre les études nationales, des études locales montrent comment, à une échelle plus fine, ces données peuvent participer à une meilleure connaissance des patients suivis et des besoins, ainsi qu'à une meilleure prise en charge.

Privilégiant une approche quantitative, cet ouvrage ne prétend pas couvrir l'ensemble des thèmes et approches sur la prise en charge de la santé mentale. Toutefois, la DREES, par l'intermédiaire de la Mission recherche (MiRe), valorise des travaux d'autres disciplines et portant sur d'autres thématiques, en particulier en finançant des projets de recherche. À la fin de cet ouvrage, sont présentés les travaux en cours et les références bibliographiques issus des projets de recherche retenus par la MiRe dans le cadre des appels d'offres du programme Santé mentale lancés en 2000 et 2003.

Cet ouvrage aborde successivement les structures de soins, les professionnels et les patients pris en charge par le système de soins français.

Après un rappel historique sur l'évolution de la prise en charge de la maladie mentale en France, la première partie décrit les structures sanitaires qui accueillent les adultes ou les enfants et les adolescents, qu'elles soient sectorisées ou non.

La deuxième partie est consacrée aux professionnels de santé. Elle présente un état des lieux sur les perspectives démographiques des psychiatres, leur répartition territoriale et leurs revenus comparativement aux autres spécialités de médecins. Les professionnels intervenant dans les secteurs de psychiatrie font ensuite l'objet d'une autre étude.

La troisième partie offre une sélection de thématiques sur les patients pris en charge dans le système hospitalier français. Parmi elles, sont successivement abordées l'évolution du recours au cours du xx<sup>e</sup> siècle, les caractéristiques des patients hospitalisés à temps complet (notamment les patients hospitalisés au long cours), la psychiatrie en milieu pénitentiaire, mais aussi la problématique de l'hospitalisation sans consentement.

Une dernière partie retrace enfin l'évolution des systèmes d'information en psychiatrie et les orientations actuelles du futur système d'informations national, mis en place au niveau national afin de répondre aux besoins de connaissance de l'activité en psychiatrie.

La DREES remercie à cette occasion toutes les équipes qui interviennent dans les établissements de santé, mais aussi dans les départements, les régions et au niveau national. Elles effectuent un travail de qualité pour recueillir ces données dans le respect des règles de confidentialité et participent ainsi grandement à l'amélioration de la connaissance.

Partie I

---

**LES STRUCTURES DE SOINS EN 2003**



## Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France

---

Magali Coldefy\*

Jusqu'à la loi du 30 juin 1838<sup>1</sup> organisant la prise en charge des aliénés, aucune réponse hospitalière n'était réellement proposée aux malades mentaux, qui étaient souvent placés en prison quand leur comportement troublait l'ordre social. Ce texte législatif a imposé l'existence d'un « asile d'aliénés » par département. Selon Marie-Rose Mamelet (1978), c'est en raison de l'obligation faite par cette loi que, de 1838 jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, ont été créés la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France.

### De l'aliénation mentale à la conception générale des maladies

Leur édification ne s'est cependant vraiment opérée qu'après 1870 (Constans *et al.*, 1878). Pour Georges Lanteri-Laura (2001), cette lenteur s'explique par le changement de paradigmes au cours de cette époque, où l'on est passé de l'aliénation mentale définie par Philippe Pinel et de l'asile comme institution adaptée, à la conception générale des maladies mentales de Jean-Pierre Falret (1864). La notion de l'aliénation mentale, proposée par Philippe Pinel au XVIII<sup>e</sup> siècle, fait de la folie une maladie seulement curable par le traitement moral et l'isolement dans des établissements exclusifs. Quant à Jean-Pierre Falret, il met surtout en avant la pluralité des maladies et leur irréductibilité à une unique pathologie. Le paradigme de l'aliénation mentale ayant servi à élaborer des projets d'institutions qui ne sont entrées en activité que plus tard, ces institutions se sont rapidement trouvées inadapées aux nouvelles conceptions.

Cette lente mise en place de la loi s'explique aussi, selon Michel Audisio (1980), par les difficultés économiques observées au niveau national et les préjugés négatifs au sein de la population : l'opinion publique n'était en effet pas prête à accepter l'idée de dépenser des sommes importantes « pour retenir, garder et éventuellement traiter des insensés réputés incurables ».

\* DREES.

1. Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

## Vers la désinstitutionnalisation

En 1939, 18 départements étaient encore dépourvus de tout équipement. À cette date, on recensait 100 établissements, accueillant 103 000 malades. Près de 40 % d'entre eux sont morts avant la fin de la Seconde Guerre mondiale, du fait de la malnutrition (Von Bueltzingslœwen, 2007 ; voir également l'article p. 127).

La prise de conscience de l'horreur concentrationnaire et la remise en cause de l'idée selon laquelle l'internement du malade mental dans des asiles fermés est le seul instrument thérapeutique ont été à l'origine du mouvement « désaliéniste » et de la désinstitutionnalisation. Ces évolutions se sont accompagnées d'une « conjonction historique inouïe » (George et Tourne, 1994) : la découverte dans les années 1950 des neuroleptiques, qui décuplent les possibilités thérapeutiques et permettent aux malades de se mouvoir et de sortir ; une pensée plus libérale des psychiatres et enfin, des moyens plus importants accordés aux services (Bernard, 2002) par l'octroi de subventions de l'État.

## La sectorisation, spécificité de la psychiatrie française

C'est dans ce contexte historique qu'a été rédigée la circulaire du 15 mars 1960 mettant en place la politique de secteur. Chaque département doit dès lors déterminer des circonscriptions géographiques à l'intérieur desquelles une équipe médico-sociale assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra- et extra-hospitalier, ainsi que la post-cure des malades. Par sa bonne connaissance du malade, de sa famille et de son milieu, par l'utilisation des équipements dont elle dispose, l'équipe soignante peut ainsi assurer le traitement au long cours du malade et son insertion dans la communauté. Cela est l'une des principales spécificités de la psychiatrie française.

Le fait que la sectorisation ait dès l'origine « arrimé » la désinstitutionnalisation à une référence territoriale a marqué pendant longtemps l'aspect novateur de la psychiatrie française. Dès le début, la sectorisation s'est appuyée sur un double découpage, territorial et démographique : une équipe pluridisciplinaire est chargée d'assurer la continuité de la prise en charge, de la prévention à la réinsertion sur une aire géographique délimitée (le secteur) d'environ 70 000 habitants. La recherche d'une bonne adéquation entre une offre de soins et les besoins d'une population donnée se fait dans les limites de ces espaces « géo-démographiques » (Lopez, 2001). Ce modèle a été repris et mis en place beaucoup plus tardivement (dans les années 1980-1990) dans plusieurs pays européens (Johnson et Thornicroft, 1993).

Ce découpage découle en fait d'une conception très « hospitalo-centrique », en référence aux normes en vigueur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'indices de nombre de lits par habitants. L'OMS préconisait ainsi un taux d'équipement de 3 lits pour 1 000 habitants dans des services d'au maximum 200 lits. Cela s'est traduit par la création de secteurs de 200 lits pour une population d'environ 67 000 habitants. Paradoxalement, le cadre géographique censé marquer la fin de l'asile (et la réduction du nombre de lits) a été construit en référence à l'hôpital.

## **Les limites du découpage sectoriel**

En 2003, la France comptait 817 secteurs de psychiatrie générale, chargés de prendre en charge la population âgée de plus de 16 ans d'un territoire défini, et 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour la population de moins de 16 ans. Ces secteurs étaient très hétérogènes en matière de taille de population et de superficie. De fait, certaines limites du découpage sectoriel en psychiatrie ont fréquemment été mises en avant (IRDES, 2003).

Tout d'abord, le découpage sectoriel peut paraître artificiel et parfois obsolète : en effet, il n'est pas toujours fondé sur les besoins de la population et son évolution. C'est le cas par exemple des découpages en « parts de camembert » à cheval sur une partie rurale et une partie urbaine, censés garantir l'attractivité des secteurs pour les médecins.

En outre, on déplore souvent l'absence de recoupement avec les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou éducatifs, ce qui entraîne des difficultés de coordination avec les différents partenaires (y compris les élus locaux) et met en échec la continuité des soins.

La question de l'aspect inégalitaire du découpage est aussi fréquemment soulevée, le très important déséquilibre de moyens (tant en personnel qu'en équipement) entre les secteurs ne pouvant s'expliquer par une variabilité des besoins du même ordre de grandeur.

Autre limite, le secteur privé et la médecine libérale ne sont pas intégrés dans la politique du secteur.

Néanmoins, ces contraintes et difficultés ont parfois pu être dépassées au travers des politiques d'organisation de soins (IRDES, 2003). Les secteurs ont notamment été redécoupés en respectant une logique de fonctionnalité et d'accessibilité. Il y a également eu des tentatives pour faire coïncider les secteurs psychiatriques avec les secteurs sanitaires et certains découpages ont pu bénéficier d'une plus grande souplesse par rapport aux normes de population, afin de limiter par exemple les distances à parcourir pour les équipes et les soignants dans les zones rurales

peu peuplées. Enfin, le concept fondamental de l'intersectorialité, qui s'est largement développé ces dernières années, a permis de dépasser les limites territoriales pour offrir une prise en charge ciblée en direction de certaines pathologies ou populations.

L'ordonnance de simplification sanitaire du 4 septembre 2003, à travers l'unification des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), a modifié l'organisation des soins en psychiatrie en la soumettant aux mêmes principes de planification que l'offre générale de soins. Le secteur psychiatrique est maintenu dans sa dimension fonctionnelle, mais doit s'intégrer au territoire de santé. Ces territoires ont pour objectif de retenir, selon la nature des activités de soins, les niveaux adéquats de découpages. Le secteur psychiatrique peut correspondre au niveau de proximité de réponse aux besoins de santé mentale. Selon certains auteurs (Massé et Vigneron, 2006), cette ordonnance peut représenter une opportunité pour tenter de résoudre les problèmes d'adaptation qui se sont accumulés dans l'organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie. Les premières analyses des SROS de troisième génération montrent cependant une faible prise en compte des spécificités de la psychiatrie dans la recherche d'une cohérence territoriale de l'offre de soins psychiatrique et somatique (Coldefy M., Lucas-Gabrielly V., à paraître).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Audisio M.**, 1980, « La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante pour la santé mentale », *Domaines de la psychiatrie*, Privat, 409 p.
- Bernard Y.**, 2002, « L'évolution de 1838 à aujourd'hui », in Lepoutre R., De Kervasdoué J., *La santé mentale des Français*, Odile Jacob, pp. 35-68.
- Coldefy M., Lucas-Gabrielly V.**, à paraître, Evolution of the Concept of Place in French Health Planning, *International Medical Geography Symposium*, Bonn.
- Constans A., Lunier L., Dumesnil E. J.-B.**, 1878, *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Imprimerie nationale.
- Constans A., Lunier L., Dumesnil E. J.-B.**, 1901, *Historique de l'assistance des aliénés et développement du service dans le département de la Seine*, Imprimerie typographique de l'école d'Alembert.
- Falret J.-P.**, 1864, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales*, J.-B. Baillière.
- George M.-C., Tourne Y.**, 1994, *Le secteur psychiatrique*, « Que sais-je? », PUF, 128 p.
- IRDES**, 2003, *Territoires et accès aux soins*, La Documentation française, janvier, 38 p.
- Johnson S., Thornicroft G.**, 1993, « The Sectorisation of Psychiatric Services in England and Wales », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28, pp. 45-47.

- Lanteri-Laura G.**, 2001, « L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française », in Ehrenberg A., Lovell A.-M. *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, coll. « Psychiatrie et Société », pp. 247-278.
- Lopez A.**, 2001, *Les séparations territoriales au sein de l'organisation de l'offre de soins : la sectorisation sanitaire*, DATAR, 22 p.
- Mamelet M.-R.**, 1978, *La politique de secteur*, projet, mai, n° 125, pp. 588-598.
- Massé G., Vigneron E.**, 2006, « Territorialité et santé mentale », *Pluriels*, n° 60, juillet.
- Von Bueltzingslœwen I.**, 2007, *L'hécatombe des fous*, Auber, 512 p.



## La psychiatrie sectorisée

LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

**Magali Coldefy\***

La prise en charge publique en santé mentale se fonde sur une sectorisation géographique. En 2003, 817 secteurs de psychiatrie générale étaient effectivement mis en place en France<sup>1</sup>, soit en moyenne un secteur pour 59 000 habitants âgés de 16 ans ou plus. Chaque secteur dispose d'une équipe pluridisciplinaire (voir l'article p. 107), rattachée à un établissement de soins qui prend en charge des patients selon des modes et dans des lieux variés : en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet, dans des structures de soins du secteur, dans des établissements sanitaires, médico-sociaux ou à domicile (encadré 1).

Au début des années 1960, les textes mettant en place la sectorisation psychiatrique prévoyaient que chaque secteur couvre un territoire d'environ 67 000 habitants (tous âges confondus), en référence aux normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de l'époque en matière de nombre de lits par habitants<sup>2</sup>. Dans les faits, l'évolution démographique a plutôt accentué les disparités initiales : en 2003, les secteurs de psychiatrie générale couvraient entre 33 000 et 133 000 habitants<sup>3</sup> et la moitié d'entre eux, une population comprise entre 61 000 et 82 000 habitants.

De plus, l'étendue géographique des secteurs est inégale selon qu'ils couvrent une zone à caractère rural ou urbain. En effet, l'hôpital de rattachement n'est pas toujours situé dans la zone géographique de son secteur : ce n'est le cas que pour la moitié d'entre eux<sup>4</sup>. Pour ces derniers, la distance entre la commune la plus éloignée et les lits d'hospitalisation à temps plein est de 47 kilomètres en moyenne et elle dépasse 65 kilomètres pour un quart d'entre eux. Le temps moyen de trajet (en transport public ou à défaut en voiture) est donc de 59 minutes. Cette situation nécessite une organisation spécifique des secteurs éloignés de l'établissement de rattachement, en matière d'équipes mais aussi d'activité intra-hospitalière, et peut avoir des conséquences sur les pratiques de ces secteurs.

En 2003, la majorité des secteurs (55 %) étaient rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-centre hospitalier

\* DREES.

1. Les textes en recensent 830, mais certains secteurs n'ont pas été mis en place, d'autres ont fusionné.
2. L'OMS préconisait un taux d'équipement de 3 lits pour 1 000 habitants dans des services d'au maximum 200 lits. Cela s'est traduit par la création de secteurs de 200 lits pour une population d'environ 67 000 habitants. Ces normes devaient bien entendu être adaptées en fonction du territoire.
3. Données écartées de 1 % aux deux extrêmes de la distribution.
4. Les données qui suivent sont issues de l'exploitation des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie générale pour l'année 2003.

## ENCADRÉ 1

**Les modes de prise en charge en psychiatrie****Les prises en charge ambulatoires**

Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP). Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur. Il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra-hospitalières, en lien avec les unités d'hospitalisation.

Certains CMP sont aussi habilités à répondre à l'urgence psychiatrique. Ouverts 24 heures sur 24, ils disposent d'une permanence téléphonique reliée à des organismes d'aide médicale urgente et organisent l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence nécessaires. Il s'agit alors de centres d'accueil permanent (CAP).

Les CMP sont également chargés de coordonner les visites effectuées par les équipes soignantes des secteurs – ces visites ont lieu à domicile ou dans les institutions substitutives (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, etc.).

Les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique se développent également rapidement. Ceci s'explique à la fois par la croissance de l'activité des urgences, ainsi que par le développement de la psychiatrie dite « de liaison ». Cette forme d'activité correspond essentiellement aux consultations dans des services d'hospitalisation autres que psychiatriques et doit permettre une prise en charge globale de l'état de santé physique et psychique du patient.

D'autres formes de prise en charge ambulatoire peuvent exister (démarches d'accompagnement, etc.), mais elles restent très marginales et très diversement enregistrées dans les rapports de secteur.

**Les prises en charge à temps partiel**

En psychiatrie générale, on distingue essentiellement quatre formes de prises en charge à temps partiel, correspondant à quatre types de structures différentes :

- Les hospitalisations en hôpital de jour : des soins polyvalents et intensifs sont prodigués durant toute ou partie de la journée, pendant un ou quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et sont en principe révisés périodiquement pour éviter la « chronicisation », c'est-à-dire le fait d'être hospitalisé longtemps, et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.
- Les prises en charge dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient a priori des structures précédentes sur plusieurs points :
  - la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue ;
  - du fait de leurs activités thérapeutiques et occupationnelles, les CATTP agissent en principe en aval de l'hôpital de jour : ils s'adressent à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et leur activité est davantage orientée vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;
  - les équipes soignantes y sont en général plus réduites et moins médicalisées.

Selon les experts, malgré les différences de principes entre ces deux types de structures, il est en pratique parfois difficile de les distinguer en termes d'activité. Cela s'explique notamment par le fait que le CATTP est une formule plus souple qui semble plus

aisée à mettre en place que l'hôpital de jour. En particulier, le CATTP n'est pas obligé d'enregistrer sa capacité d'accueil à la carte sanitaire. Il n'a donc pas besoin d'avoir une autorisation préalable de création par les autorités sanitaires, ni de fermer des lits quand il veut créer des places d'hospitalisation à temps partiel, en application des règles de la planification hospitalière en vigueur en 2003. Enfin, le CATTP mobilise moins de ressources humaines et matérielles que l'hôpital de jour.

- Les prises en charge en ateliers thérapeutiques : ces ateliers utilisent des techniques de soins particulières, 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, qui peut être couplée à d'autres formes de prises en charge thérapeutiques au sein du secteur. Les personnels qui interviennent sont très diversifiés : infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, enseignants, psychologues, etc. Ces structures doivent de préférence être implantées en dehors de l'hôpital.
- L'hospitalisation en hôpital de nuit : elle permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit voire en fin de semaine. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin, sur une période donnée, d'être pris en charge la nuit et le week-end, moments de particulière vulnérabilité et d'angoisse.

#### **Les prises en charge à temps complet**

- Les hospitalisations à temps plein constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital. Celui-ci peut être un centre hospitalier spécialisé (CHS), un centre hospitalier général (CH) ou régional (CHR) ou un établissement privé participant au service public. Les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. L'hospitalisation à temps plein entraîne une coupure avec le milieu social et familial afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires. Elle est en principe réservée aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles.
- Les centres de post-cure : ce sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs, ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Même installés dans l'enceinte de l'hôpital, les centres de post-cure doivent être clairement différenciés des locaux d'hospitalisation à temps plein.
- Les appartements thérapeutiques constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale. Par principe, ils sont installés en dehors de l'enceinte de l'hôpital et intégrés dans la cité. Ils sont mis à la disposition de quelques patients pour une durée limitée et sont censés leur permettre de mener une vie la plus normale possible. Ils nécessitent néanmoins une présence importante, sinon continue, de personnels soignants.
- L'hospitalisation à domicile (HAD) : les services d'HAD en psychiatrie organisent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées à des soins d'entretien selon l'état de dépendance du patient. Il s'agit de soins réguliers, voire quotidiens. Ce mode d'hospitalisation permet au patient de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantit la continuité des soins.
- Les placements en accueil familial thérapeutique permettent de placer dans des familles d'accueil des malades mentaux de tous âges, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Ils s'adressent à des patients pour lesquels une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.

spécialisé), 37 % à un établissement public de santé non spécialisé (centre hospitalier ou centre hospitalier régional) et 8 % à un établissement privé de santé spécialisé participant au service public et financé, comme les établissements publics, par dotation globale.

## Les patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale

### *Forte hausse du nombre de patients pris en charge entre 1989 et 2003*

Les secteurs de psychiatrie générale ont suivi en 2003 plus de 1,2 million de patients (1 500 en moyenne par secteur), soit 74 % de plus qu'en 1989 (tableau 1). Le taux de recours<sup>5</sup> est ainsi passé de 17 patients pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 1989, à 21 en 1995, 26 en 2000, où il semble se stabiliser puisqu'il a atteint 27 en 2003. Ce taux varie dans un rapport de 1 à 7<sup>6</sup> selon les secteurs, ce qui s'explique en partie par la présence plus ou moins forte d'une offre psychiatrique complémentaire (hospitalière ou de ville), non sectorisée, sur le territoire (carte 1).

TABLEAU 1

### Évolution des files actives selon les modalités de prise en charge entre 1989 et 2003

	1989	1993	1997	2000	2003
<b>File active totale</b>	<b>708 018</b>	<b>832 681</b>	<b>1 036 049</b>	<b>1 148 354</b>	<b>1 228 495</b>
vus pour la première fois	293 399	360 714	468 014	494 672	495 443
vus une seule fois	171 046	192 382	260 847	282 847	299 332
<b>Ambulatoire</b>	<b>561 241</b>	<b>686 173</b>	<b>895 307</b>	<b>981 763</b>	<b>1 051 036</b>
exclusivement ambulatoire	426 236	494 742	668 504	750 771	830 365
<b>Temps partiel</b>	<b>61 255</b>	<b>88 915</b>	<b>115 610</b>	<b>125 460</b>	<b>116 299</b>
exclusivement temps partiel	10 149	11 623	16 226	18 590	16 537
<b>Temps complet</b>	<b>255 291</b>	<b>267 831</b>	<b>292 743</b>	<b>305 863</b>	<b>310 699</b>
exclusivement temps complet	127 776	119 765	127 721	137 776	139 567
exclusivement hospitalisation à temps plein	123 029	109 265	119 838	126 396	131 944

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

5. Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année rapporté à la population âgée de plus de 20 ans du secteur.

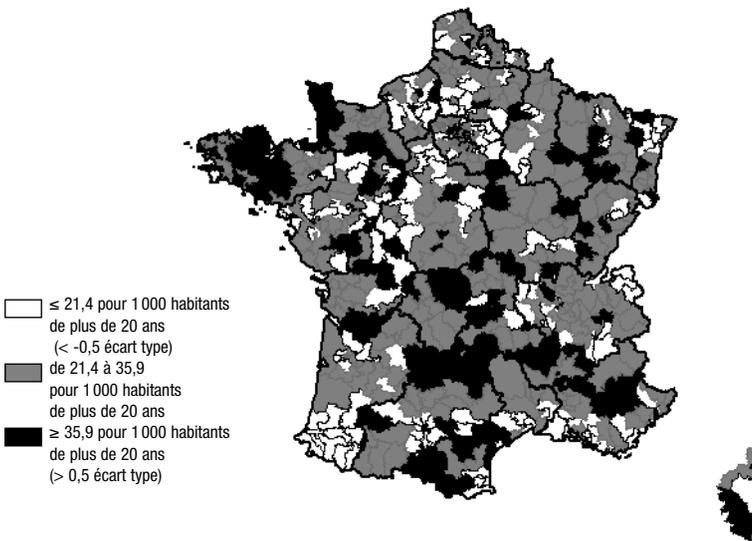
6. Données écartées de 1 % aux deux extrémités de la distribution.

Le renouvellement de la population suivie par les secteurs de psychiatrie générale est important, puisque 40 % des patients ont consulté pour la première fois en 2003. Cette proportion a cependant diminué

depuis 1997, où elle atteignait 45 % (43 % en 2000). En outre, les prises en charge n'impliquent pas forcément un suivi régulier. Ainsi, un adulte sur quatre n'a été vu qu'une seule fois en 2003. Cette proportion est restée stable depuis 1989, malgré l'augmentation régulière des soins et interventions réalisés en unités somatiques<sup>7</sup> par les équipes des secteurs. Cela suggère que ces interventions, auprès de patients qui ne venaient pas à l'hôpital pour un problème psychiatrique, sont l'occasion de repérer un trouble « non ponctuel » et engendrent dans une proportion non négligeable un suivi psychiatrique.

#### CARTE 1

### Taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale en 2003



Champ • France métropolitaine.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

Parmi les patients pris en charge en 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale, 46 % étaient des hommes et 54 %, des femmes. À l'âge adulte, les femmes recourent donc davantage à la psychiatrie de secteur (différence significative par rapport à la répartition par sexe de la population française). Ce recours plus important des femmes se retrouve en médecine libérale<sup>8</sup>. Les groupes d'âges les plus représentés sont les 25-44 ans, mais sur l'ensemble des patients âgés de 25 ans et plus, la répartition par âge est très proche de celle de la population générale (tableau 2).

7. C'est-à-dire aux urgences, dans les services de médecine ou de chirurgie.

8. Chapireau F., 2006, « Les recours aux soins spécialisés en santé mentale », *Études et Résultats*, DREES, n° 533, novembre.

TABLEAU 2

**Structure par âge de la file active en 2003**

	Moins de 15 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et +	Total
Nombre de patients	5 279	134 547	462 301	353 653	152 568	33 515	<b>1 141 863</b>
% de patients	0,5	11,8	40,5	31,0	13,4	2,9	<b>100,0</b>

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

TABLEAU 3

**Modalités de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie en 2003**

	Nombre moyen par secteur		Total national	
	patients	jours, séances ou actes	patients	jours, séances ou actes
<b>Ambulatoire. Soins ou interventions :</b>				
au CMP ou en unité de consultation à domicile	988	7 601	804 909	6 194 579
en institution substitutive au domicile	133	1 374	108 471	1 119 635
<i>dont milieu pénitentiaire</i>	93	617	76 049	502 479
<i>dont milieu pénitentiaire</i>	13	79	10 620	64 036
en unité d'hospitalisation somatique	268	564	218 318	459 677
<i>dont urgences</i>	37	67	30 146	54 666
autre ambulatoire	130	736	105 775	599 556
<b>Temps partiel. Accueil en :</b>				
hospitalisation de nuit	7	217	6 098	176 829
hospitalisation de jour	58	3 205	46 883	2 611 787
atelier thérapeutique	6	159	4 822	129 179
CATTP	84	2 043	68 837	1 664 848
autre temps partiel	18	219	14 897	178 762
<b>Temps complet. Accueil en :</b>				
hospitalisation à temps plein	370	15 126	301 925	12 327 890
centre de post-cure ou de réadaptation	2	134	1 323	109 345
appartement thérapeutique	1	250	1 172	203 932
accueil familial thérapeutique	3	840	2 590	684 686
hospitalisation à domicile	1	134	1 090	109 441
autre temps complet	7	69	5 874	56 345

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

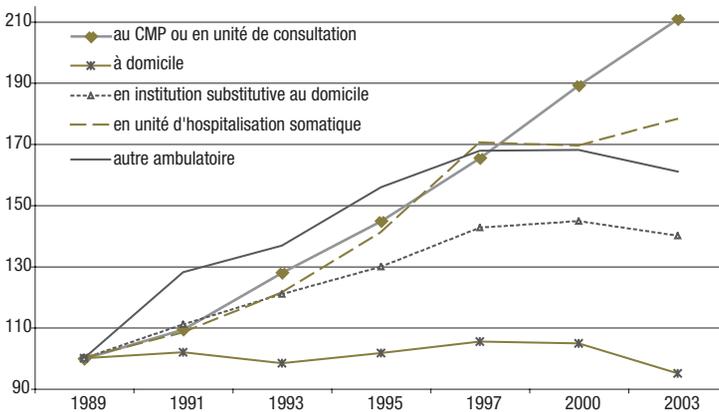
### Développement des soins ambulatoires, surtout en centres médico-psychologiques

De plus en plus, qu'il s'agisse des enfants ou des adultes, les soins de santé mentale donnent lieu à un suivi essentiellement ambulatoire. La file active ambulatoire représentait 79 % de la file active<sup>9</sup> des secteurs de psychiatrie générale en 1989 et 86 % en 2003 (plus d'un million de patients, voir tableau 3). La prise en charge ambulatoire n'est toutefois pas toujours exclusive: si 68 % des patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 2003 n'ont reçu au cours de l'année que des soins ambulatoires, les autres ont également bénéficié de soins à temps complet et/ou à temps partiel.

Les soins ambulatoires sont de plus en plus souvent réalisés en centre médico-psychologique (CMP): 77 % des patients suivis en ambulatoire en 2003 ont été vus dans le cadre de consultations en CMP, contre 68 % en 1989. Sur l'ensemble de l'activité ambulatoire, les soins et interventions en CMP sont effectivement ceux qui ont connu la plus forte croissance entre 1989 et 2003 (+111 %, voir graphique 1). Si le nombre de patients vus dans les autres modalités de soins ambulatoires a stagné entre 1997 et 2000, les files actives prises en charge à domicile ou dans les institutions substitutives ont nettement diminué entre 2000 et 2003. Le recul des interventions à domicile est venu renforcer l'activité des CMP, qui ont vu leur file active augmenter de 22 % entre 2000 et 2003. Le CMP est donc véritablement devenu la structure-pivot des secteurs de psychiatrie générale.

GRAPHIQUE 1

### Évolution entre 1989 et 2003 des modalités de prise en charge ambulatoire



**Lecture** • Toutes les files actives sont ramenées à 100 en 1989. Le nombre de patients ayant reçu des soins en CMP a plus que doublé entre 1989 et 2003, passant de 100 à plus de 200.

**Champ** • France entière.

**Sources** • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

**9.** Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'équipe de secteur, quel que soit le mode de prise en charge.

Jusqu'en 1997, les interventions en unité d'hospitalisation somatique et dans l'ensemble des autres soins ambulatoires avaient connu une croissance de leur file active semblable à celle des CMP (+69 % entre 1989 et 1997). Entre 1997 et 2000, le nombre de patients vus en unité d'hospitalisation somatique a stagné, avant de progresser à nouveau.

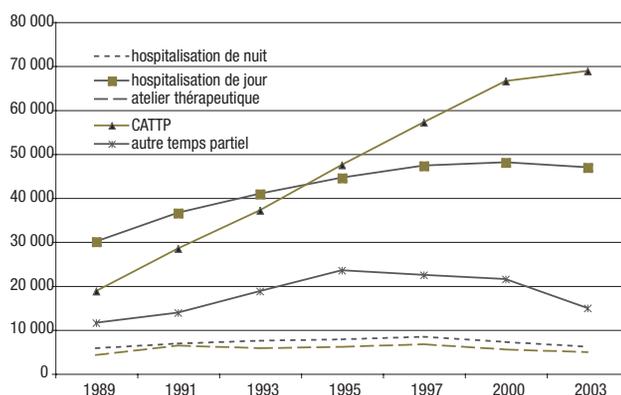
En revanche, les soins et interventions à domicile et dans les institutions substitutives au domicile, qui avaient fortement augmenté entre 1989 et 2000 (+45 %), ont enregistré une forte diminution en 2003 (respectivement -10 % et -5 %). Cette baisse peut s'expliquer en partie par une « intersectorialisation<sup>10</sup> » de ce type de prise en charge. Plus vraisemblablement, elle peut être liée à un recul de cette activité, à la suite des difficultés de personnel rencontrées dans de nombreux secteurs. Cette seconde hypothèse semble confirmée par la diminution du nombre d'actes par patient observée pour cette modalité de prise en charge.

### *Le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé entre 1989 et 2003*

Plus de 116 000 patients ont été suivis à temps partiel en 2003 (9 % de la file active, contre 11 % en 2000), soit deux fois plus qu'en 1989. Après une forte croissance entre 1989 et 2000 (+105 % en 11 ans), la file active à temps partiel a diminué de 15 % entre 2000 et 2003. Moins de 2 % des patients étaient pris en charge exclusivement sous ce mode. Les prises en charge à temps partiel apparaissent ainsi plutôt comme une modalité de soins complémentaire, qui peut succéder à une prise en charge plus lourde à temps complet, ou au contraire venir compléter un suivi ambulatoire.

#### GRAPHIQUE 2

### Évolution entre 1989 et 2003 des modalités de prise en charge à temps partiel (en nombre de patients)



10. On parle d'« intersectorialisation » quand une équipe va réaliser ces interventions à domicile ou en institution pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie de l'établissement, mutualisant ainsi les moyens des différents secteurs.

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

Depuis 1995, le mode de prise en charge à temps partiel le plus utilisé est le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : près de 69 000 patients ont été suivis dans un CATTP en 2003 (tableau 3), soit 6 % de la file active. En 15 ans, le nombre de patients ainsi pris en charge a triplé (graphique 2). De plus, l'accueil en CATTP a devancé l'hospitalisation de jour (47 000 patients en 2003) et c'est la seule modalité de prise en charge à temps partiel à avoir poursuivi sa croissance entre 2000 et 2003. Le nombre de journées de prise en charge par patient en CATTP est demeuré stable (24 jours dans l'année), alors qu'il était bien plus élevé en hospitalisation de jour (55 journées en moyenne dans l'année, malgré une réduction de 18 jours entre 1989 et 2003).

Quant aux patients suivis en hôpital de nuit et en atelier thérapeutique, ils représentent chacun moins de 1 % de la file active totale et sont de moins en moins nombreux depuis 1997. Comme pour l'hospitalisation de jour, le nombre moyen de journées de prise en charge en hôpital de nuit par patient a diminué régulièrement depuis 1989, passant de 57 jours à 29 en 2003.

***Pour les patients suivis à temps complet, encore relativement peu d'alternatives à l'hospitalisation « traditionnelle »***

Les prises en charge à temps complet concernent les patients suivis de jour et de nuit sur des périodes qui peuvent être très courtes (par exemple dans des centres de crise) ou très longues. L'hospitalisation à temps plein est l'une des modalités de prise en charge à temps complet, mais d'autres modalités peuvent également être proposées en psychiatrie générale : accueil en centre de post-cure, en appartement thérapeutique, en accueil familial thérapeutique ou hospitalisation à domicile. Pour plus de lisibilité, nous parlerons de « temps plein » pour l'hospitalisation au sens strict et de « temps complet » pour l'ensemble des prises en charge 24 heures sur 24.

Environ 311 000 patients ont été suivis à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003, soit un quart de la file active (tableau 3). S'il couvre des effectifs croissants (+2 % par rapport à 2000, +25 % depuis 1989), ce mode de prise en charge est relativement moins répandu que par le passé, puisqu'il concernait 36 % de la file active en 1989.

Près de 140 000 patients (11 % de la file active totale en 2003, contre 18 % en 1989) n'ont connu que des prises en charge à temps complet dans l'année, les autres bénéficiant également de soins ambulatoires ou à temps partiel. La baisse de la proportion de patients suivis exclusivement à temps complet peut être analysée comme une meilleure complémentarité entre les différentes modalités de prises en charge proposées par la sectorisation. Mais le fait que 45 % des patients pris

en charge à temps complet en 2003 n'ont connu que ce mode de suivi soulève tout de même la question de la continuité des soins : des soins ambulatoires sont-ils réalisés en parallèle par le secteur libéral ou dans le cadre de dispositifs intersectoriels<sup>11</sup> ?

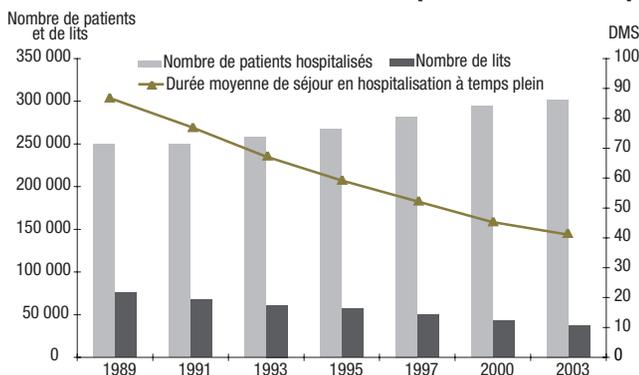
Le nombre de patients hospitalisés à temps plein a connu depuis 1989 une croissance modérée par rapport à celle de la file active totale en psychiatrie : +21 % en 14 ans, soit 302 000 personnes en 2003 (graphique 3). Leur part dans la file active prise en charge à temps complet est restée supérieure à 96 % sur toute la période, ce qui suggère que l'hospitalisation à temps plein reste un mode de prise en charge incontournable et que les alternatives qui ont pu se développer à temps complet sont restées limitées et réservées à des patients ou pathologies spécifiques.

En forte diminution depuis 1991, la proportion de patients hospitalisés depuis plus d'un an a atteint 3 % de la file active en 2003. Cette baisse peut s'expliquer par une amélioration de la prise en charge, mais aussi par le développement de dispositifs intersectoriels ou le transfert de patients de ce type dans des structures médico-sociales plus adaptées à leurs besoins. Ainsi, plus d'un quart des lits d'hospitalisation psychiatrique sont restés occupés par des patients hospitalisés depuis plus d'un an. Pour une partie non négligeable d'entre eux, cette prise en charge exclusivement sanitaire n'est sans doute pas adéquate (voir l'article p. 183).

La durée moyenne de séjour (DMS) à temps plein dans l'année a constamment diminué depuis 1989, passant de 86 jours (continus ou non) par patient à 41 jours en 2003. La durée de séjour reculant plus vite que n'augmente la file active, le nombre total de journées d'hospitalisation à temps plein a donc diminué régulièrement depuis 1989.

GRAPHIQUE 3

### Évolution entre 1989 et 2003 de l'hospitalisation à temps plein



Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

11. Pour y répondre, il faudrait pouvoir analyser la durée de séjour de ces patients : s'agit-il pour la plupart de patients chroniques hospitalisés au long cours ou de patients n'ayant connu qu'une hospitalisation de courte durée ?

Cette baisse doit être mise en relation avec la forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (de 76 000 en 1989 à 37 000 en 2003, soit une division par deux des capacités d'hospitalisation). Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein rapporté au nombre de lits (taux d'occupation apparent), qui était resté stable jusqu'en 1995, s'est ainsi accru de 18 % jusqu'en 2003 (330 jours par an en 2003, 308 en 2000 et 280 en 1995).

Les autres formes d'accueil à temps complet ont concerné un nombre de plus en plus réduit de patients (1 % de la file active totale en 2003, contre 1,4 % en 2000) et souvent pour des prises en charge plus longues : 2 600 personnes ont passé en moyenne neuf mois en accueil familial thérapeutique (tableau 3), 1 300 personnes ont séjourné trois mois en centre de post-cure, 1 200 personnes six mois en appartement thérapeutique et 1 100 patients ont bénéficié d'une hospitalisation à domicile, pour une durée moyenne de trois mois. Enfin, 5 900 personnes ont été recensées sous la rubrique « autres types d'accueil à temps complet » ; la durée de séjour étant limitée (10 jours en moyenne), il s'agit probablement pour l'essentiel d'accueil en centre de crise ou en séjour thérapeutique.

L'évolution des pratiques vers les prises en charge ambulatoires et à temps partiel a été accompagnée d'une évolution parallèle des équipements des secteurs de psychiatrie générale.

## **L'équipement des secteurs de psychiatrie générale en structures de soins**

### *Des CMP dans la quasi-totalité de secteurs*

Les centres médico-psychologiques (CMP) arrivent en tête des structures mobilisées par les secteurs (tableau 4). En 2003, tous les secteurs à l'exception de quatre comprennent un CMP et, parmi eux, 70 % en ont au moins deux. De plus, 98 % des secteurs ont ouvert un CMP pendant 5 jours par semaine ou plus.

Le nombre total de CMP a cependant diminué entre 2000 et 2003, passant de 2 200 à 2 070. Cela peut s'expliquer par une évolution des pratiques : les structures qui ont disparu sont essentiellement celles qui sont ouvertes moins de 5 jours par semaine, à moins que les CMP soient également touchés par le développement de l'intersectorialité et la tendance à la concentration des structures.

Parallèlement à cette diminution, les jours et les horaires d'ouverture des CMP sont plus importants : 66 % des CMP étaient ouverts au moins 5 jours par semaine en 2003 (contre 63 % en 2000 et 42 % en 1987) ; 31 % des CMP étaient ouverts au moins deux jours par semaine après

18 heures et 87 % étaient ouverts toute l'année (y compris les mois d'été). Cette plus grande amplitude des plages d'accueil ne permet cependant pas d'absorber les demandes croissantes, comme le montre l'augmentation des listes et des délais d'attente (voir *infra*).

TABLEAU 4

### Secteurs de psychiatrie générale disposant des différentes structures de soins (évolution 1989-2003, en %)

	1989	1993	1997	2000	2003
CMP (5 jours ou +)	83	89	93	97	98
CMP (- de 5 jours)	54	50	45	45	42
Hôpital de jour	80	82	83	83	84
CATTP	41	59	69	78	84
Hôpital de nuit	63	69	61	59	55
Appartement associatif	46	52	53	53	52
Accueil familial thérapeutique	32	39	44	34	35
Appartement thérapeutique	14	20	20	21	22
Atelier thérapeutique	26	19	14	14	12
Centre de post-cure	11	8	9	7	6
Centre d'accueil permanent	7	10	8	4	3
Unité d'hospitalisation à domicile	4	6	5	5	5
Centre de crise	3	6	5	4	3
Lits d'hospitalisation à temps plein	ND	98	98	98	96

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

### Forte croissance des CATTP

Les CATTP ont poursuivi leur développement en 2003, devenant avec l'hôpital de jour l'une des structures de base du secteur de psychiatrie générale : la part des secteurs qui en disposent a atteint 84 %, une proportion qui a doublé en 15 ans (graphique 4). L'augmentation est encore plus marquée si l'on considère le nombre de CATTP, qui a été multiplié par plus de trois entre 1989 et 2003, se rapprochant ainsi de celui des hôpitaux de jour (environ 1 200 en 2003).

La volonté de développer des structures de soins au plus proche des lieux de vie du patient s'est poursuivie : 62 % des hôpitaux de jour et 88 % des CATTP étaient situés à l'extérieur de l'établissement de rattachement en 2003.

Au total, et si l'on tient compte de la combinaison entre CATTP et hôpital de jour, 66 % des secteurs utilisaient ces formules d'accueil à temps partiel, 29 % recouraient soit à l'une soit à l'autre et 5 % des secteurs n'avaient ni CATTP ni hôpital de jour en 2003.

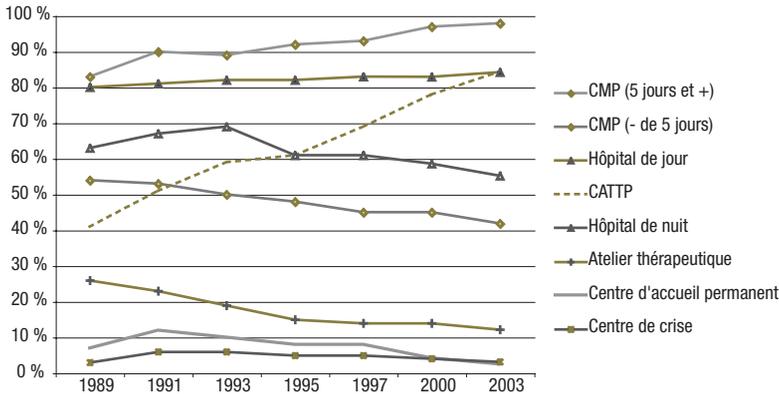
En 2003, 55 % des secteurs avaient recours à l'hospitalisation de nuit, avec en moyenne 3 places par secteur (dans une structure intra-muros pour

88% des cas). La proportion de secteurs disposant d'un hôpital de nuit s'est accrue jusqu'en 1993 (69% des secteurs), pour se réduire ensuite.

Enfin, la part de secteurs disposant d'ateliers thérapeutiques a aussi enregistré une diminution. En 1989, un secteur sur quatre pouvait proposer ce mode de prise en charge, contre 12% en 2003.

#### GRAPHIQUE 4

#### Évolution entre 1989 et 2003 de l'équipement des secteurs



Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

#### *Les structures de réponses à l'urgence sont de plus en plus rares*

Les structures de réponse à l'urgence, telles que les centres d'accueil permanent (CAP) et centres de crise, sont devenues de plus en plus rares dans les secteurs de psychiatrie générale : seuls 22 secteurs ont déclaré avoir un CAP en 2003 et 26 un centre de crise. Cette raréfaction est liée au développement des dispositifs intersectoriels de réponse à l'urgence : plusieurs établissements ont en effet choisi de créer un dispositif de réponse à l'urgence mutualisée. La diminution de telles structures peut aussi s'expliquer par la croissance de la file active dans certains secteurs où les effectifs de personnel restent quasi constants, ce qui rend difficile le développement de structures de ce type, souvent très consommatrices de moyens humains.

#### *Hospitalisation à temps plein : forte diminution du nombre de lits*

En 2003, la quasi-totalité des secteurs (96%) disposaient de lits d'hospitalisation à temps plein (37 321 lits au total, soit en moyenne 46 lits par secteur, voir graphique 3). Parmi eux, 3% des secteurs comptaient plus de 100 lits (contre 54% en 1987, 34% en 1991 et 17% en 1995) et la moitié des secteurs avaient entre 29 et 58 lits.

Le nombre moyen de lits par secteur varie fortement selon la catégorie de l'établissement de rattachement, même si les écarts tendent à se

réduire: en 2003, on comptait 57 lits pour les établissements privés participant au service public, 50 pour les établissements publics spécialisés, 44 pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) et 36 pour les centres hospitaliers. Les pratiques en matière d'hospitalisation diffèrent également selon la catégorie d'établissement. Ainsi, les secteurs rattachés à un CHR enregistrent moins de lits que les établissements spécialisés et hospitalisent davantage de patients différents dans l'année: 450 contre 439 pour les établissements privés participant au service public hospitalier et 377 pour les ex-centres hospitaliers spécialisés (CHS). Les patients séjournent donc moins longtemps dans les secteurs rattachés à un CHR.

Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein a fortement diminué sur la période (-56% entre 1987 et 2003), répondant ainsi à l'un des objectifs de la sectorisation psychiatrique: réduire l'hospitalisation au profit de prises en charge alternatives au plus près du patient et adaptées aux différentes phases de la pathologie. Dans le même temps, le nombre de patients hospitalisés a continué d'augmenter, tandis que la durée de séjour diminuait.

Cependant, face au développement insuffisant de structures alternatives, l'hospitalisation d'un patient est devenue de plus en plus difficile pour les équipes de secteurs. Elle nécessite soit une coopération de plus en plus fréquente avec les autres secteurs de psychiatrie, soit une organisation intersectorielle permettant de mutualiser les moyens. En 2003, 41% des secteurs utilisaient des lits dans le cadre d'un dispositif d'hospitalisation intersectoriel autonome (voir définition p. 41), contre 29% en 2000.

Seuls 26% des secteurs de psychiatrie générale ont déclaré être toujours en mesure d'hospitaliser immédiatement un patient nécessitant une hospitalisation temps plein le jour même, contre 35% en 2000. En raison d'un manque de lits ou de délais d'attente trop longs, les secteurs ont donc été amenés à renvoyer « leurs » patients sur d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés<sup>12</sup>. C'est le cas de 89% des secteurs pour l'hospitalisation temps plein (82% en 2000), dont 29% ont déclaré le faire souvent ou toujours (19% en 2000).

### ***Les autres modes de prise en charge à temps complet sont peu développés***

En 2003, 35% des secteurs disposaient de places d'accueil familial thérapeutique (AFT). Le nombre de places proposées (2 200) a fortement diminué depuis 2000 (-400 places), du fait surtout de l'intersectorialisation des places d'AFT de Dun-sur-Auron, une ancienne colonie familiale<sup>13</sup> rattachée auparavant à un seul secteur. Parmi ces 2 200 places, près de 500 appartiennent à l'ancienne colonie familiale d'Ainay-le-Château dans l'Allier.

12. Cela peut être aussi un choix de fonctionnement des secteurs, l'hospitalisation faisant l'objet d'un dispositif intersectoriel.

13. Les colonies familiales avaient été créées à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour désengorger les « asiles » parisiens: les malades étaient placés dans les fermes des paysans et intégrés à la vie locale.

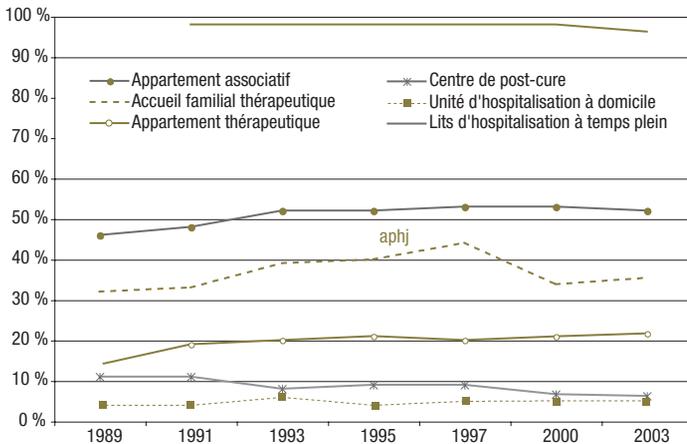
Par ailleurs, un secteur sur cinq disposait d'appartements thérapeutiques (graphique 5), 56 % de places en appartements associatifs<sup>14</sup> et 6 %, de places en centres de post-cure. L'hospitalisation à domicile est elle aussi peu répandue dans les secteurs de psychiatrie générale : seuls 42 secteurs l'utilisaient en 2003.

### Les prises en charge des états aigus et patients agités

Certains états aigus ou circonstances particulières (patients hospitalisés sans leur consentement) peuvent nécessiter l'hospitalisation de patients en unité fermée. Au total, 579 secteurs (72 %) disposaient d'une unité d'hospitalisation fermée en 2003 : 77 % d'entre eux étaient rattachés à des ex-centres hospitaliers spécialisés (CHS), 75 % à des établissements privés participant au service public hospitalier et à 66 % des centres hospitaliers et centres hospitaliers régionaux (CHR). Les 238 autres secteurs fonctionnaient donc uniquement avec des pavillons ouverts. L'unité d'hospitalisation fermée fonctionnait en permanence dans 66 % des secteurs et seulement selon les besoins dans 33 % des secteurs. Parmi eux, 150 secteurs (26 %) disposaient d'une unité d'hospitalisation fermée où toutes les chambres sont équipées d'un système d'appel d'urgence.

GRAPHIQUE 5

### Évolution entre 1989 et 2003 de l'équipement des secteurs pour les prises en charge à temps complet



Champ ● France entière.

Sources ● Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

14. L'appartement thérapeutique se distingue de l'appartement associatif, communautaire ou protégé destiné à l'hébergement des malades mentaux stabilisés, considéré comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires, les prestations de soins étant alors assimilables à des interventions à domicile.

Au cours de l'année 2003, 40 % des secteurs (34 % en 2000) ont fait une ou plusieurs demandes de transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD), dans les CHR pour un secteur sur deux. Les UMD, au

nombre de quatre en France, sont destinées à recevoir les patients que leur état mental rend dangereux pour autrui, qui ne peuvent être maintenus dans une unité d'hospitalisation ordinaire et pour lesquels des protocoles thérapeutiques intensifs assortis de mesures de sûreté particulières s'avèrent nécessaires. Les patients doivent juridiquement relever d'un placement d'office<sup>15</sup>.

Les demandes de transfert vers une UMD sont plus fréquentes dans certaines régions comme l'Île-de-France et l'Aquitaine (qui sont des régions d'implantation d'UMD avec la Lorraine), mais aussi en Rhône-Alpes, Bretagne, Pays de la Loire et Alsace. 636 patients ont ainsi fait l'objet d'une demande de transfert vers une UMD en 2003, soit 37% de plus qu'en 2000, et 361 ont été effectivement transférés (27% de plus qu'en 2000).

Par ailleurs, 86% des secteurs disposaient en 2003 d'une ou plusieurs chambres d'isolement (2 en moyenne par secteur). L'utilisation de l'isolement thérapeutique est justifié par la situation clinique du patient. Il est destiné à prévenir les blessures et réduire l'agitation liée au trouble mental. Il doit répondre à une indication médicale. En cas d'urgence, la décision d'isolement peut être prise en l'absence d'un médecin, mais une décision médicale doit venir confirmer l'indication d'isolement dans l'heure qui suit le début de l'isolement, et ce, sous la forme d'une prescription écrite. En 2003, l'isolement thérapeutique a concerné 13 000 patients dans les secteurs de psychiatrie générale, soit 4% des patients hospitalisés dans l'année. Dans 58% des secteurs, c'est un médecin exclusivement qui a décidé de l'isolement des patients. Pour les autres, c'est soit un médecin, soit un infirmier en cas d'urgence. 79% des secteurs ont déclaré appliquer un protocole écrit de prise en charge des patients en chambre d'isolement et 73% ont déclaré remplir pour chaque patient une fiche de suivi standardisée<sup>16</sup> de mise en chambre d'isolement. Alors qu'en 2000, seul un secteur sur deux ont indiqué disposer d'un protocole écrit ou de règles de conduite écrites internes pour répondre à la prise en charge des patients en cas de comportements violents, ils étaient 63% dans ce cas en 2003. Cette proportion était supérieure dans les établissements privés participant au service public (85%). 88% des secteurs ont permis à l'un ou plusieurs membres de leur équipe de bénéficier d'une formation adaptée aux situations de violence (contre 75% en 2000). Enfin, 85% des secteurs ont déclaré des accidents du travail liés à des agressions (75% en 2000).

15. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.

16. Il s'agit d'une fiche journalière, qui consigne les actes de surveillance de l'état psychique, somatique et biologique programmés et réalisés.

## **Organisation des soins et pratiques professionnelles: l'accueil**

72% des secteurs de psychiatrie générale ont établi une permanence téléphonique 24 heures sur 24, en dehors du standard téléphonique de l'établissement de rattachement. Celle-ci est assurée uniquement par

un répondeur téléphonique dans 42 % des secteurs, tandis que 30 % des secteurs ont mis en place un transfert d'appel vers un soignant du secteur.

### *L'accueil hors urgence : un partage fréquent entre médecins et autres professionnels*

Lorsqu'un patient vient pour la première fois, il est reçu exclusivement par un médecin dans 11 % des secteurs. Dans les autres secteurs, il peut être reçu aussi bien par un médecin que par un autre professionnel (un infirmier dans 96 % des cas, voir l'article p. 107).

La proportion de secteurs ayant établi une liste d'attente pour une première demande de soins (hors urgence) s'est accrue (62 % en 2003 contre 50 % en 2000). 44 % des secteurs ont mis en place une liste d'attente dans tous les lieux d'accueil ; dans les autres, elle n'a été mise en place que dans certains lieux. Les secteurs rattachés à un centre hospitalier général ou régional recourent davantage à ces listes.

Par ailleurs, les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec un professionnel non médical<sup>17</sup> sont restés relativement stables depuis 2000 : 60 % des secteurs pouvaient proposer un premier rendez-vous dans la semaine en 2003 (tableau 5). En revanche, les conditions se sont dégradées pour consulter un médecin : le délai minimum d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence était supérieur à un mois dans 23 % des secteurs, contre 16 % en 2000.

TABLEAU 5

### **Délai minimal d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence en 2000 et 2003 (en %)**

	Moins de 7 jours	de 7 à 14 jours	de 15 à 29 jours	de 30 jours à moins de 3 mois	3 mois et plus	NR	Total
<b>Consultation avec un médecin</b>							
délai en 2000	17,2	35,3	30,1	15,0	0,5	2,1	100
délai en 2003	12,5	26,9	36,1	21,0	1,9	1,6	100
<b>Entretien avec un autre professionnel</b>							
délai en 2000	60,4	22,1	6,0	4,7	0,7	6,0	100
délai en 2003	60,2	19,4	7,4	5,3	0,9	6,8	100

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

17. Le personnel non médical est composé des personnels administratifs, des personnels soignants (sages-femmes, personnel d'encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers et autres personnes des services médicaux), des personnels éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques.

### *L'accueil en urgence privilégie la consultation en CMP*

83 % des secteurs ont mis en place un dispositif de réponse à l'urgence, via l'équipe du secteur ou une équipe rattachée à un pôle intersectoriel d'urgence.

En 2003, les différents types de réponse à l'urgence étaient, par ordre de fréquence : les rendez-vous en urgence au CMP et l'hospitalisation (97 %), l'orientation aux urgences de l'hôpital général (94 %), suivis par les visites à domicile ou sur le lieu de détresse (90 %) et l'orientation vers le médecin de ville (78 %). Les places en centre de crise étant limitées, seuls 16 % des secteurs y ont recouru.

## **Des secteurs ouverts vers la médecine somatique**

### *La psychiatrie de liaison est présente dans trois secteurs sur quatre*

La psychiatrie de liaison est destinée à apporter des réponses (évaluation, traitement, orientation) aux troubles psychiatriques émergeant à l'occasion de l'hospitalisation somatique d'un patient. Elle s'adresse également à son entourage ou aux soignants (sous forme de conseils de prise en charge selon les types de patients). Elle marque ainsi une volonté de rapprocher la prise en charge somatique et la psychiatrie, en faisant intervenir des équipes de soins psychiatriques en dehors des établissements ou services spécialisés en santé mentale. Elle est réalisée par trois secteurs sur quatre.

Ces interventions peuvent s'organiser de différentes façons :

- soit au titre du secteur seul (73 % des secteurs faisant de la psychiatrie de liaison) ;
- soit dans le cadre d'une unité intersectorielle gérée par leur secteur (18 % d'entre eux).

La psychiatrie de liaison est de fait plus répandue dans les secteurs de psychiatrie générale rattachés à un centre hospitalier régional ou un centre hospitalier (90 % et 87 %), mais elle est restée très importante dans les secteurs rattachés à des établissements privés participant au service public (75 %) et dans une moindre mesure dans les ex-centres hospitaliers spécialisés (70 %).

Cette intervention de liaison s'effectue plus fréquemment dans les centres hospitaliers : en 2003, 84 % des secteurs exerçaient une telle activité au sein de centres hospitaliers ou de centres hospitaliers régionaux, 38 % au sein d'hôpitaux locaux et 20 % au sein d'établissements de soins de réadaptation. 87 % des secteurs ayant une activité de liaison intervenaient uniquement de manière ponctuelle (sur appel) et 49 % organisaient des réunions régulières. Dans 60 % des secteurs, l'un des membres de l'équipe assurait une présence dans le service (75 % en 2000).

Les personnels participant à cette activité représentaient, en moyenne par secteur, 0,7 équivalent temps plein (ETP) médicaux, 1,9 ETP d'infirmiers et 0,2 ETP de psychologues.

### ***Deux secteurs sur trois participent aux urgences de l'hôpital général***

Par ailleurs, les secteurs peuvent intervenir dans les services d'urgences hospitalières : près des deux tiers des secteurs participaient ainsi aux urgences de l'hôpital général en 2003 (la moitié en 2000).

Comme pour la psychiatrie de liaison, l'intervention aux urgences est de fait plus répandue dans les secteurs rattachés à un centre hospitalier ou un centre hospitalier régional (respectivement 79 % et 80 %). Elle est organisée dans 55 % des secteurs rattachés à un ex-centre hospitalier spécialisé et dans 59 % des secteurs rattachés à un établissement privé participant au service public. La plupart des secteurs qui participent aux urgences de l'hôpital général exerçaient également une activité de liaison.

Le personnel consacré à cette modalité de prise en charge est comparable à celui participant à la psychiatrie de liaison : 1,1 ETP médicaux, 1,3 ETP d'infirmiers et 0,9 ETP d'autres professionnels.

## **Le développement de l'intersectorialité**

La psychiatrie de liaison et les urgences font parfois l'objet d'un dispositif intersectoriel, qui permet de mettre en commun des moyens en personnels et en équipements pour répondre à une demande spécifique. Mais les secteurs sont aussi de plus en plus souvent amenés à mutualiser leurs moyens et leurs compétences pour proposer une réponse adaptée à une population ou une pathologie donnée.

Ces dispositifs intersectoriels peuvent prendre deux formes :

– Les dispositifs intersectoriels « non autonomes » ou non formalisés : il s'agit d'unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur assurant des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur et, le cas échéant, ceux des autres secteurs concernés.

– Les dispositifs intersectoriels « autonomes » ou formalisés, créés après délibération des instances de l'établissement (conseil d'administration et commission médicale d'établissement) : ils assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs et correspondent à une fédération, un département ou un service ; ils exercent une ou plusieurs activités, disposent d'un ou de plusieurs types d'équipements.

### ***Des unités intersectorielles non autonomes mises en place dans 36 % des secteurs***

En moyenne en 2003, 36 % des secteurs géraient une ou plusieurs unités intersectorielles non autonomes (43 % des secteurs rattachés à un établissement privé participant au service public et 36 % des secteurs rattachés à un ex-centre hospitalier spécialisé ou centre hospitalier

régional). C'est dans les centres hospitaliers généraux que cette pratique a semblé la moins répandue (31 %). Les unités intersectorielles avaient souvent une activité d'hospitalisation à temps plein (environ 30 % des activités recensées) ou ambulatoires (30 % également). Les interventions en unités somatiques ou aux urgences ainsi que l'hospitalisation de jour représentaient respectivement 11 % et 17 % de l'activité de ces unités.

Un quart des ces unités s'adressent à une population particulière : adolescents, personnes âgées, personnes détenues, patients au long cours, personnes en situation de précarité, personnes souffrant d'addictions. Un autre quart vise une symptomatologie ou une pathologie particulière : addictions, autisme, psychoses déficitaires, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, psychose aiguë ou chronique, suicidants, etc. 13 % concernent une prise en charge particulière : l'accueil des urgences, la psychiatrie de liaison, les admissions, etc. Les autres unités ont des objectifs variés : prise en charge des patients sous contrainte, électro-convulsio-thérapie, recherche clinique, activités sportives ou horticoles, art et ergothérapie, thérapies familiales, préparation à la sortie, réinsertion et réhabilitation.

### ***331 dispositifs intersectoriels formalisés recensés en 2003, soit un tiers de plus qu'en 2000***

En 2003, un établissement sectorisé sur deux a déclaré au moins un dispositif intersectoriel formalisé (en moyenne 2 à 3 par établissement).

Un tiers des dispositifs prend la forme d'une fédération, un autre tiers d'un service, 11 % un département et 23 % d'un autre statut, fréquemment décrit comme une unité fonctionnelle.

63 % des dispositifs étaient spécifiquement dédiés à des patients adultes, 9 % à des enfants et adolescents et 27 % à tout patient.

132 dispositifs (soit 40 % des dispositifs intersectoriels recensés en 2003) étaient organisés pour réaliser de la psychiatrie de liaison ou la prise en charge des urgences.

L'activité de liaison s'effectue essentiellement dans les services de médecine et de chirurgie et, dans une moindre mesure, dans les maternités et les services de pédiatrie. Quel que soit le service où elle s'accomplit, le relais après la première prise en charge se fait indistinctement soit par le dispositif intersectoriel, soit par le secteur d'origine du patient.

Pour les interventions dans les services d'urgence, le relais se fait également majoritairement de manière indistincte entre dispositif et secteur d'origine, mais la poursuite systématique de la prise en charge par le secteur psychiatrique d'origine s'avère fortement répandue. Par

ailleurs, 26 dispositifs avaient en 2003 des lits destinés à la prise en charge des patients aux urgences (de 2 à 12 lits selon les dispositifs).

Au total, plus de 72 000 actes de liaison et 156 000 interventions dans les services d'urgence ont été réalisés par ces dispositifs en 2003, auxquels s'ajoutent les 470 000 interventions en unité d'hospitalisation somatique, réalisées par les équipes de secteur de psychiatrie générale et infanto-juvénile la même année. Ces éléments permettent d'éclairer la baisse de l'activité de liaison, observée depuis 2000 dans les secteurs : désormais, une partie croissante de cette activité fait en effet l'objet de dispositifs intersectoriels, permettant une mutualisation des moyens mis en œuvre.

L'ensemble des dispositifs intersectoriels recensés en 2003 proposaient des modalités de prise en charge multiples (tableau 6), couvrant toute la gamme de services proposés par les secteurs de psychiatrie : hospitalisation à temps plein, hospitalisation de jour ou de nuit, consultation, accueil familial thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, actions de prévention et de réinsertion, etc. Un dispositif sur cinq vise une modalité de prise en charge spécifique unique, le plus fréquemment l'hospitalisation à temps plein. Les autres dispositifs en déclarent en moyenne trois. 18 % des dispositifs sont orientés vers la prise en charge d'une pathologie spécifique : les troubles liés à l'alcool et les maladies chroniques sont les plus fréquemment cités, devant les troubles autistiques et les problèmes d'addictions autres que l'alcool. Enfin, certains dispositifs s'attachent davantage à prendre en charge une population particulière. 34 dispositifs sont ainsi exclusivement dédiés à la prise en charge des adolescents, 33 à celle des personnes âgées, 21 à la prise en charge des populations précaires.

TABLEAU 6

### Équipements et capacités des dispositifs intersectoriels formalisés en 2003

	Proportion de dispositifs disposant de l'équipement	Nombre moyen de lits ou places par dispositif équipé	Nombre total de lits ou places
Hospitalisation à temps plein	55%	31	5 561
Autre prise en charge à temps complet	8%	17	432
Hospitalisation de jour	31%	14	1 476
Hospitalisation de nuit	8%	5	128
Autre accueil à temps partiel	5%	21	373
Autre modalité de prise en charge	3%	19	213

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

Le personnel consacré à ces dispositifs est composé en moyenne de 2,3 équivalents temps plein (ETP) médicaux (y compris internes) et de 30,2 ETP non médicaux, mais avec de fortes disparités selon les dispositifs.

## Réseaux et interventions des secteurs dans la communauté

### *Les conventions : des partenaires différenciés au-delà des établissements de soins*

En 2003, 61 % des secteurs de psychiatrie générale ont passé une convention écrite avec un établissement de santé (tableau 7). Cette proportion a connu une augmentation depuis 2000. Il s'agit surtout des secteurs rattachés à un établissement spécialisé (72 % des ex-CHS et 73 % des établissements privés). 37 % des secteurs ont ainsi signé une convention relative à la psychiatrie de liaison<sup>18</sup>. Les conventions visant la participation aux urgences dans le cadre d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)<sup>19</sup> ou d'une unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)<sup>20</sup> sont moins répandues (respectivement 19 % et 13 %)<sup>21</sup>. Les conventions relatives à la délocalisation de lits d'hospitalisation temps plein n'ont été signées que par 4 % des secteurs de psychiatrie générale.

TABLEAU 7

### Conventions passées selon la catégorie d'établissement (en %)

Convention écrite avec :	CHS	HPP	CHR	CH	Ensemble
un établissement de santé	71,7	72,6	33,3	46,6	60,7
un établissement social ou médico-social	59,4	79,0	43,3	46,4	55,2
un organisme de formation ou de réinsertion	23,0	30,6	23,3	15,7	21,5

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES.

18. 74 % des secteurs ont une activité de liaison.

19. Les SAU (services d'accueil et de traitement des urgences) sont potentiellement capables de traiter tous les types d'urgences.

20. Les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) doivent traiter les cas les plus simples et orienter vers d'autres structures les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer.

21. 52 % des secteurs participent aux urgences de l'hôpital général.

Plus d'un secteur sur deux a également passé une convention écrite avec un établissement médico-social de type centre de soins spécialisés pour les toxicomanes (CSST), maison de retraite, maison d'accueil spécialisé, centre d'aide par le travail, foyers, et un sur cinq, avec un organisme de formation ou de réinsertion professionnelle ou sociale comme les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS), dispositifs RMI (services communautaires d'insertion professionnelle et sociale), missions locales, etc.

D'une manière générale, les secteurs rattachés à un centre hospitalier ou un centre hospitalier régional (CHR) ont conclu moins de conventions que les secteurs rattachés à des établissements spécialisés en psy-

chirurgie, sauf avec un organisme de formation ou de réinsertion. Plus des trois quarts des secteurs rattachés à des établissements privés spécialisés participant au service public (PSPH) ont passé des conventions avec des établissements sociaux ou médico-sociaux.

Par ailleurs, 129 secteurs (soit 16 %) ont déclaré intervenir en milieu pénitentiaire dans le cadre d'un protocole passé avec un établissement pénitentiaire (74 % d'entre eux en maison d'arrêt, 7 % en centre de détention, 5 % en centre de semi-liberté). Seuls 40 secteurs y réalisent des activités de groupe. 36 secteurs ont déclaré d'autres activités (entretiens, consultations psychologiques, psychothérapies, prévention du suicide, etc.). Certains secteurs ont inclus les interventions auprès des professionnels : coordination de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), réunions de coordination, formation aux surveillants pénitentiaires, etc. L'intervention en milieu pénitentiaire occupait en moyenne 0,5 ETP de médecins, 1,6 ETP d'infirmiers, 0,6 ETP de psychologues et 0,6 ETP d'autres professionnels. Le nombre moyen de patients suivis en 2003 par ces secteurs a atteint 96 (voir l'article p. 193).

Par ailleurs, la quasi-totalité des secteurs ont déclaré être en relation directe avec le médecin généraliste des patients ou avec leur psychiatre s'ils sont déjà suivis. Ces relations sont toutefois plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les médecins généralistes (voir l'article p. 107).

### ***Une faible représentation des usagers dans le fonctionnement du secteur***

En 2003, les associations d'usagers n'étaient représentées dans le fonctionnement du secteur que pour 16 % des secteurs, quelle que soit la catégorie d'établissement de rattachement.

Les familles d'usagers étaient à peine mieux représentées, puisqu'elles intervenaient dans le fonctionnement de 23 % des secteurs en 2003.

Seuls 330 secteurs ont mis en place un conseil de secteur, auquel les élus participent dans 40 % des cas (et dans seulement 12 % des cas dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile). Ces instances de concertation de proximité, qui contribuent à faire émerger, au niveau local, un diagnostic partagé entre besoins et état de l'offre sanitaire, sociale, médico-sociale, éducative et judiciaire, sont appelées à être développées<sup>22</sup>.

Moins d'un secteur sur cinq faisait partie d'un réseau de santé formalisé. Cette activité a mobilisé en moyenne 0,3 ETP médicaux et 0,5 ETP non médicaux en 2003. Le développement de ces réseaux, encouragé par le ministre de la Santé, implique la participation de tous les partenaires du champ de la santé mentale : secteur psychiatrique, médecins

22. Ministère de la Santé, « Plan Santé mentale 2005-2008 », 2005.

généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'Éducation nationale, de la justice, des institutions du champ sanitaire.

La place des usagers et familles d'usagers reste donc encore très limitée, malgré les derniers rapports ministériels insistant sur la nécessité de replacer l'utilisateur au centre du dispositif de soins en santé mentale.

Le plan Santé mentale 2005-2008 rappelle en effet qu'une approche globale de la santé mentale « implique de prendre en compte la parole et le rôle des usagers et de leurs familles, ainsi que des associations qui les représentent, en les considérant comme des acteurs de cette évolution » (Jaeger et Monceau, 2001)<sup>23</sup>.

23. Jaeger M., Monceau M., 2001, « La contribution des usagers à la politique de santé mentale », rapport n° 19/00, MiRe.

## La psychiatrie sectorisée

---

### LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

**Isabelle Leroux\***

Tout comme la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile fait l'objet d'une organisation spécifique, fondée sur la sectorisation du territoire. Ainsi, les enfants et adolescents sont pris en charge au sein de zones « géo-démographiques » déterminées.

En 2003, la France se divisait en 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, soit un secteur pour 46 000 habitants âgés de moins de 20 ans. La taille de la population couverte par les secteurs variait dans un rapport de 1 à 3 selon les régions : de moins de 40 000 habitants de moins de 20 ans en Corse, dans le Limousin et en Auvergne à plus de 50 000 en Alsace, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Île-de-France.

51 % des secteurs étaient rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie (ex-centre hospitalier spécialisé – CHS), 43 % à un établissement public de santé non spécialisé (centre hospitalier ou centre hospitalier régional – CHR), 6 % à un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH ou ex-HPP : hôpitaux privés psychiatriques faisant fonction de publics). Dans trois secteurs sur quatre, l'hôpital de rattachement est situé géographiquement dans le secteur.

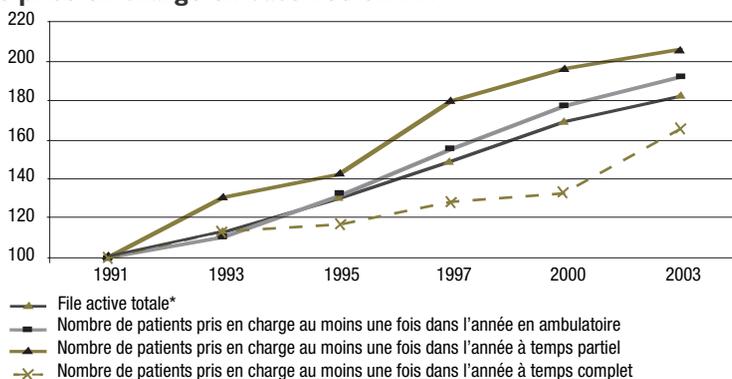
### **Augmentation de 7 % des patients pris en charge depuis 2000**

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont reçu en 2003 plus de 464 000 enfants et adolescents (1 445 en moyenne par secteur), soit 7 % de plus qu'en 2000 (graphique 1 et tableau 1). La croissance du taux de recours observée depuis 1991 s'est confirmée entre 2000 et 2003 : il est passé de 16 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 1991, à 21 pour 1 000 en 1995, 28 pour 1 000 en 2000 pour atteindre enfin 33 pour 1 000 en 2003. Ce taux a tendance à être supérieur dans la moitié sud de la France, en partie en raison d'une offre de soins hospitalière plus abondante et diversifiée (carte 1).

\* DREES.

GRAPHIQUE 1

### Évolution 1991-2003 de la file active et ses trois grandes modalités de prise en charge en base 100 en 1991



\* Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

Lecture • Toutes les files actives sont ramenées à 100 en 1991. Le nombre de patients ayant été pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel a plus que doublé entre 1991 et 2003.

Champ • France entière. Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

TABLEAU 1

### File active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile selon les modes de prise en charge entre 1991 et 2003

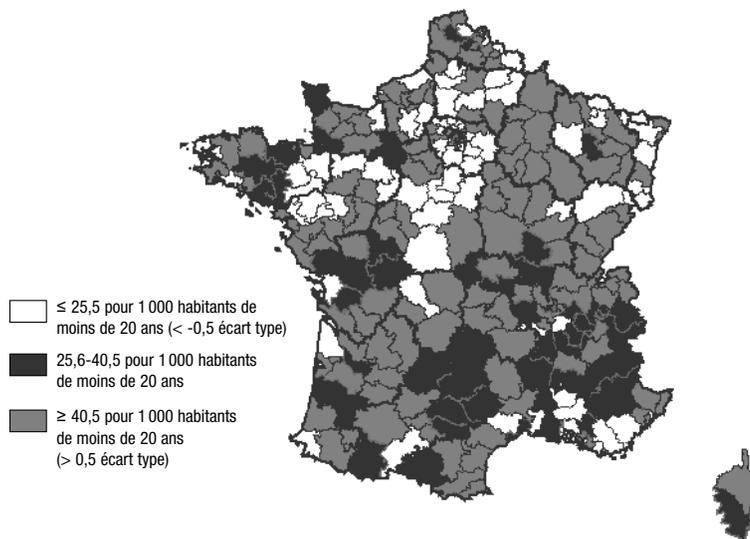
	1991	1993	1997	2000	2003
File active totale*	254 679	288 081	379 672	432 317	464 105
vus pour la première fois	123 372	142 810	184 899	213 447	228 621
vus une seule fois	36 021	41 669	65 164	84 664	97 961
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année en ambulatoire</b>	<b>235 382</b>	<b>261 105</b>	<b>364 577</b>	<b>418 032</b>	<b>451 085</b>
<i>dont au moins une fois</i>					
au CMP ou en unité de consultation à domicile	212 029	247 314	326 260	381 153	413 173
en institution substitutive au domicile	2 266	2 521	2 233	2 437	2 945
en unité d'hospitalisation somatique	9 181	11 778	18 143	25 938	28 871
en établissement médico-éducatif	2 928	4 094	4 967	5 632	5 439
en PMI	8 232	5 538	10 177	8 426	7 610
en milieu scolaire ou centre de formation	14 659	19 858	27 736	29 518	26 695
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel</b>	<b>20 945</b>	<b>27 398</b>	<b>37 732</b>	<b>41 099</b>	<b>43 105</b>
<i>dont au moins une fois</i>					
en hospitalisation de nuit	196	260	470	478	279
en hospitalisation de jour	12 337	13 650	16 431	17 704	18 376
au CATTP	6 717	8 992	16 322	21 821	24 160
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps complet</b>	<b>7 642</b>	<b>8 635</b>	<b>9 825</b>	<b>10 251</b>	<b>12 626</b>
<i>dont au moins une fois</i>					
en hospitalisation plein temps	5 587	6 225	6 593	6 608	8 999
en accueil familial thérapeutique	803	846	1 008	1 052	879
en hospitalisation à domicile	548	527	568	483	396

\* Voir note du graphique 1.

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

## CARTE 1

**Taux de recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003**

Champ • France métropolitaine.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

La file active<sup>1</sup> varie entre les secteurs dans un rapport de 1 à 8 (de 400 à 3 200 patients pris en charge dans l'année). Dans la moitié des secteurs, elle est comprise entre 1 020 et 1 800 patients. Elle varie légèrement selon la catégorie de l'établissement de rattachement du secteur : un secteur rattaché à un établissement privé PSPH a une file active plus importante (1 800 patients vus en moyenne dans l'année) qu'un secteur rattaché à un CHR, un CHS ou un centre hospitalier général (respectivement 1 440, 1 430 et 1 405 patients).

Parmi les 464 000 enfants pris en charge en 2003 dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, on dénombrait davantage de garçons (58 %) que de filles (42 %). Les groupes d'âge les plus représentés dans la file active étaient les 5-9 ans et les 10-14 ans (tableau 2), dans une proportion nettement supérieure à celle de la population générale. Signalons cependant qu'une partie des plus de 15 ans peut également être prise en charge en psychiatrie pour adultes et que les enfants présentant des troubles psychiques peuvent être pris en charge dans des structures médico-sociales, tout particulièrement les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-social précoce (CAMSP) qui proposent des prestations similaires à celles des centres de consultation de psychiatrie infanto-juvénile.

1. Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur.

TABLEAU 2

**Structure par âge de la file active**

	moins de 5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20 ans et +	Total renseigné
Nombre de patients	67 600	168 713	127 129	58 090	14 734	436 266
% de patients	15,5 %	38,7 %	29,1 %	13,3 %	3,4 %	100,0 %

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

La moitié des enfants suivis en 2003 sont allés consulter pour la première fois. Cette part est stable depuis 1991. 21 % des enfants et adolescents n'ont été vus qu'une seule fois dans l'année (17 % en 1997).

451 000 enfants, soit 97 % de la file active, ont été suivis en ambulatoire, 43 000 ont bénéficié d'un accueil à temps partiel (9 % de la file active) et 13 000, soit moins de 3 % de l'ensemble, ont été suivis à temps complet<sup>2</sup> (tableau 3).

TABLEAU 3

**Modalités de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003**

	Nombre moyen par secteur répondant		Total national	
	patients	jours, séances ou actes	patients	jours, séances ou actes
<b>Ambulatoire. Soins ou interventions</b>				
au CMP ou en unité de consultation à domicile	1 292	11 407	413 173	3 644 610
en institution substitutive au domicile	26	160	8 367	51 209
en institution substitutive au domicile en unité d'hospitalisation somatique	9	38	2 945	8 092
en établissement médico-éducatif	90	214	28 871	68 223
en établissement médico-éducatif	17	74	5 439	23 488
en PMI	24	70	7 610	22 489
en milieu scolaire ou centre de formation	84	286	26 695	91 224
autre ambulatoire	149	739	47 530	236 150
<b>Temps partiel. Accueil en :</b>				
hospitalisation de nuit	1	20	279	6 780
hospitalisation de jour	57	4 576	18 376	1 463 526
CATTP	76	1 641	24 160	524 424
autre temps partiel	18	315	5 747	100 710
<b>Temps complet. Accueil en :</b>				
hospitalisation à temps plein	28	1 011	8 999	323 367
accueil familial thérapeutique	3	580	879	184 629
hospitalisation à domicile	1	231	396	73 435
autre temps complet	8	51	2 598	16 160

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

2. Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

### ***Les prises en charge en ambulatoire***

90 % des enfants suivis en ambulatoire n'ont reçu que des soins ambulatoires dans l'année, les autres ayant reçu également des soins à temps partiel ou à temps complet.

Sur 451 000 enfants suivis en ambulatoire, 413 000, soit plus de 9 sur 10 sont allés consulter dans un CMP ou dans un centre de consultation du secteur (tableaux 1 et 3). Le nombre moyen de consultations par enfant dans l'année tend à diminuer fortement depuis 1991 (12 en 1991, 10 en 1997, 9 en 2000 et 2003), alors que le nombre de patients ainsi pris en charge continue à augmenter (+8 % entre 2000 et 2003). Si cette tendance révèle pour certains un choix thérapeutique, il s'agit plus vraisemblablement d'une façon d'absorber l'augmentation d'activité.

Parmi les autres modalités de prise en charge en ambulatoire, seules les interventions dans les unités somatiques des centres hospitaliers (maternité, pédiatrie, urgences) et en institution substitutive au domicile ont enregistré une hausse sensible du nombre de patients en 2003. Ainsi, 11 % d'enfants supplémentaires (29 000 patients au total en 2003) ont été traités en unité d'hospitalisation somatique et ont reçu la visite d'un membre de l'équipe du secteur (2 interventions en moyenne par enfant). Les soins en milieu scolaire et en institut médico-éducatif, qui avaient beaucoup progressé entre 1991 et 2000, ont diminué en 2003.

### ***Les patients suivis à temps partiel : un doublement de la file active en dix ans***

43 000 enfants et adolescents ont été suivis à temps partiel en 2003, soit environ deux fois plus qu'en 1991 et 5 % de plus qu'en 2000 (tableau 1). Cependant, la proportion de patients pris en charge exclusivement à temps partiel n'a pas augmenté, puisqu'elle est passée de 22 % en 2000 à 21 % en 2004.

Parmi ces 43 000 enfants et adolescents suivis à temps partiel, 18 000 ont été accueillis en hôpital de jour (4 % de la file active), pour 78 jours en moyenne dans l'année, et 24 000 en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) (5 % de la file active), pour 26 séances en moyenne dans l'année. En 2003 comme en 2000, le CATTP reçoit ainsi davantage d'enfants que l'hôpital de jour. Cette prédominance résulte d'une forte augmentation du nombre de patients suivis en CATTP depuis 1997, alors que la croissance du nombre de patients accueillis en hôpital de jour s'est ralentie.

### ***Les prises en charge à temps complet : une hausse du nombre de patients hospitalisés à temps plein***

Les prises en charge à temps complet concernent les patients suivis de jour et de nuit sur des périodes qui peuvent être très courtes ou très lon-

gues. L'hospitalisation à temps plein est l'une des modalités de prise en charge à temps complet proposée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, à côté de l'accueil familial thérapeutique et de l'hospitalisation à domicile.

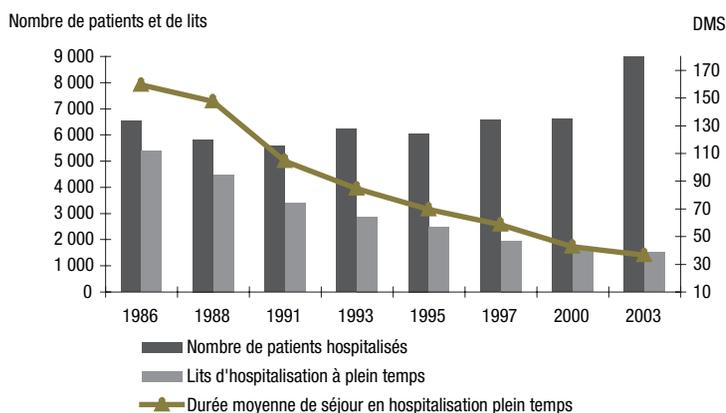
En 2003, 31 % des secteurs (soit 99) n'ont pris en charge aucun enfant ou adolescent à temps complet. Cette proportion a atteint 63 % pour l'hospitalisation à temps plein, 69 % pour l'accueil familial thérapeutique et 94 % pour l'hospitalisation à domicile.

Parmi les 13 000 enfants et adolescents suivis à temps complet, 22 % l'ont été exclusivement à temps complet dans l'année dans le même secteur. On constate ici, comme pour le temps partiel, que les prises en charge exclusives sont de moins en moins fréquentes, puisque cette proportion était de 36 % en 1991. Les autres patients ont également eu recours à des soins ambulatoires ou à temps partiel.

L'accueil en hospitalisation à temps plein a enregistré une forte augmentation entre 2000 et 2003 (graphique 2). À cette date, il concernait 9 000 enfants (contre 6 600 en 2000), soit 71 % des enfants suivis à temps complet. La durée moyenne de séjour d'hospitalisation par enfant a quant à elle continué à diminuer sensiblement, pour atteindre 36 jours en 2003. Cette tendance peut en partie s'expliquer par la forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation, qui a été divisé par plus de trois entre 1986 et 2003, alors que le nombre de patients hospitalisés en 2003 a dépassé celui de 1986.

GRAPHIQUE 2

### Évolution 1986-2003 de l'hospitalisation à temps plein dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

Les autres formes de prise en charge à temps complet sont de moins en moins nombreuses et concernent de moins en moins d'enfants et adolescents : 879 enfants ont bénéficié d'un accueil familial thérapeutique et 396 d'une hospitalisation à domicile, pour six mois en moyenne.

## Les structures de soins des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile<sup>3</sup>

### *Les structures d'accueil ambulatoire : le CMP à la base du secteur*

Le CMP arrive en tête des structures utilisées. En 2003, tous les secteurs en disposaient : 99% en ont un ouvert 5 jours par semaine et plus et 87% en comptaient au moins deux (tableau 4). Le nombre et la proportion de secteurs n'ayant qu'un ou deux CMP tend à diminuer depuis 1997. Les deux tiers des CMP étaient ouverts plus de 5 jours par semaine et ceux qui ouvraient moins de 5 jours par semaine, étaient ouverts 2 jours par semaine en moyenne.

L'évolution de l'équipement des secteurs en matière de CMP semble refléter une recherche de meilleure accessibilité pour les patients : en 2003, la quasi-totalité des secteurs disposait d'au moins un CMP ouvert plus de 5 jours par semaine, tandis que la part des secteurs dont le CMP était ouvert moins de 5 jours par semaine s'est stabilisée à 62%. Cette couverture plus large de l'ensemble des secteurs s'est accompagnée d'un nombre croissant de CMP ouverts 5 jours et plus par semaine (de 712 en 1988 à 940 en 1997 et à 1 026 en 2000).

TABLEAU 4

### **Pourcentage de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposant des différentes structures de soins - Évolution 1991-2003**

	1991	1993	1997	2000	2003
CMP (5 jours et +)	95	93	97	98	99
CMP (-de 5 jours)	67	69	63	62	62
CATTP	36	43	57	67	74
Hôpital de jour	81	85	87	91	91
Hôpital de nuit	17	15	14	14	12
Centre d'accueil permanent	13	8	7	6	1
Centre de crise	5	4	3	4	4
Lits d'hospitalisation à temps plein	52	51	43	38	37
Unité d'hospitalisation à domicile	5	5	5	5	5
Appartement thérapeutique	3	3	2	3	2
Accueil familial thérapeutique	27	31	38	35	30

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

3. Les structures et prises en charge proposées par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont décrites dans l'encadré p. 24.

***Les structures d'accueil à temps partiel :  
essentiellement l'hôpital de jour et le CATTP***

La deuxième structure la plus utilisée par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile est l'hôpital de jour. 91 % des secteurs en disposaient (81 % en 1991). Chaque secteur propose en moyenne 26 places en hôpital de jour (soit des structures d'environ 13 places). Les hôpitaux de jour *intra-muros* proposent en moyenne plus de places que ceux situés en dehors de l'établissement de rattachement (19 contre 12 places). 44 % des secteurs disposaient d'un hôpital de jour ouvert toute l'année (y compris les mois d'été). 34 % des secteurs ont été amenés à envoyer des patients vers d'autres secteurs à cause d'un manque de places ou de délais d'attente trop longs.

Par ailleurs, 74 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposaient d'au moins un CATTP. 91 % des CATTP étaient situés à l'extérieur de l'établissement de rattachement. Au total, et si l'on tient compte de la combinaison entre CATTP et hôpital de jour, 63 % des secteurs utilisaient ces deux formules d'accueil à temps partiel, 33 % utilisaient l'une ou l'autre et seuls 4 % des secteurs n'avaient ni CATTP ni hôpital de jour (en diminution par rapport à 1997). Les CATTP se sont beaucoup développés depuis 1991, et la proportion de secteurs en disposant a quasiment doublé en 9 ans, passant de 36 % en 1991 à 67 % en 2000 et 74 % en 2003. Le nombre de CATTP est passé de 144 en 1986 à 335 en 1993, pour atteindre 597 en 2000 et 634 en 2003. Dans le même temps, le nombre d'hôpitaux de jour a connu une croissance plus importante entre 1986 et 1993, mais celle-ci s'est ensuite ralentie avec le développement des CATTP, pour diminuer entre 2000 et 2003. De 284 structures en 1986, on est passé à 527 en 1993, 638 en 2000 et à 614 en 2003.

Les autres structures de prise en charge à temps partiel sont nettement moins répandues dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : seuls 40 secteurs avaient un hôpital de nuit en 2003. Les structures de réponse à l'urgence, telles que les centres d'accueil permanent (CAP) et centres de crise sont très rares dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

***Les structures d'accueil à temps complet :  
des difficultés de prise en charge au sein des secteurs***

En psychiatrie infanto-juvénile, le nombre de secteurs disposant de lits d'hospitalisation temps plein s'est stabilisé en 2003, date à laquelle ils n'étaient plus que 118. En moyenne, un secteur comptait 13 lits et 94 % en proposaient moins de 20. Le tableau 5 montre que le nombre de secteurs disposant de lits d'hospitalisation à plein temps n'a cessé de diminuer.

Cette évolution globale varie selon la catégorie d'établissements de rattachement du secteur : historiquement, ils n'avaient ni le même nom-

bre de lits à disposition ni les mêmes moyens. 63 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ne proposaient pas de lits d'hospitalisation en 2003. Mais parmi ceux qui en disposaient, seuls 16 % pouvaient « toujours » hospitaliser immédiatement un patient nécessitant une hospitalisation à temps plein, 34 % le pouvaient « souvent », 29 % « parfois » et 21 %, « jamais ».

TABLEAU 5

### Capacité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

	1986	1991	1993	1997	2000	2003
Lits d'hospitalisation à plein temps	5380	3406	2874	1963	1604	1512
% de secteurs disposant de lits d'hospitalisation à plein temps	58 %	52 %	51 %	43 %	38 %	37 %
Nombre moyen de lits par secteur	29	20	18	14	13	13

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

40 % des secteurs utilisaient des lits dans le cadre d'un dispositif d'hospitalisation intersectoriel autonome<sup>4</sup> (contre 26 % en 2000). Cette utilisation a fait l'objet d'une convention de fonctionnement dans 46 % des cas. Lorsqu'ils manquent de lits ou places ou que les délais d'attente sont trop longs, les secteurs font prendre en charge des patients de leur secteur par d'autres secteurs psychiatriques ou établissements privés : 75 % des secteurs ont ainsi procédé pour l'hospitalisation complète, dont 35 % l'ont fait « souvent » ou « toujours ». Cette pratique est moins fréquente en hospitalisation de jour : 34 % des secteurs l'ont tout de même fait, dont 9 % « souvent » ou « toujours ».

Enfin, 30 % des secteurs disposaient de places d'accueil familial thérapeutique et 46 % des secteurs ne proposaient ni lits d'hospitalisation complète, ni places d'accueil familial thérapeutique. Parmi eux, seuls 32 secteurs ont utilisé des lits dans un dispositif d'hospitalisation intersectoriel autonome, mais 86 secteurs ne disposaient d'aucun lit pour hospitaliser les enfants.

### Organisation des soins et pratiques professionnelles : l'accueil

En 2003, presque trois quarts des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont mis en place une permanence téléphonique 24 heures sur 24 (en dehors du standard téléphonique de l'établissement de rattachement). Celle-ci était assurée pour 64 % des secteurs par un répondeur téléphonique et pour 12 % par un transfert d'appel vers un soignant du secteur.

4. Ces unités assurent des missions sectorielles pour le compte de plusieurs secteurs et correspondent à une fédération, un département ou un service.

### *L'accueil hors urgence : des délais d'attente d'au moins un mois dans un tiers des secteurs*

Lorsqu'un patient vient pour la première fois, il est reçu exclusivement par un médecin dans 21 % des secteurs. Dans les autres secteurs, il est reçu par un médecin ou par un autre professionnel. Ce dernier est souvent un psychologue (95 %) et, dans une moindre mesure, un infirmier (46 %) ou un assistant de service social (42 %).

En 2003, 85 % des secteurs ont établi une liste d'attente pour un premier rendez-vous en ambulatoire (hors urgence et hors prise en charge pour une psychothérapie au cours de l'année). Les trois quarts d'entre eux l'ont mise en place dans tous leurs lieux d'accueil. Pour une consultation avec un médecin, le délai minimum d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence était supérieur à un mois dans 58 % des secteurs (supérieur à 3 mois dans 17 % de secteurs) (tableau 6). Pour un entretien avec un autre professionnel, les délais sont un peu plus réduits mais ils restent supérieurs à un mois dans 32 % des secteurs. Mais dans 31 % des secteurs, un premier rendez-vous peut être obtenu en moins de 15 jours, ce qui n'est possible que dans 13 % des secteurs pour consulter un médecin. Le délai minimal d'attente est cependant plus difficile à évaluer dans ce cas, les non-réponses étant fréquentes et les délais très variables selon les professionnels.

TABLEAU 6

#### **Délai minimal d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence en 2000 et 2003 (en %)**

	Moins de 7 jours	De 7 à 14 jours	De 15 à 29 jours	De 30 jours à moins de 3 mois	3 mois et plus	NR	Total
<b>Consultation avec un médecin</b>							
délai en 2000	5,9	8,4	28,1	39,1	15,9	2,5	100,0
délai en 2003	4,9	8,0	24,0	41,1	16,6	5,4	100,0
<b>Entretien avec un autre professionnel</b>							
délai en 2000	11,6	19,1	22,2	25,0	10,3	11,9	100,0
délai en 2003	13,2	17,5	22,4	22,6	9,5	14,6	100,0

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

### *L'accueil en urgence : des réponses variables selon les secteurs*

78 % des secteurs ont élaboré en leur sein un dispositif de réponse à l'urgence. Dans 88 % des secteurs, c'est un membre de l'équipe du secteur qui intervient. Dans un tiers des secteurs, c'est un membre d'une équipe rattachée à un pôle intersectoriel d'urgence. Les différents types d'intervention sont, par ordre de fréquence : les rendez-vous en urgence au CMP, les hospitalisations, l'orientation vers les urgences de l'hôpital général, les visites à domicile ou sur le lieu de détresse, l'orientation vers un médecin de ville ; les places en centres de crise étant en nombre limité, seuls 25 % des secteurs y ont eu recours.

## **Modalités générales d'organisation des soins**

### ***La prise en charge des personnes dans le secteur : des personnels référents dans la plupart des secteurs***

Dans 90 % des secteurs, un infirmier peut être désigné comme référent pour chaque patient suivi en hospitalisation à temps plein ou pris en charge à temps partiel (c'est toujours le cas dans 56 % des secteurs). Dans 80 % des secteurs, un éducateur peut également être désigné comme référent (seuls 26 % des secteurs l'ont toujours fait en 2003).

Le médecin référent assure également (« toujours » ou « souvent ») le suivi ambulatoire du patient dans plus de 60 % des secteurs. C'est moins fréquent lorsque le référent est un infirmier et c'est « toujours » ou « souvent » le cas dans seulement 30 % des secteurs.

### ***Prises en charge particulières : les protocoles écrits sont encore minoritaires***

Alors que 97 % des secteurs sont sollicités pour intervenir lors de situations de maltraitance, ce qui arrive « souvent » pour 64 % d'entre eux, seuls 28 % des secteurs ont élaboré un protocole ou des règles de conduite internes pour répondre à la prise en charge des jeunes en cas de comportements violents.

Ce type de protocole ou de règles écrites existe au service de l'hôpital général qui reçoit les urgences du secteur en cas de fugue d'un jeune (dans 44 % des secteurs) et pour la prise en charge des adolescents suicidaires (32 % des secteurs).

En 2003, 36 % des secteurs disposaient d'une unité spécialisée dans l'accueil mère-enfant, qui fonctionne principalement sous forme d'accueil en consultation, mais également en accueil en CATTP et, dans une moindre mesure, en hôpital de jour et en hospitalisation à temps plein.

Près de 60 % des secteurs avaient une unité spécialisée dans l'accueil des adolescents, laquelle propose le plus souvent des consultations mais fonctionne parfois également en accueil en CATTP, hôpital de jour ou en hospitalisation à temps plein.

### ***La psychiatrie de liaison : présente dans huit secteurs sur dix***

La psychiatrie de liaison est destinée à apporter des réponses (évaluation, traitement, orientation) aux troubles psychiatriques émergeant à l'occasion d'une hospitalisation somatique d'un patient, ainsi qu'à son entourage ou aux soignants. Elle marque ainsi le rapprochement entre la prise en charge somatique et la psychiatrie.

81 % des secteurs ont déclaré avoir une activité de psychiatrie de liaison dans un ou plusieurs services en centre hospitalier ou hôpital

local. Pour la plupart des secteurs (85 %), cette activité se fait au titre de leur secteur seul, seuls 12 % le faisant dans le cadre d'une unité intersectorielle non gérée par leur secteur. Cette activité de liaison intervient le plus souvent en pédiatrie (86 % des secteurs) et en maternité (70 %).

### ***Les réponses organisées dans le cadre d'unités intersectorielles non autonomes***

Il s'agit d'unités placées sous la responsabilité d'un praticien du secteur qui assurent des prestations pour le compte d'autres secteurs, avec les moyens propres du secteur et, le cas échéant, des moyens provenant des autres secteurs concernés (hors unités fonctionnelles intersectorielles entrant dans le cadre d'une fédération ou d'un département).

28 % des secteurs ont participé à la gestion d'une ou plusieurs unités intersectorielles non autonomes. Ces unités ont souvent pour activité l'hospitalisation à temps plein, des consultations, mais offrent aussi de l'accueil à temps partiel (hôpital de jour). Trois unités sur quatre font l'objet de conventions avec d'autres secteurs et dans deux tiers des cas, le suivi est assuré par le secteur d'origine du patient.

## **Réseau et interventions des secteurs dans la communauté**

### ***Les conventions: des partenaires multiples, une fréquence variable selon la catégorie d'établissement de rattachement***

En 2003, 56 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont passé une convention écrite avec un établissement de santé (tableau 7).

Ces conventions ont surtout concerné des secteurs rattachés à des établissements spécialisés en psychiatrie (65 % des CHS et 80 % des établissements privés PSPH). Mais les conventions s'appliquent aussi fréquemment à d'autres partenaires, en particulier les établissements de l'éducation: ainsi, 50 % des secteurs ont passé une convention écrite avec un établissement de l'Éducation nationale, 37 % avec un établissement médico-éducatif; 15 % en ont conclu une avec un CMPP, 13 % avec la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et 26 % avec les services du conseil général.

D'une manière générale, les secteurs rattachés à un centre hospitalier ont signé moins de conventions avec des partenaires autres que les établissements de santé, alors que les CHR et les établissements privés PSPH en ont davantage formalisé. Les conventions avec les établissements médico-éducatifs sont particulièrement fréquentes dans les secteurs rattachés à un établissement privé PSPH.

TABLEAU 7

**Conventions passées selon la catégorie d'établissement (en %)**

Convention écrite avec :	CHS	HPP	CHR	CH	Ensemble
un établissement de santé	64,9	79,5	45,8	42,3	56,4
un CMPP	15,7	18,0	25,0	13,5	15,3
un établissement de l'éducation nationale	52,0	79,5	37,5	45,0	50,2
un établissement médico-éducatif	35,4	76,9	29,2	33,3	36,8
les services du conseil général	30,4	25,6	29,2	19,8	26,3
la PJJ	17,2	10,3	12,5	7,2	12,9

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

### ***Des relations avec les intervenants extérieurs plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les autres médecins traitants***

La quasi-totalité des secteurs sont en relation directe avec le médecin traitant des patients (généraliste ou pédiatre) ou avec le psychiatre, si les patients sont suivis par un autre psychiatre. Mais ces relations sont plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les médecins généralistes ou pédiatres. Ainsi, 56 % des secteurs ont déclaré avoir « toujours » ou « souvent » une relation directe avec le médecin traitant, proportion qui atteint 72 % avec les psychiatres.

Dans 65 % des secteurs, l'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social des patients ont été assurés par un membre du secteur seul, qui est pour 92 % des secteurs un assistant de service social ou un infirmier (49 %). Dans 14 % des secteurs, cette aide est assurée directement par les services sociaux (municipaux ou départementaux) et dans 25 % des secteurs, ces aides sont assurées systématiquement et conjointement par un membre de l'équipe du secteur et un travailleur social extérieur.

Les interventions des secteurs dans la communauté semblent avoir été moins fréquentes qu'en 2000. 38 % des secteurs ont déclaré être intervenus auprès des psychiatres, 38 % auprès des médecins généralistes, 33 % auprès des élus locaux ou 35 % auprès des associations de familles. En revanche, plus de 60 % des secteurs sont intervenus dans les écoles, les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES), les services sociaux, les crèches et les services de protection maternelle infantile (PMI).



## L'offre non sectorisée en psychiatrie

---

Magali Coldefy\*

L'offre hospitalière en psychiatrie, principalement organisée en secteurs, est complétée par une offre non sectorisée : à côté de la psychiatrie sectorisée (psychiatrie de service public) qui représente 40 % des établissements et 80 % des capacités d'hospitalisation, l'offre de soins se compose également d'hôpitaux publics non spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales et d'établissements privés pour la plupart spécialisés.

En 2004, l'offre de psychiatrie non sectorisée comprenait 66 établissements<sup>1</sup> publics (centres hospitaliers régionaux et centres hospitaliers) et 303 établissements de soins privés (cliniques, foyers de post-cure, hôpitaux de jour), dont 133 sous dotation globale et 170 hors dotation globale. Les données présentées sont issues de la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2004, enquête annuelle auprès des établissements de santé, alors que les données sur la psychiatrie sectorisée sont issues des rapports de l'activité de secteurs collectés tous les trois ou quatre ans (dernière année disponible : 2003). La SAE n'étant pas une enquête spécifique au champ psychiatrique, les données recueillies sur le sujet sont nettement moins nombreuses et détaillées que pour la psychiatrie sectorisée. La refonte de l'enquête en 2006 devrait permettre à l'avenir de mieux connaître ce pan de l'activité psychiatrique.

### Capacités d'hospitalisation de l'offre non sectorisée

En 2004, l'offre publique non sectorisée proposait 1 200 lits d'hospitalisation temps plein et moins de 700 places d'hospitalisation partielle en psychiatrie. Les capacités en lits et places de ces établissements ont diminué de 21 % entre 2001 et 2004.

Les établissements privés sous dotation globale non sectorisés enregistraient quant à eux 1 900 lits et 2 200 places, soit 69 % des places d'hospitalisation de jour et de nuit de l'offre non sectorisée. Comme pour les établissements publics, le nombre de lits a diminué depuis

\* DREES.

1. Entités juridiques.

2001, bien que plus modérément (-14 %), alors que le nombre de places est resté stable sur la période.

Avec plus de 11 000 lits d'hospitalisation temps plein, les autres établissements privés constituent les principaux fournisseurs de soins psychiatriques non sectorisés. L'hospitalisation à temps partiel est peu développée dans ces établissements (312 lits en 2004), du fait de l'absence jusqu'en 2005<sup>2</sup> de dispositif tarifaire adapté.

## Des pratiques d'hospitalisation différentes selon les types d'établissements

Ces trois types d'établissements ont des pratiques très différentes en matière d'hospitalisation en psychiatrie.

Dans les établissements publics non spécialisés en psychiatrie, la rotation des patients est plus importante et la durée moyenne d'hospitalisation (DMH), inférieure à celle observée généralement dans l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie, est de plus en plus courte (18 jours en 2004, contre 25 en 2001). Les entrées en hospitalisation y sont deux fois plus nombreuses que dans les établissements privés sous dotation globale, alors même que les établissements publics disposent de moins de lits. Ces derniers orientent peut-être davantage leurs patients vers les établissements sectorisés dont ils dépendent, certains jouant davantage un rôle d'accueil des urgences, de gestion des situations de crise et d'orientation vers le secteur adéquat pour une prise en charge plus pérenne.

À l'opposé, dans les établissements privés sous dotation globale, les durées moyennes d'hospitalisation sont toujours très longues, même si elles ont diminué (64 jours en 2004 contre 77 en 2001). Ces établissements ont aussi fortement développé l'hospitalisation à temps partiel, de jour et de nuit (540 000 venues en 2004, contre 493 000 en 2001).

Les autres établissements privés se distinguent quant à eux par une durée moyenne de séjour stable entre 2001 et 2004 (34 jours) et un taux d'occupation des lits très élevé, malgré la légère augmentation du nombre de lits au cours de la période. Le secteur privé est d'ailleurs le seul à ne pas avoir diminué ses capacités entre 2001 et 2004.

## Une prise en charge des enfants et adolescents inégalement développée selon les types d'établissements

La prise en charge des enfants et adolescents a été investie différemment par les trois secteurs. Elle est quasiment inexistante pour les éta-

2. Arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés au « d » et « e » de l'article L. 612-22-6 du code de la Sécurité sociale.

blissements privés hors dotation globale: en 2004, seuls 43 lits d'hospitalisation à temps plein et 90 places d'hospitalisation à temps partiel y étaient consacrés. Dans les établissements publics ou privés sous dotation globale, la moitié des places et des venues à temps partiel étaient destinées aux enfants et adolescents. Des lits d'hospitalisation à temps plein leur sont également dédiés (15 % pour les établissements publics et 18 % pour les établissements privés).

Les tendances observées diffèrent également pour la psychiatrie générale et infanto-juvénile. Concernant la psychiatrie générale, les établissements publics et privés sous dotation globale ont connu une nette diminution du nombre de lits et de l'activité associée (-25 % de lits entre 2001 et 2004 et autant de journées non réalisées dans la période). En revanche, en psychiatrie infanto-juvénile, le nombre de lits et de journées d'hospitalisation à temps plein s'est stabilisé voire a augmenté, notamment dans les établissements privés sous dotation globale. Enfin, si la prise en charge des enfants et adolescents demeure très réduite dans les autres établissements privés, elle s'y est également fortement développée.

## **Une implantation différenciée de l'offre non sectorisée**

L'offre psychiatrique non sectorisée n'est pas répartie de manière homogène sur l'ensemble du territoire. Ainsi, en 2004, cette offre était inexistante dans 28 départements, alors qu'elle représentait plus d'un quart des capacités dans 19 autres (carte 1).

Par ailleurs, 43 % de l'offre publique non sectorisée était concentrée sur Paris car elle est le fait de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, le reste étant souvent situé dans des centres hospitaliers régionaux (CHR) ou dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), et donc dans des départements urbains (Gironde, Haute-Garonne, etc.). On retrouve davantage cette offre publique non sectorisée dans des départements où les capacités offertes par la psychiatrie de secteur sont réduites.

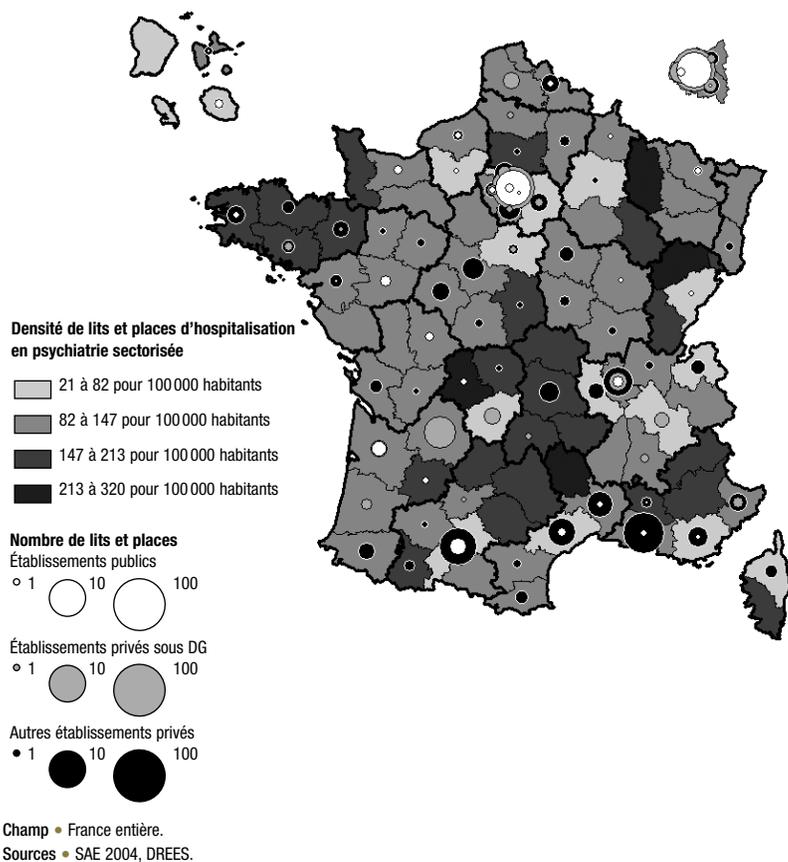
L'offre non sectorisée des établissements privés sous dotation globale est davantage implantée, à l'exception de Paris, dans des départements à dominante rurale. Comme l'offre publique, elle est plus fréquente dans des départements où les capacités d'hospitalisation offertes par la psychiatrie de secteur sont limitées.

Les autres établissements privés se sont également implantés dans des zones où la sectorisation psychiatrique offrait des capacités d'hospitalisation modérées, mais aussi dans les départements bretons et le Puy-de-Dôme, où l'offre sectorisée est bien développée. Ces établissements se concentrent davantage sur le littoral méditerranéen et dans des départements plutôt urbains.

Cette recherche apparente de complémentarité entre offre sectorisée et non sectorisée permet de réduire partiellement les disparités d'équipements entre départements, puisque la densité totale d'équipement en psychiatrie varie dans un rapport de 1 à 6 entre les départements contre 1 à 15 pour la psychiatrie sectorisée.

CARTE 1

### L'offre hospitalière en psychiatrie non sectorisée



## Partie II

---

### **LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE**



**A**VEC 10,6% du montant des dépenses de santé (hors prévention) en 2005, soit 11,4 milliards d'euros, les troubles mentaux constituent en France la deuxième catégorie diagnostique derrière les maladies de l'appareil circulatoire<sup>1</sup>. Alors que cette demande de soins et de suivi, déjà importante, s'accroît, le constat démographique indique un vieillissement constant de la profession, une répartition géographique très inégale et, d'ores et déjà, certaines difficultés à pourvoir des postes vacants au sein des hôpitaux. Les projections démographiques font craindre une forte diminution de la densité de psychiatres et donc de possibles difficultés d'accès aux soins dans les prochaines années.

Les trois premiers articles qui suivent dressent un état des lieux des différentes connaissances sur la démographie des psychiatres en France. Le premier résume les principales caractéristiques sociodémographiques et de mode d'exercice de la profession. Le deuxième étudie à un niveau géographique fin l'implantation des psychiatres sur le territoire français et cherche à analyser l'ampleur et la nature des disparités régionales ou infra-régionales en matière d'offre de soins. Le troisième article examine enfin le mode de rémunération et les revenus des psychiatres libéraux. L'analyse de la démographie et de l'implantation géographique des personnels médicaux a été réalisée à partir du répertoire Adeli de la DREES, tandis que l'évolution du pouvoir d'achat a été obtenue par l'emploi conjoint du Système national inter-régimes (SNIR) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et des statistiques fiscales de la Direction générale des impôts (DGI)

Le dernier article s'intéresse quant à lui au personnel des équipes de secteur de psychiatrie, équipes marquées par la diversité des professions indispensable à la continuité des soins souhaitée par la politique de sectorisation. Le texte donne ainsi quelques éléments sur le profil de ces équipes, leur évolution et leur organisation dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale.

1. Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C., 2006, « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Questions d'économie de la santé*, n° 111, juillet, IRDES.



## Les psychiatres

LA DÉMOGRAPHIE DES PSYCHIATRES : ÉTAT DES LIEUX

Marc Collet\*

Daniel Sicart\*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, on comptait environ 13 600 psychiatres (et neuro-psychiatres) en France métropolitaine (encadré 1). Cette spécialité médicale<sup>1</sup> est celle qui enregistre le plus de professionnels, loin devant les anesthésistes (10 300), les radiologues (7 650) et les pédiatres (6 650). Les psychiatres représentaient ainsi 6,6 % des médecins actifs en France (omnipraticiens et spécialistes confondus) et 13 % des spécialistes.

Leurs effectifs sont restés plutôt stables par rapport à 2004 (+0,03 %) mais ont crû de 18 % par rapport à 1990. Plus précisément, après une progression continue du nombre de psychiatres entre 1985 et 1990 (+5 % par an), le rythme de croissance a ralenti, se situant à hauteur de +2 % à +3 % jusqu'en 1994, pour osciller autour de +1 % par an depuis. L'ensemble des spécialistes a connu un cycle d'évolution très similaire (graphique 1), mais l'inflexion de la croissance à compter de 1993 a été moins marquée (+1,5 % par an).

De manière plus générale, la hausse du nombre de psychiatres depuis 1990 (+1,4 % par an) a été moins soutenue que celle de l'ensemble des professionnels de santé<sup>2</sup> (+2 % par an), et surtout, que celle de l'ensemble des cadres et professions supérieures (+2,7 % par an en moyenne)<sup>3</sup>. Elle a toutefois été plus rapide que celle des actifs occupés (+0,7 %) ou encore que celle de la population française (+0,4 % en métropole).

Entre 1990 et 2005, la densité de psychiatres est passée de 20,3 à 22,4 pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 10 %, nettement supérieure à celle observée pour les omnipraticiens (+4 %) mais bien plus modérée que pour l'ensemble des spécialistes (+21 %). Il s'agit de la densité la plus élevée d'Europe, la plupart des pays européens comptant entre 10 et 20 psychiatres pour 100 000 habitants (European Commission, 2004). Ces éléments de comparaison doivent toutefois être interprétés avec précaution, la définition et les contours de la profession pouvant varier selon les pays.

\* DREES.

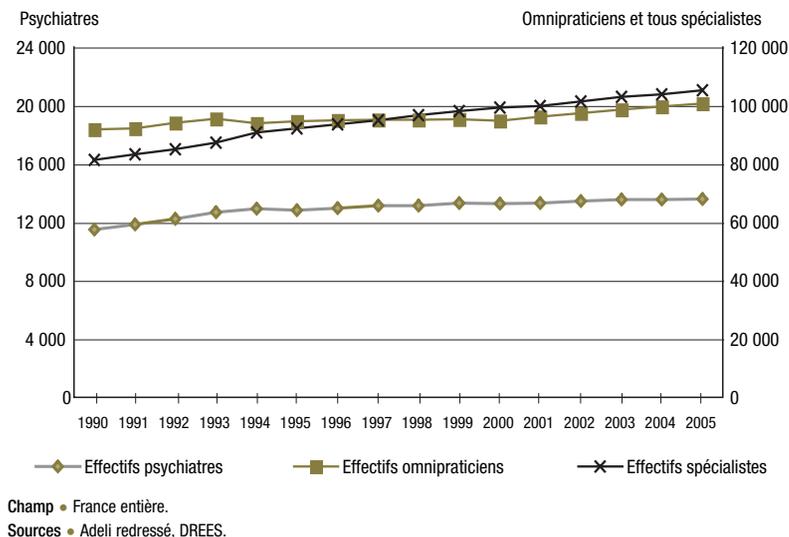
1. Il faut souligner que la psychiatrie est à la fois une spécialité et une discipline (qui regroupe plusieurs spécialités).

2. On comptabilise ici tant les professions de santé réglementées par le Code de la santé publique (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes et professions paramédicales) que les aides-soignants, les agents de services hospitaliers et d'autres professionnels, en effectifs plus réduits (psychologues, ambulanciers) contribuant à produire des services de santé.

3. Ces évolutions sont calculées à partir de l'enquête emploi de l'INSEE. Pour plus de précisions, voir Billaut *et al.*, 2006.

GRAPHIQUE 1

### Évolution des effectifs de psychiatres entre 1990 et 2005 et comparaison par rapport aux omnipraticiens et à l'ensemble des spécialistes



### Les flux d'entrée en formation de psychiatrie restent insuffisants

Depuis les années 1970, les évolutions des effectifs de médecins et de psychiatres s'expliquent, pour partie, par les politiques des pouvoirs publics en matière de fixation du *numerus clausus*, du nombre et de la ventilation par spécialité des postes ouverts à l'internat (encadré 2).

Le maintien des *numerus clausus* à des niveaux très bas jusque dans les années 1990 (graphique 2) a entraîné de fortes baisses des entrées en formation de médecine. La psychiatrie a été particulièrement touchée depuis la mise en place de l'internat : le nombre de postes ouverts est ainsi passé de 300 places à la fin des années 1980 à 175 dans la seconde partie des années 1990, soit respectivement 14 % et moins de 10 % des postes ouverts à l'internat.

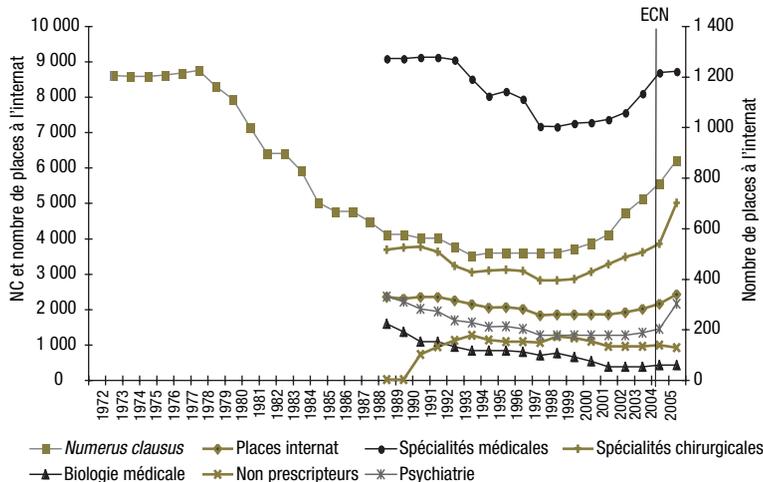
Toutefois, la forte augmentation du nombre d'internes depuis 2002 a sensiblement bénéficié à la psychiatrie (ainsi qu'aux spécialités chirurgicales et, dans une moindre mesure, aux spécialités médicales) : le nombre de postes a ainsi rapidement atteint 300 places en 2005.

## ENCADRÉ 1

**Sources utilisées : le répertoire Adeli de la DREES**

Le répertoire Adeli de la DREES recense, pour les professions de santé réglementées par le Code de la santé publique, tous les professionnels en exercice (hormis ceux relevant du service de santé des armées) tenus de faire enregistrer leurs diplômes auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de leur département d'exercice. Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, les professions de santé réglementées étaient les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes, audio-prothésistes, opticiens-lunetiers et manipulateurs en électro-radiologie. Bien qu'étant une obligation légale, une part non négligeable d'entre eux, notamment parmi les médecins, ne s'inscrivent pas au répertoire Adeli, surtout en milieu hospitalier. Par ailleurs, un certain nombre de professionnels omettent notamment de signaler leur cessation d'activité, ce qui conduit à surestimer légèrement les évolutions démographiques. C'est pourquoi une procédure de redressement des données ministérielles sur les médecins est appliquée chaque année, aboutissant au calage du répertoire Adeli sur le fichier de l'Ordre national des médecins. Cependant, les incitations de plus en plus fortes à l'inscription (informations, obtention de la carte de professionnel de santé, etc.) améliorent sensiblement l'exhaustivité du répertoire.

## GRAPHIQUE 2

**Historique des *numerus clausus* en médecine et du nombre de postes ouverts à l'internat, selon les grands groupes de spécialité**

Champ • France entière.

Sources • DGS.

## ENCADRÉ 2

**Organisation et principales réformes des études médicales****Mise en place du *numerus clausus* en 1971**

Depuis 1971, le *numerus clausus* régule l'accès en deuxième année des études médicales. Celles-ci comportent trois cycles. Le premier (PCEM) dure deux ans et inclut la barrière du *numerus clausus*. L'étudiant peut choisir son unité de formation et de recherche (UFR) à son inscription en première année. Le deuxième cycle dure quatre années. Il est suivi du troisième cycle dont la durée théorique est de trois ans pour les futurs médecins généralistes et, selon la spécialité choisie, de quatre ou cinq ans pour les futurs spécialistes. À son instauration, le *numerus clausus* a été fixé autour de 8 500 élèves admis en deuxième année (alors que les promotions antérieures étaient deux fois plus nombreuses), puis sensiblement réduit dès la fin des années 1970 (graphique 2). Il a atteint sa valeur la plus basse en 1993 (3 500 places, soit moins de la moitié de sa valeur initiale), avant de remonter petit à petit, puis de manière plus nette depuis 2002 (6 200 en 2005 et 7 000 en 2006), suite aux craintes exprimées quant à une possible « pénurie médicale ».

**La réforme de l'internat de 1982**

Cette régulation du nombre de médecins formés n'a toutefois pas été immédiatement accompagnée d'une maîtrise *ex ante* de la répartition entre généralistes et spécialistes : une fois acquis le diplôme (unique) de généraliste, tous les médecins pouvaient en effet poursuivre leur cursus, soit par un certificat d'études spécialisées (CES), soit par l'internat des hôpitaux, ouvrant tous deux droit à exercer ladite spécialité. Devant une tendance jugée inquiétante à la spécialisation, la loi de 1982 (entrée en vigueur en 1984) porta réforme au troisième cycle des études médicales. Dans un souci d'harmonisation numérique, mais aussi géographique, des différentes branches de la médecine, elle instaure, d'une part, un concours national d'accès aux filières de spécialité (ayant conservé l'appellation d'internat bien que sa vocation ait changé) reposant sur le principe de quotas par spécialité et, d'autre part, un résidanat de médecine générale. Avec cette loi, il s'agissait également de combler des lacunes et des inégalités pédagogiques, en centrant davantage le contenu des études sur la médecine générale pour les futurs généralistes et en gommant les divergences de formation des spécialistes inhérentes à la modalité d'obtention de la spécialité (Hardy-Dubernet *et al.*, 2003).

Les étudiants admis à l'internat obtiennent un poste d'interne en fonction de leur rang de classement, du nombre de postes ouverts par discipline d'internat et par UFR (ou faculté de médecine) et de leurs vœux d'affectation. À l'opposé, ceux qui échouent au concours deviennent résidents en médecine générale, en majorité dans leur subdivision d'origine (UFR). Le nombre de généralistes par région n'est plus fixé à l'avance, contrairement à celui des spécialistes, mais dépend dès lors largement de la réussite à l'internat des étudiants formés. Depuis cette réforme, il apparaît que les femmes se tournent moins souvent vers l'exercice spécialisé. Une hypothèse avancée est que cette réforme se serait traduite par un accès plus difficile des femmes à la spécialisation (Hardy-Dubernet, 2000).

**Mise en place des épreuves classantes nationales (ECN)**

À compter de 2005, les épreuves classantes nationales (ECN) ont constitué le passage obligé pour accéder au troisième cycle des études médicale (en 2004, année de transition, les ECN ont en fait coexisté avec le précédent régime). Les étudiants sont ainsi amenés à choisir, en fonction de leur rang de classement et du nombre de postes

ouverts par les pouvoirs publics, un groupe de spécialités (ou « disciplines ») parmi lesquelles la médecine générale figure à part entière, et un lieu de formation (« subdivision »). Le nombre de places offertes en médecine générale est donc maintenant fixé *a priori* pour chaque subdivision géographique.

Pour les ECN, la liste des disciplines du troisième cycle des études médicales est fixée par un arrêté du 10 mars 2004. Au total, onze disciplines sont déterminées : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et spécialités chirurgicales.

Les spécialités médicales regroupent les diplômes d'études spécialisées (DES) en anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénéréologie, endocrinologie et métabolismes, gastro-entérologie et hépatologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiodiagnostic, rhumatologie.

Les spécialités chirurgicales englobent les DES de chirurgie générale, neurochirurgie, ophtalmologie, ORL et chirurgie cervico-faciale.

L'ensemble de ces postes était en 2005 pourvu (tableau 1). La psychiatrie se place avec la gynécologie-obstétrique dans une position intermédiaire entre les spécialités apparaissant comme très attractives (spécialités médicales, chirurgicales, pédiatrie ou encore anesthésie réanimation) et celles jugées moins attractives (médecine générale, santé publique, médecine du travail) [Billaut, 2005 et Billaut, 2006].

La notion d'attractivité d'une discipline peut être approchée par le pourcentage d'étudiants l'ayant retenue en premier vœu et par la répartition des disciplines choisies en fonction des rangs de classement aux épreuves classantes nationales (ECN, voir l'encadré 2), en les comparant aux places disponibles (tableau 2).

Lors des premières simulations d'affectation des choix pour les ECN 2004 et 2005, la psychiatrie est apparue en premier vœu pour respectivement 6,1 % et 7,3 % des étudiants, alors que la proportion de places allouées à cette discipline était de 5 % et 6,2 %, soit une demande excédentaire de respectivement 22 % et 17 %. À titre de comparaison, en 2005, l'offre était excédentaire de 105 % pour les spécialités médicales et de 55 % pour l'anesthésie réanimation ; à l'opposé, l'offre était déficitaire de 60 % pour la médecine générale et de 36 % pour la santé publique.

Par ailleurs, lorsque l'on considère les 1 000 premiers classés en 2004 et en 2005<sup>4</sup>, ils étaient respectivement 3,3 % et 4,3 % à avoir choisi de s'orienter vers la psychiatrie et 4,8 % et 4 % vers la gynécologie-obstétrique.

4. Le fait de raisonner sur les 1 000 premiers classés permet de s'affranchir des effets éventuels liés aux variations annuelles du nombre de postes ouverts pour certaines disciplines.

TABLEAU 1

### Répartition des postes ouverts et pourvus par discipline lors des ECN de 2004 et de 2005

Libellé discipline	2004			2005		
	Ouverts	Pourvus	Écart	Ouverts	Pourvus	Écart
Anesthésie - Réanimation	243	243	0	243	243	0
Biologie médicale	58	58	0	58	58	0
Gynécologie médicale	16	16	0	20	20	0
Gynécologie-obstétrique	158	158	0	150	150	0
Médecine générale	1 841	1 232	609	2 400	1 419	981
Médecine du travail	61	56	5	56	56	0
Pédiatrie	196	196	0	196	196	0
Psychiatrie	200	199	1	300	300	0
Santé publique	75	70	5	70	70	0
Spécialités chirurgicales	380	380	0	550	550	0
Spécialités médicales	760	760	0	760	760	0
<b>Ensemble des disciplines hors médecine générale</b>	<b>2 147</b>	<b>2 136</b>	<b>11</b>	<b>2 403</b>	<b>2 403</b>	<b>0</b>
<b>Ensemble des disciplines</b>	<b>3 988</b>	<b>3 368</b>	<b>620</b>	<b>4 803</b>	<b>3 822</b>	<b>981</b>

Champ • France entière.

Sources • Fichiers de gestion automatisée des ECN de la DHOS, exploitation DREES.

TABLEAU 2

### Répartition, selon les disciplines, des premiers vœux des étudiants et des choix des 1 000 premiers lors des ECN 2004 et 2005 (%)

Discipline	Postes ouverts dans la discipline		Étudiants ayant choisi en premier vœu la discipline		Répartition des disciplines choisies par les étudiants classés dans les 1 000 premiers	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Anesthésie - Réanimation	6,1	5,1	8,5	7,8	8,4	7,5
Biologie médicale	1,5	1,2	2,4	2,3	1,3	1,5
Gynécologie médicale	0,4	0,4	0,9	0,6	0,0	0,3
Gynécologie-obstétrique	4,0	3,1	5,6	5,2	4,8	4,0
Médecine du travail	1,5	1,2	0,5	0,8	0,4	0,1
Médecine générale	46,2	50,0	22,6	19,4	4,4	5,4
Pédiatrie	4,9	4,1	6,9	6,7	8,8	8,9
Psychiatrie	5,0	6,2	6,1	7,3	3,3	4,3
Santé publique	1,9	1,5	0,9	1,1	0,4	0,2
Spécialités chirurgicales	9,5	11,5	13,5	16,4	17,2	18,0
Spécialités médicales	19,1	15,8	32,1	32,4	51,0	50,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Champ • France entière.

Sources • Fichiers de gestion automatisée des ECN de la DHOS, exploitation DREES.

Cela confirme la place intermédiaire de ces disciplines en termes d'attractivité et de « prestige » entre, d'une part, les spécialités médicales (51 % et 50 %) et chirurgicales (17,2 % et 18 %) et, d'autre part, les spécialités dites « collectives » (santé publique et médecine du travail, proches de 0 % en 2004 comme en 2005) et la médecine générale (4,4 % et 5,4 %). Pour la psychiatrie, les affectations se répartissent, en fait, de manière beaucoup plus homogène au sein du classement.

### ***Vieillesse de la discipline***

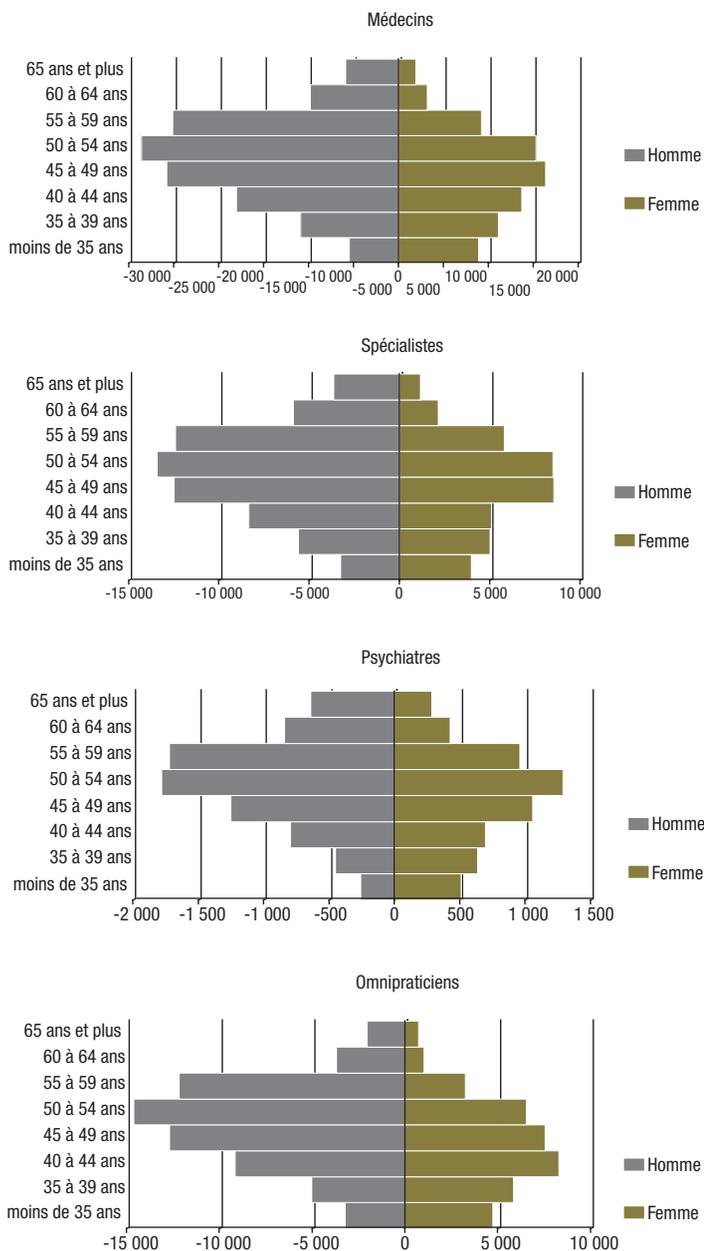
La diminution du nombre de diplômés en psychiatrie observée ces dernières décennies a d'ores et déjà abouti à un vieillissement de la profession qui, à long terme, devrait se traduire par une réduction du nombre d'actifs. Entre 1990 et 2005, l'âge moyen des psychiatres n'a cessé d'augmenter, passant de 44 ans à 50 ans. Cette progression de 6 ans est comparable à celle de l'ensemble des spécialistes, pour lesquels il est passé de 43 à 49 ans (Sicart, 2005). La proportion de médecins âgés de 55 ans et plus était sensiblement plus élevée parmi les psychiatres (35,8 %) que pour l'ensemble des spécialistes (29,5 %) et des omnipraticiens (22,8 %). Parallèlement, le rétrécissement de la base de la pyramide des âges, qui s'amorce dès la tranche d'âge des 45-49 ans, est plus marqué parmi les psychiatres que pour l'ensemble des spécialistes (graphique 3).

### ***« À comportements et politiques publiques inchangés », une diminution sensible du nombre de psychiatres d'ici à 2025***

D'après les projections réalisées en 2004 (encadré 3), sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* fixé à 7 000 à partir de 2006 et en supposant les comportements des médecins constants et les décisions des pouvoirs publics inchangées (choix des modalités d'installation, cessation d'activité, etc.), la France métropolitaine compterait 186 000 médecins à l'horizon 2025, dont 8 800 psychiatres (Bessière *et al.*, 2004). La densité médicale projetée diminuerait ainsi de 15 %, pour atteindre 283 médecins pour 100 000 habitants en 2025, un niveau proche de celui enregistré au milieu des années 1980. La baisse du nombre des médecins s'amorcerait à partir de 2008, sous l'effet de deux facteurs principaux : l'entrée en exercice de promotions de médecins peu nombreuses et la sortie d'activité des générations les plus nombreuses de médecins. Avec l'hypothèse d'un nombre de spécialistes en troisième cycle égal à la moitié du *numerus clausus* cinq ans auparavant, les effectifs de généralistes devraient moins diminuer que ceux des spécialistes. Cette baisse attendue des effectifs de spécialistes serait particulièrement sensible pour les ophtalmologues, les psychiatres et les otorhino-laryngologistes (respectivement de -43 %, -36 % et -31 % entre 2002 et 2025). Pour les psychiatres, ce fléchissement ferait suite, rappelons-le, à une croissance sensible des effectifs dans les années 1990.

GRAPHIQUE 3

### Pyramides des âges des psychiatres, spécialistes et omnipraticiens au 1<sup>er</sup> janvier 2005



Champ • France métropolitaine.

Sources • Adeli redressé, DREES.

## ENCADRÉ 3

**Le modèle de projections démographiques des médecins : méthode, hypothèses et limites**

Plusieurs études menées par la DREES ont porté sur des travaux de projections du nombre de médecins en activité en France. Ces exercices de projections ne dessinent pas forcément des évolutions futures mais retracent des évolutions tendanciellelles « à comportements inchangés ». Elles constituent donc moins des prévisions que des scénarios permettant d'apprécier l'impact potentiel sur la démographie médicale de telle ou telle décision ou modification de comportement observée sur les années récentes.

Le modèle de projections démographiques des médecins, élaboré en collaboration entre l'INED et la DREES, permet d'établir des projections d'effectifs de médecins selon le sexe, l'âge, la spécialité, le mode d'exercice principal (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et la région d'exercice.

Il utilise des données du répertoire Adeli redressées par la DREES (redressements permettant de prendre en compte les défauts d'inscription des médecins salariés, et notamment des hospitaliers). Il simule l'évolution des effectifs année après année jusqu'en 2025, globalement pour les étudiants en médecine (méthode dite « par composantes ») et individuellement pour les médecins en activité (méthode de « microsimulation »).

Le scénario central s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- le *numerus clausus* de 7 000 observé en 2006 est maintenu constant à ce niveau sur toute la période de projection ;
- pour les spécialités hors médecine générale, le nombre total de places à l'ECN (épreuves classantes nationales) est fixé à partir de 2005 à 50 % du *numerus clausus* établi cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'ECN de 2004 ;
- le nombre de places de médecins généralistes à l'ECN est déterminé de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au *numerus clausus* de la région établi cinq ans plus tôt ;
- les comportements des médecins et étudiants sont supposés constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité, etc.).

**Un processus de féminisation qui se poursuit...**

Entre 1990 et 2005, la proportion de femmes chez les psychiatres est passée de 35,4 % à 43,2 %. Ce mouvement de féminisation est comparable à celui observé pour l'ensemble des médecins (omnipraticiens comme spécialistes), où ces taux sont passés de 30 % à 38 %. Le taux de féminisation de la psychiatrie est l'un des plus élevés, devant les spécialités chirurgicales (23 % pour l'ensemble des spécialités, variant de 2 % à 3 % pour les chirurgies urologique, orthopédique et traumatologique à 43 % pour l'ophtalmologie), les omnipraticiens (38 %) et les spécialités médicales (40 % en moyenne avec des variations assez fortes de 17 % pour la cardiologie à 88 % pour la gynécologie médicale), mais derrière la biologie médicale (48 %), la santé publique (59 %) et la

médecine du travail (70 %) [Bessière, 2005]. La féminisation de la profession devrait se poursuivre dans les années à venir, dans la mesure où, comme on l'a souligné précédemment, les femmes représentaient 67,3 % des étudiants affectés en discipline de psychiatrie à l'issue des ECN 2005, contre 58,6 % pour l'ensemble des disciplines.

*... en dépit d'une contrainte de mobilité géographique forte pour la formation*

Les femmes expriment une préférence assez marquée pour la psychiatrie par rapport aux hommes (tableau 3) : en 2005, cette discipline a été choisie par 4,3 % des femmes classées parmi les 1 000 premiers étudiants à l'ECN, contre seulement 1,5 % des hommes (respectivement 4,9 % et 3,4 % aux ECN 2004). Lorsque leur classement le permet, les hommes s'orientent quant à eux vers les spécialités chirurgicales.

TABLEAU 3

**Genre et choix de discipline lors des ECN 2004 et 2005**

Discipline	Part des femmes dans les disciplines		Répartition des disciplines choisies par les étudiants classés dans les 1 000 premiers selon le genre			
			2005		2004	
	2005	2004	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Anesthésie - Réanimation	46,1	42,4	6,8	11,4	5,4	10,3
Biologie médicale	58,6	51,7	1,2	1,5	1,9	1,0
Gynécologie médicale	90,0	87,5	0,0	0,0	0,5	0,0
Gynécologie-obstétrique	82,7	79,1	6,5	1,5	5,6	1,7
Médecine du travail	62,5	67,9	0,6	0,0	0,2	0,0
Médecine générale	58,1	61,5	6	1,5	7,7	2,2
Pédiatrie	82,1	82,1	11,8	3,2	12,8	3,4
Psychiatrie	67,0	67,3	4,3	1,5	4,9	3,4
Santé publique	60,0	47,1	0,5	0,3	0,3	0,0
Spécialités chirurgicales	35,8	29,5	10,7	29,2	10,3	28,6
Spécialités médicales	64,5	58,2	51,5	50	50,3	49,5
<b>Ensemble</b>	<b>58,6</b>	<b>57,9</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Lecture • 46,1 % des étudiants affectés en anesthésie-réanimation sont des femmes.

Parmi les femmes ayant un rang de classement inférieur à 1 000, 6,8 % ont opté pour l'anesthésie-réanimation ; elles étaient 5,4 % à l'avoir fait à l'issue des ECN 2004.

Champ • France entière.

Sources • Fichiers de gestion automatisés des ECN de la DHOS, exploitation DREES.

On retrouve un degré de féminisation similaire dans les différentes disciplines : les postes ouverts en psychiatrie étaient pourvus à plus de 66 % par des femmes contre 58 % toutes disciplines confondues, moins de 30 % dans les spécialités chirurgicales et jusqu'à 80 % à 90 % en pédiatrie, gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale.

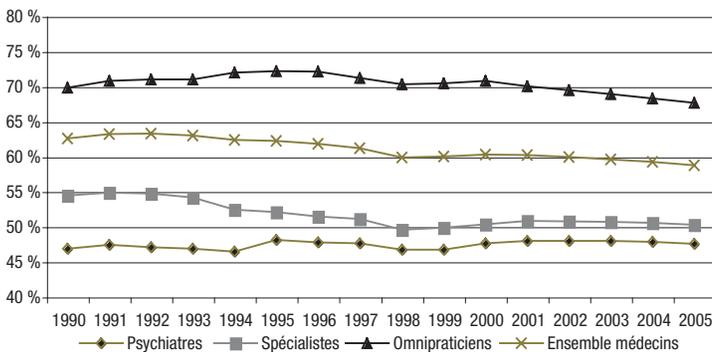
Les étudiants ayant opté pour la psychiatrie (comme pour la pédiatrie) sont également les plus mobiles à l'entrée en troisième cycle. En 2005, ils étaient 59 % à changer de lieu de formation, le plus souvent contraints par le choix de la discipline (36 %) plutôt que par choix délibéré (23 %) ; pour l'ensemble des disciplines, cette mobilité se restreint à 48 % (19 % par contrainte et 29 % par choix délibéré).

### Une plus forte concentration à l'hôpital public et une propension plus forte à un exercice mixte

En 2005, la part des psychiatres exerçant une activité libérale (principale ou secondaire) a atteint 48 %, soit un peu moins que l'ensemble des spécialistes (50 %). Depuis 1990, cette proportion est restée constante chez les psychiatres, alors qu'elle a diminué de 4 points pour les spécialistes (graphique 4).

GRAPHIQUE 4

### Évolution entre 1990 et 2005 de la part des psychiatres, spécialistes, omnipraticiens et ensemble des médecins ayant une activité libérale



Champ • France métropolitaine.

Sources • Adeli redressé, DREES.

47 % des psychiatres actifs exerçaient leur activité principale en cabinet libéral (comme l'ensemble des spécialistes)<sup>5</sup> et 41 % à l'hôpital public (soit 4 points de plus que pour l'ensemble des spécialistes). La part des psychiatres exerçant leur activité principale dans un établissement d'hospitalisation privé participant au service public hospitalier (PSPH) est limitée à 5 % et atteint à peine 1 % dans les cliniques privées (graphique 5).

Cette répartition par grands secteurs d'activité n'est pas homogène selon le genre. Les femmes ont en effet une propension relativement moins grande à s'orienter vers l'exercice libéral que leurs confrères : en 2005, les taux de féminisation s'élevaient ainsi à 37,5 % en libéral, contre 48 % en milieu hospitalier. Ce phénomène, parfois désigné sous le terme de « ségrégation verticale<sup>6</sup> », n'apparaît pas plus marqué que dans les autres grandes spécia-

5. Ce chiffre diffère légèrement de la part de libéraux et mixtes (situation professionnelle du praticien toutes activités confondues), car l'on ne considère ici que le secteur d'activité de l'activité principale.

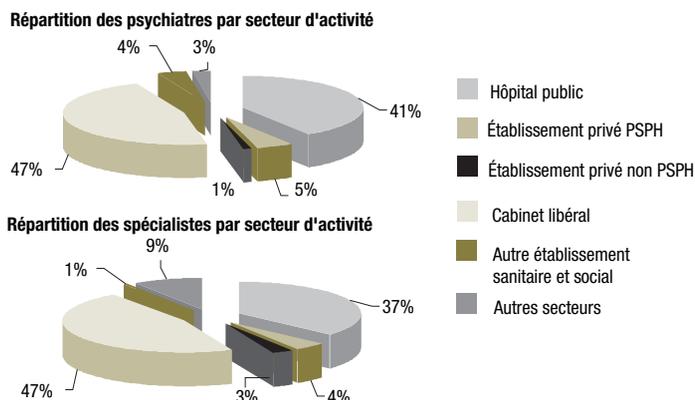
6. La « ségrégation verticale » représente la division du travail entre les sexes avec, pour une même profession, une probabilité différenciée d'accéder aux postes plus élevés dans la hiérarchie du travail et des conditions d'exercice différentes. Voir notamment Aiach *et al.*, 2001.

lités. Historiquement d'ailleurs, l'exercice libéral de la médecine est toujours moins féminisé que les autres cadres d'exercice, les femmes préférant souvent le salariat en secteur hospitalier, dans les centres de soins ou encore dans le domaine de la prévention (Herzlich *et al.*, 1993).

Parmi les psychiatres du répertoire Adeli ayant une activité libérale, plus de 40% ont déclaré une activité salariée en parallèle en 2005. La psychiatrie présenterait ainsi une part de praticiens mixtes (15%) sensiblement supérieure à l'ensemble des spécialistes mais elle demeurerait toutefois inférieure à celle de certaines spécialités comme l'oto-rhino-laryngologie (31%) ou la stomatologie (29%)<sup>7</sup>. Les psychiatres mixtes dont l'activité principale est libérale exercent, au titre de leur seconde activité, pour près de la moitié d'entre eux en tant que salariés à l'hôpital public (graphique 6) et pour plus d'un quart dans un autre établissement sanitaire et social (établissement social pour handicapés, etc.).

GRAPHIQUE 5

### Répartition par secteur d'activité principale des psychiatres et des spécialistes en 2005

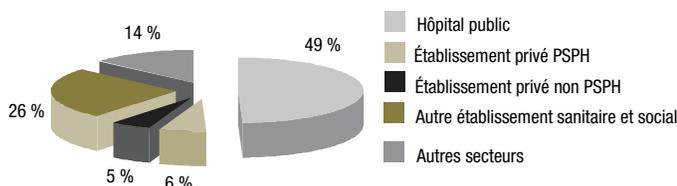


Champ • France métropolitaine.

Sources • Adeli redressé, DREES.

GRAPHIQUE 6

### Répartition par secteur d'activité secondaire des psychiatres mixtes en 2005



Champ • France métropolitaine.

Sources • Adeli redressé, DREES.

7. Ces chiffres doivent être analysés avec précaution, dans la mesure où dans le répertoire Adeli, les activités secondaires ne sont pas toujours renseignées.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (sous la dir. de), 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Éditions ENSP.
- Bessière S., Breuil-Genier P., Darrine S., 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, novembre, DREES.
- Billaut A., 2005, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Études et Résultats*, n° 429, septembre, DREES.
- Billaut A., 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474, mars, DREES.
- Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Données sociales : la société française. Édition 2006*, mai, INSEE.
- European Commission, « The State of Mental Health in the European Union », 2004 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf)).
- Hardy-Dubernet A.-C., Arliaud M., Horellou-Lafarge C., Leroy F., Blanc M.-A., 2003, « La réforme de l'internat de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 15.
- Hardy-Dubernet A.-C., 2000, « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection? », *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 32, septembre.
- Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M.-C., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, INSERM/Doin.
- Sicart D., 2005, « Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005 », *Document de travail*, n° 88, octobre, DREES.



## Les psychiatres

---

### LES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES D'IMPLANTATION DES PSYCHIATRES

En France, le système de prise en charge de la santé mentale se caractérise par une grande diversité de modes d'organisation (libéral, hospitalier, médico-social), de financement (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national ou sous dotation globale), de structures (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, etc.) et de modalités de soins et de suivi (ambulatoire, temps partiel, temps complet). Les différents segments participant à la prise en charge de la santé mentale obéissent à des logiques d'implantation différentes. Le paysage psychiatrique français apparaît ainsi marqué par une répartition très inégale de l'offre sur le territoire. Car si la sectorisation permet une orientation centralisée des patients en fonction de leur lieu de résidence, elle n'a aucun ou peu d'impact sur la libre installation des psychiatres libéraux. Ce chapitre propose une analyse des disparités géographiques existant au sein de cette spécialité, en insistant davantage sur l'offre libérale.

### **Les inégalités régionales entre le Nord et le Sud masquent souvent des disparités départementales plus amples encore**

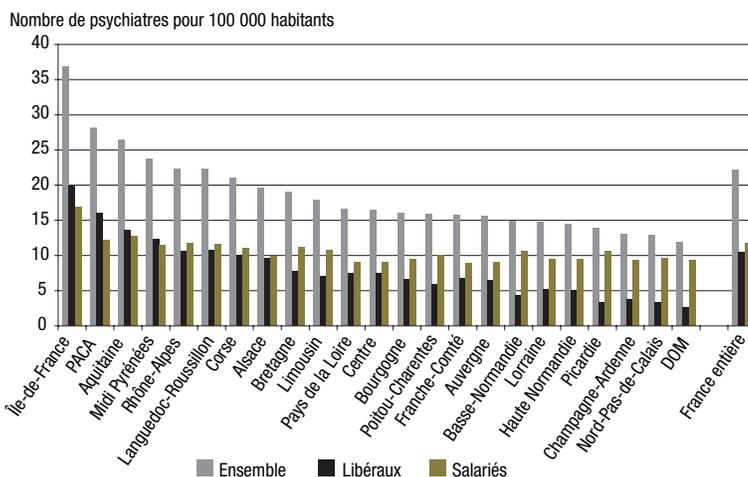
La répartition des psychiatres (tous statuts d'exercice confondus), approchée à partir du répertoire Adeli de la DREES (voir l'encadré p. 71) montre des disparités régionales fortes, entre le Nord et le Sud, outre l'exception de l'Île-de-France (graphique 1). Cette répartition inégale est déjà largement connue pour les omnipraticiens et les spécialistes.

Au début de l'année 2005, les densités régionales de psychiatres variaient de 1 à 3 entre la région la mieux dotée (Île-de-France, avec 37 psychiatres pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvues (Champagne-Ardenne et Nord-Pas-de-Calais, avec 13 psychiatres pour 100 000 habitants, et les départements d'outre-mer (DOM), avec 12 psychiatres pour 100 000 habitants). Bien que sensiblement en dessous de la densité

de l'Île-de-France, les régions PACA, Aquitaine et Midi-Pyrénées, avec respectivement 28, 26 et 24 psychiatres pour 100 000 habitants, dépassaient la moyenne nationale (22 psychiatres pour 100 000 habitants).

GRAPHIQUE 1

### Densités régionales de psychiatres, selon le statut de leur activité principale



Champ • France entière.

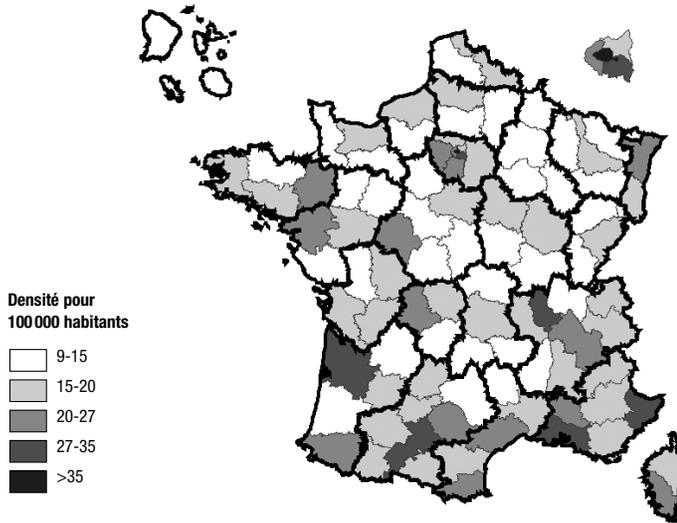
Sources • Adeli redressé, DREES.

Les densités départementales étaient encore plus hétérogènes puisqu'elles variaient de 1 à 10 entre le département le mieux doté en psychiatres (Paris, avec une densité extrêmement élevée de 94 pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvus (Pas-de-Calais, Mayenne, Eure, Vendée, Eure-et-Loir: autour de 10 pour 100 000 habitants)<sup>1</sup>. Si l'on retrouve quelques caractéristiques régionales (tendance marquée à l'héliotropisme et implantation massive des psychiatres dans la région parisienne), la carte départementale fait néanmoins apparaître une forte hétérogénéité au sein des régions (carte 1).

Trois principaux cas de figures sont observés :

- 1. En comparant un critère de dispersion nettement plus précis que l'étendue, on constate du reste que le coefficient de variation entre les densités départementales (53 %) s'élève à 1,7 fois celui observé entre les densités régionales (31 %).
- des régions dans lesquelles les densités départementales demeurent assez uniformes, à des niveaux généralement faibles : outre les DOM, il s'agit principalement des régions du nord-est et du centre de la France (Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Picardie, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Auvergne, Poitou-Charentes, etc.) ;
- des régions caractérisées par des densités départementales hétérogènes (Île-de-France, PACA, Corse, Alsace, etc.) ;
- des régions dans lesquelles des départements à très faible densité coexistent avec des départements beaucoup mieux dotés (Bretagne, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Centre, Limousin, etc.).

## CARTE 1

**Densités de psychiatres, tous secteurs confondus,  
au niveau départemental**

Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

**Les disparités régionales et départementales sont plus  
marquées pour l'offre libérale de la psychiatrie**

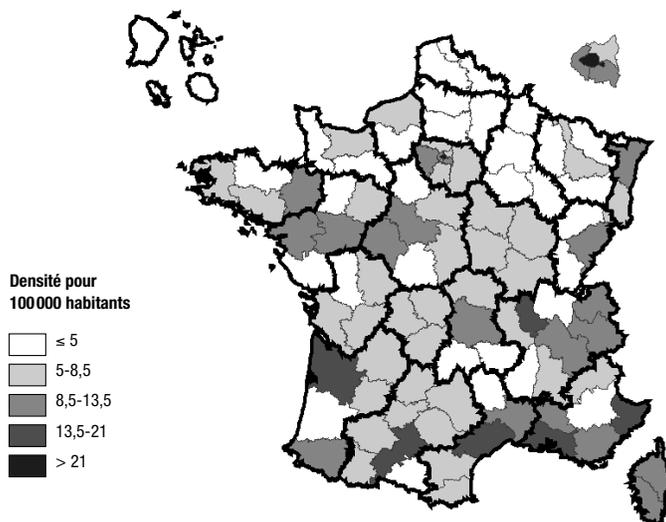
Comme cela a été mentionné précédemment, et à l'instar de l'ensemble des spécialistes, les logiques, enjeux et modes d'implantations des psychiatres sont *a priori* fondamentalement différents dans les secteurs libéral et salarié.

La comparaison départementale de ces deux secteurs (cartes 2 et 3) permet cependant de mettre en exergue plusieurs points intéressants. Tout d'abord, les disparités départementales (comme régionales) sont nettement plus marquées dans le secteur libéral que salarié : d'une part, les écarts de densité entre les départements les mieux et les moins bien pourvus varient de 1 à 33 pour les premiers, contre « seulement » de 1 à 5 pour les seconds ; d'autre part, les coefficients de variation des densités départementales sont beaucoup plus élevés pour les libéraux (96 %) que pour les salariés (31 %). Les disparités départementales des psychiatres salariés, si elles existent bien, apparaissent ainsi limitées. Elles s'avèrent même plus modérées que celles des autres spécialistes salariés (coefficient de variation égal à 41 %). Si l'on exclut le cas particulier de Paris, près de 20 % des départements de France métropoli-

taine avaient en 2005 une densité comprise entre -20 % et +20 % de la moyenne nationale.

CARTE 2

### Densités de psychiatres libéraux au niveau départemental

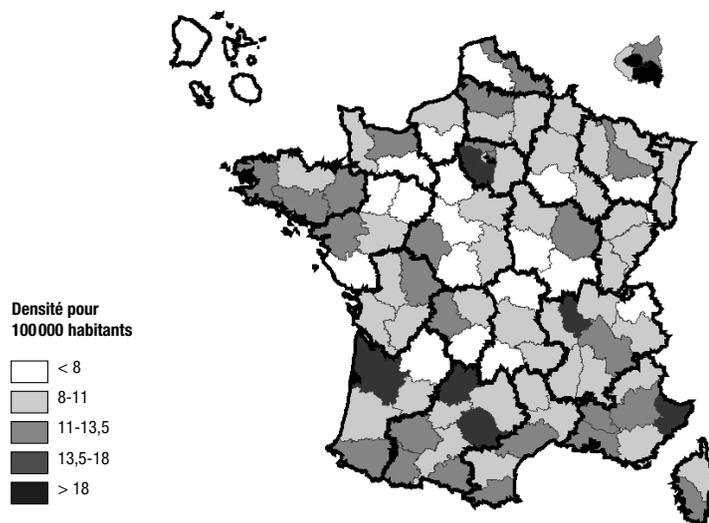


Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

CARTE 3

### Densités de psychiatres salariés au niveau départemental



Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

Pour compléter cette analyse, deux outils statistiques ont été utilisés afin de juger de la nature et de la teneur des liens observés entre les densités départementales (et régionales) en psychiatres libéraux et en psychiatres salariés. Si l'on observe bien un lien entre les densités de psychiatres libéraux et celles de psychiatres salariés tant en termes qualitatifs (coefficient de Spearman<sup>2</sup> statistiquement significatif valant 0,32) qu'en termes purement quantitatifs (coefficient de corrélation de 0,46 statistiquement significatif), ces liens entre les implantations départementales « ville-hôpital » sont toutefois nettement moins prononcés que pour l'ensemble des spécialistes (respectivement 0,51 et 0,70). Dans certains départements, notamment sur une bande médiane allant du nord au sud de la France, les très faibles densités en psychiatrie libérale peuvent être partiellement compensées par des densités relativement élevées dans le secteur public (Nord, Somme, Indre-et-Loire, Vienne, Haute-Vienne, Lot, Tarn, Alpes-de-Haute-Provence, etc.). À l'opposé, dans certains départements du centre de la France notamment, une offre libérale assez développée coexiste avec un secteur public plus restreint (Loir-et-Cher, Puy-de-Dôme, Haute-Savoie, Lozère, Gard, Hérault, etc.)<sup>3</sup>.

## Fortes corrélations des densités régionales de psychiatres, de spécialistes et de généralistes libéraux

L'offre salariée n'est pas plus dispersée pour la psychiatrie que pour les autres spécialités : au niveau régional, le coefficient de variation est de 17% dans les deux cas. En revanche, si l'on considère l'offre libérale, la psychiatrie se caractérise par des disparités géographiques beaucoup plus accentuées que pour l'ensemble des spécialistes libéraux et des omnipraticiens au niveau régional (coefficient de variation de 53%, contre respectivement 32% et 13%), et plus encore au niveau départemental (coefficient de variation de 96%, contre respectivement 46% et 17%).

Les disparités sont d'une plus grande ampleur pour les psychiatres libéraux (densités de 3 à 20 pour 100 000 habitants contre respectivement de 47 à 132 et de 86 à 139 pour l'ensemble des spécialistes et les omnipraticiens libéraux) [graphiques 2 et 3]. Les corrélations des densités régionales des psychiatres libéraux avec celles des spécialistes et des omnipraticiens libéraux sont fortes. Elles sont toutefois plus marquées avec les premiers qu'avec les seconds tant en termes de rang de classement (coefficient de Spearman de 0,74, contre 0,52) qu'en termes purement quantitatifs (coefficient de corrélation de 0,90 contre 0,68). Il en va de même des densités départementales (coefficients de corrélation de 0,86 entre densités de psychiatres et de spécialistes libéraux, contre 0,58 entre densités de psychiatres et d'omnipraticiens libéraux).

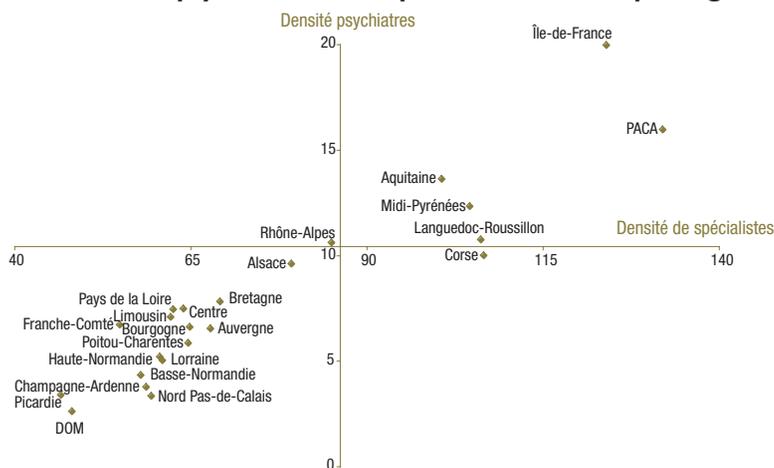
2. Il s'agit là d'un indicateur qualitatif qui calcule le niveau de corrélation entre les rangs de classement des départements selon les deux variables (les densités en psychiatres libéraux et en psychiatres salariés) et permet ainsi de juger de la ressemblance entre les deux classements. Si le coefficient vaut 1, les deux classements sont strictement identiques ; s'il vaut -1, ils sont au contraire diamétralement opposés l'un de l'autre.

3. Le lecteur pourra consulter une typologie de l'offre globale en psychiatrie au niveau départemental dans Coldefy M., 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », *Études et Résultats*, n° 443, DREES, novembre.

De manière plus précise, la mise en correspondance des densités régionales de psychiatres libéraux avec celles de spécialistes libéraux (graphique 2), et avec celles des omnipraticiens libéraux (graphique 3), confirme que les régions les mieux dotées en psychiatres par rapport à la moyenne sont généralement mieux pourvues pour l'ensemble de l'offre médicale libérale, et vice-versa. La Corse se démarque avec une situation très favorable en termes d'offre libérale en spécialistes mais une densité de psychiatres légèrement inférieure à la moyenne nationale.

GRAPHIQUE 2

### Les densités de psychiatres et de spécialistes libéraux par région

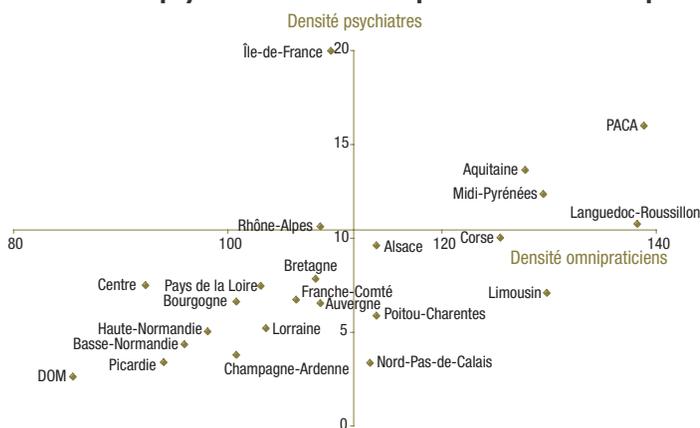


Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

GRAPHIQUE 3

### Les densités de psychiatres et d'omnipraticiens libéraux par région



Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

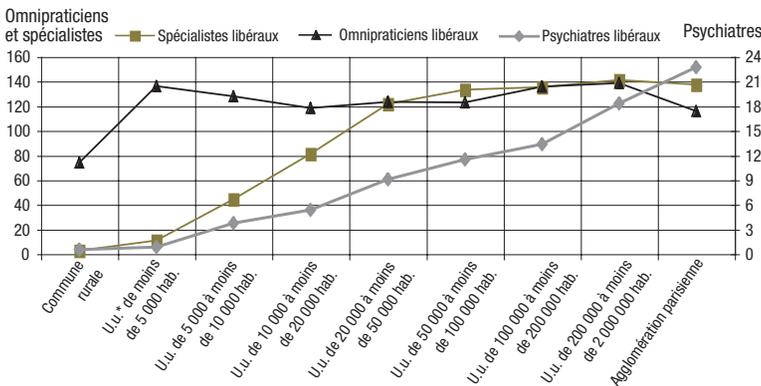
Les exceptions à ces régularités sont plus fréquentes et plus flagrantes lorsque l'on s'intéresse aux offres croisées en psychiatres et en omnipraticiens : ainsi, les régions Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes et, dans une moindre mesure, Alsace, se révèlent nettement sous-dotées en psychiatrie libérale et pourtant plutôt mieux pourvues en omnipraticiens, tandis que le Limousin et la Corse se trouvent dans des situations relativement défavorables en psychiatrie mais très nettement avantageuses en ce qui concerne l'offre généraliste (graphique 3). Enfin, si les régions du Sud (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon) apparaissent relativement bien pourvues en psychiatres libéraux, elles bénéficient d'une offre en spécialistes et surtout en omnipraticiens encore plus avantageuse. La région PACA, extrêmement bien pourvue pour l'ensemble des médecins, fait cependant figure d'exception dans cet ensemble. Enfin, l'Île-de-France se démarque une nouvelle fois de la logique globale d'implantation des médecins, avec des densités de psychiatres et d'autres spécialistes libéraux très élevées, mais une dotation moyenne en omnipraticiens.

## Les communes rurales et de petite taille, tout comme les périphéries, sont particulièrement isolées au regard de l'offre en psychiatrie libérale

À un niveau géographique plus fin, les densités en professionnels de santé varient selon la taille d'unité urbaine et le type de communes (urbaines, périurbaines, périphériques, rurales).

GRAPHIQUE 4

### Densité d'omnipraticiens, de spécialistes et de psychiatres libéraux, selon la taille d'unité urbaine\*



\* Les unités urbaines se réfèrent à la continuité de l'habitat. Elles sont définies comme une ou plusieurs communes regroupant au moins 2 000 habitants dont les habitations sont contiguës (avec une distance inférieure à 200 mètres). Sont qualifiées de « rurales » toutes les communes n'appartenant pas à une unité urbaine, c'est-à-dire l'ensemble des habitations isolées de moins de 2 000 habitants.

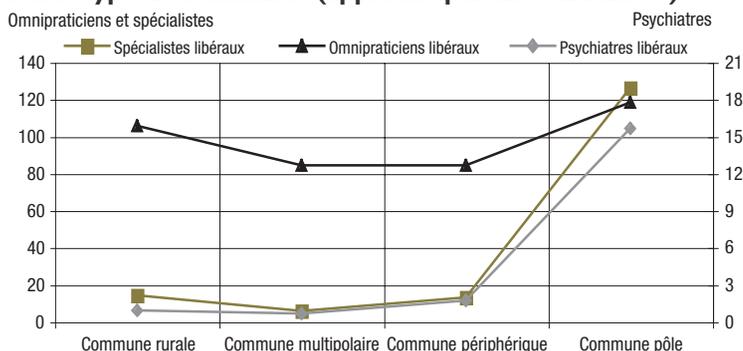
Champ • France entière. Sources • Adeli redressé, DREES.

Tout d'abord, les densités en psychiatres libéraux s'accroissent avec la taille de la commune (graphique 4). Ces professionnels ne sont quasiment jamais présents dans les communes rurales et de moins de 5 000 habitants (moins de 1 psychiatre pour 100 000 habitants) et très peu implantés dans les petites communes (4 à 5 psychiatres pour 100 000 habitants dans les communes de 5 000 à 20 000 habitants). Les densités s'élèvent dans les villes de 20 000 à 200 000 habitants, pour atteindre 9 à 13 psychiatres pour 100 000 habitants. Le niveau d'offre reste toutefois très inférieur à celui des grandes unités urbaines (18 pour 100 000 habitants), notamment l'agglomération parisienne (23 psychiatres pour 100 000 habitants, voir l'encadré 1, p. 98).

Si les très petites communes enregistrent également une densité nettement moindre en spécialistes, l'ampleur des écarts par rapport aux grandes villes est plus modérée pour les villes de taille petite à moyenne (graphique 4). Mais contrairement aux psychiatres, les densités de spécialistes apparaissent très homogènes au sein des agglomérations de plus de 50 000 habitants.

GRAPHIQUE 5

### Densité d'omnipraticiens, de spécialistes et de psychiatres libéraux, selon le type de communes (approche par aires urbaines\*)



\* Les aires urbaines reposent sur les déplacements domicile-travail entre la ville et sa périphérie. Ce sont des ensembles de communes d'un seul tenant et sans enclave, constitués par un pôle urbain (unité urbaine offrant au moins 5 000 emplois n'étant elle-même pas attirée à plus de 40 % par une autre unité urbaine) et une couronne périurbaine (composée des communes au sein desquelles au moins 40 % des résidents actifs vont travailler dans l'aire urbaine). Au-delà, on trouve les communes « multipolarisées », constituées de communes rurales et unités urbaines situées hors des aires urbaines, dont au moins 40 % des résidents actifs travaillent dans des aires urbaines distinctes, mais sans qu'une seule d'entre elles n'atteigne ce seuil, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant. Enfin, sont considérées comme faisant partie de « l'espace à dominante rurale » les communes rurales pour lesquelles plus de 60 % des actifs ne travaillent pas dans des aires urbaines.

Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

Les inégalités de la répartition des omnipraticiens selon la taille d'unité urbaine sont, en revanche, beaucoup plus réduites, du fait du rôle prépon-

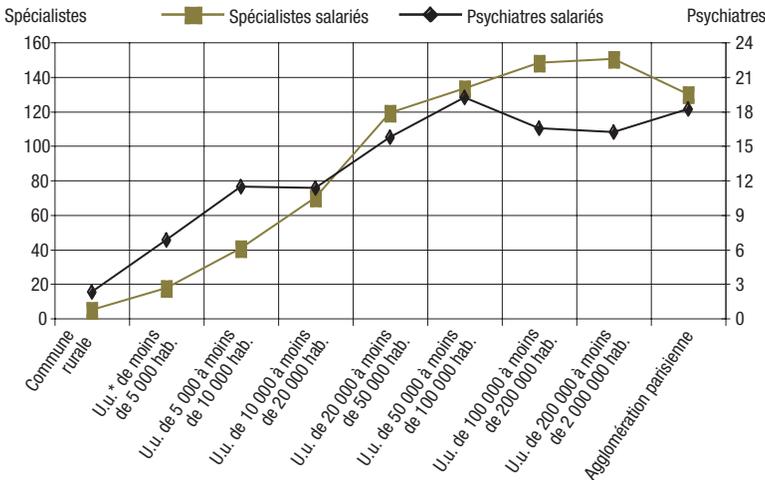
dérant de ces professionnels dans le premier recours : à l'exception des communes rurales (nettement moins bien dotées) et de l'agglomération parisienne, les densités d'omnipraticiens sont ainsi relativement homogènes selon les unités urbaines, oscillant autour de 120 pour 100 000 habitants.

L'analyse des densités médicales selon le type de commune (graphique 5) confirme que les psychiatres sont très majoritairement implantés dans les agglomérations. Mais surtout, on constate que ces médecins privilégient nettement les « communes pôles » au détriment des périphéries (« communes périphériques » comme « communes multipolarisées »). Il semblerait donc que les psychiatres exercent préférentiellement dans les bassins de travail, beaucoup plus que dans les bassins de vie, ce qui expliquerait partiellement la surdensité parisienne.

Des phénomènes comparables sont observés lorsque l'on se penche sur le secteur salarié (graphiques 6 et 7), avec néanmoins quelques nuances concernant la psychiatrie. Premièrement, l'offre en psychiatres salariés se révèle sensiblement moins inégalitaire que pour les autres spécialités, notamment dans les petites unités urbaines (parmi lesquelles on retrouve souvent des communes rurales ou multipolaires). Deuxièmement, dans le cas de la psychiatrie salariée, les communes de taille moyenne (entre 50 000 et 100 000 habitants) sont plus favorisées que les grandes agglomérations (à l'exception de Paris).

GRAPHIQUE 6

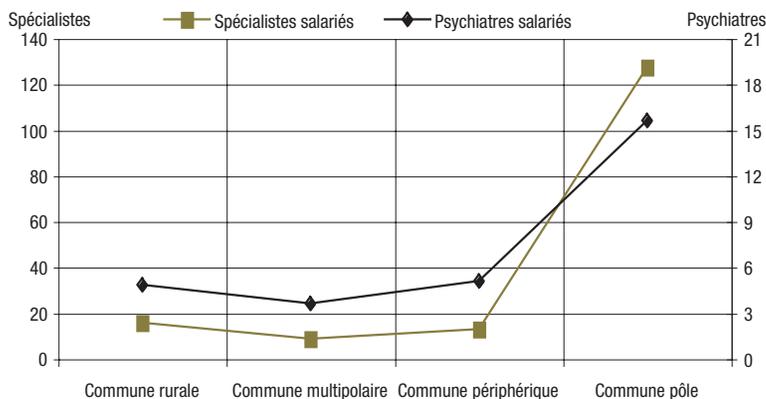
**Densité de spécialistes et de psychiatres salariés, selon la taille d'unités urbaines\***



\* Voir la note du graphique 4.  
 Champ • France entière.  
 Sources • Adeli redressé, DREES.

GRAPHIQUE 7

### Densité de spécialistes et de psychiatres salariés selon le type de commune



Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

### Les comportements d'installation des psychiatres libéraux vers les zones sous-dotées évoluent peu, mais plus que ceux des autres médecins

Dans ce cadre très inégalitaire, il est apparu intéressant de voir si les choix à l'installation des psychiatres libéraux ont ou non évolué ces dernières années. Pour ce faire, on peut analyser les comportements d'installation de ceux qui ont obtenu leur diplôme depuis 2000, en les comparant à la répartition actuelle sur le territoire de l'ensemble des psychiatres libéraux actifs.

Les installations des nouveaux diplômés en libéral apparaissent très corrélées à la répartition déjà existante tant en psychiatrie que pour l'ensemble des spécialités ou pour les omnipraticiens. Les choix régionaux d'entrée dans la vie active des nouveaux psychiatres libéraux diffèrent peu de ceux de leurs aînés (tableau 1). Ils ont cependant une propension légèrement moindre à s'installer dans les régions les mieux dotées (Île-de-France, Aquitaine, Languedoc-Roussillon), à l'exception de la région Midi-Pyrénées qui devient de plus en plus attractive. Cette tendance profite aux régions moyennement pourvues (Centre, Poitou-Charentes, Limousin, Pays de la Loire) mais peu aux plus démunies. On observe le même type de phénomène pour l'ensemble des spécialistes, tandis que les choix d'installation régionaux des omnipraticiens semblent, pour leur part, se maintenir strictement.

L'une des clés d'une meilleure harmonisation de la répartition régio-

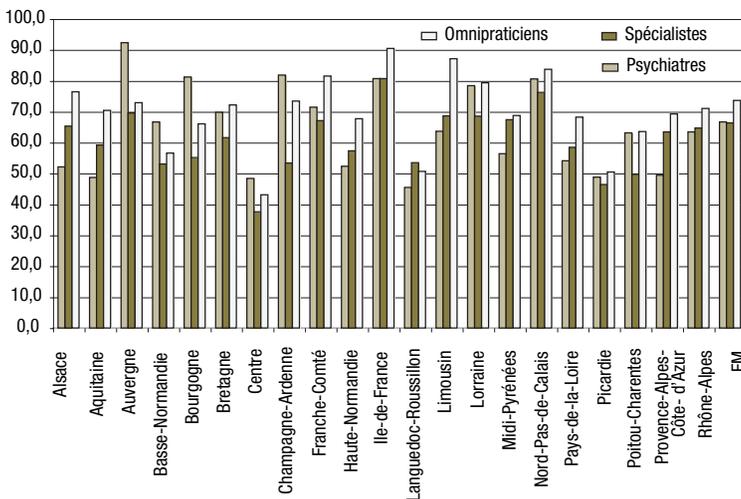
nale réside dans la capacité des universités et des collectivités locales à retenir leurs diplômés dans les régions déficitaires. Si l'on considère au 1<sup>er</sup> janvier 2005 l'ensemble des médecins diplômés depuis 2000, il apparaît que les deux tiers des psychiatres s'installent dans un premier temps dans la région où ils ont validé leur thèse : ce niveau est équivalent à celui de l'ensemble des spécialités mais légèrement inférieur au taux enregistré pour les jeunes omnipraticiens (72,5 %).

Les régions ne présentent pas les mêmes capacités à retenir leurs diplômés, les flux interrégionaux s'avérant très disparates selon la région de formation. Certaines régions se caractérisent par des taux très élevés de « primo-installation » des psychiatres dans leur région de thèse (graphique 8). Il s'agit de régions moyennement ou peu dotées (Auvergne, Bourgogne, Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine). À l'exception de l'Île-de-France, les régions les mieux dotées (Alsace, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, PACA) retiennent souvent moins bien leurs nouveaux diplômés en psychiatrie, mais c'est également le cas de certaines régions pourtant peu dotées (Centre, Haute-Normandie, Picardie). À cela, s'ajoutent des possibilités de formation inégales selon les régions, ce qui peut maintenir voire aggraver les disparités.

En suivant la même logique, il est possible de voir si les modalités d'installation des psychiatres libéraux en fonction de la taille et du type de communes sont ou non conformes à la situation actuelle (tableau 2).

GRAPHIQUE 8

### Proportion des diplômés depuis 2000 exerçant dans leur région d'exercice



Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

Par rapport à leurs aînés, les diplômés des quatre dernières années s'orientent plus fréquemment vers les communes rurales et les communes de moins de 5 000 habitants (5,2 % contre 1,4 %), ainsi que vers les grandes agglomérations hors Paris (46,4 % contre 38,3 %). L'attractivité de l'agglomération parisienne, bien qu'encore importante, a enregistré en effet un léger recul chez les plus jeunes (-4 points). De même, ces derniers semblaient particulièrement peu attirés par les villes de taille moyenne, puisqu'ils n'étaient que 3,3 % en 2005 à s'être installés dans des unités urbaines de 20 000 à 100 000 habitants, contre 13,6 % pour l'ensemble des psychiatres libéraux.

Les tendances sont similaires pour les jeunes spécialistes, mais les changements de comportements sont beaucoup plus modérés. Encore une fois, la répartition des jeunes omnipraticiens selon la taille de la commune reste très proche de celle observée sur l'ensemble des actifs, avec toutefois un surcroît d'attractivité pour les grandes agglomérations hors Paris. Bien que les jeunes psychiatres (tout comme les spécialistes et dans une moindre mesure les omnipraticiens) orientent toujours massivement leur exercice libéral au sein des communes pôles (91,3 %, soit 4 points de moins que l'ensemble des psychiatres libéraux), ils sont plus nombreux à choisir d'exercer dans les communes rurales ou dans les communes périphériques (respectivement 3,3 % et 4,7 %, soit 2 points de plus que leurs confrères dans les deux cas). Là encore, les changements sont beaucoup plus limités pour l'ensemble des spécialistes.

On remarquera enfin, que, si l'on applique cette même analyse à l'offre salariée (tableau 3), les résultats sont quelque peu différents, dans la mesure où les psychiatres salariés récemment entrés dans la vie active (au même titre que l'ensemble des spécialistes) présentent une propension plus forte que leurs aînés à exercer dans les grandes agglomérations (dont l'agglomération parisienne), au détriment des autres communes (dont celles de petite taille).

TABLEAU 1

**Comparaison de la répartition régionale des médecins libéraux diplômés depuis 2000 et de la répartition de l'ensemble des médecins libéraux actifs** en %

Région	Médecins libéraux			Médecins libéraux diplômés entre 2000 et 2004		
	Psychiatres	Spécialistes	Omni-praticiens	Psychiatres	Spécialistes	Omni-praticiens
Île-de-France	34,6	26,1	17,8	32,5	23,2	16,9
Champagne-Ardenne	0,8	1,5	2,0	0,0	1,1	2,7
Picardie	1,0	1,6	2,6	0,7	1,6	2,5
Haute-Normandie	1,4	2,1	2,6	2,0	2,2	2,5
Centre	2,9	3,0	3,3	4,0	2,5	2,8
Basse-Normandie	1,0	1,6	2,0	0,0	1,9	1,6
Bourgogne	1,7	2,0	2,4	0,7	1,6	2,3
Nord-Pas-de-Calais	2,1	4,5	6,6	1,3	4,6	7,3
Lorraine	1,9	2,7	3,5	2,7	2,4	3,8
Alsace	2,7	2,7	2,9	1,3	2,3	3,3
Franche-Comté	1,2	1,2	1,8	1,3	1,0	1,8
Pays de la Loire	3,8	3,9	5,0	5,3	5,3	6,1
Bretagne	3,6	3,9	4,7	4,0	4,9	5,0
Poitou-Charentes	1,5	2,0	2,8	2,7	2,1	2,7
Aquitaine	6,3	5,7	5,6	4,0	5,3	5,3
Midi-Pyrénées	5,1	5,2	5,0	9,3	7,1	4,3
Limousin	0,8	0,8	1,3	2,0	0,8	1,5
Rhône-Alpes	9,6	9,3	9,2	8,0	9,1	10,3
Auvergne	1,3	1,7	2,1	3,3	2,1	2,1
Languedoc-Roussillon	4,0	4,8	4,8	2,7	6,5	4,3
PACA	11,6	11,6	9,4	11,9	10,5	8,4
Corse	0,4	0,5	0,5	0,0	0,4	0,3
DOM	0,7	1,6	2,2	0,7	1,4	2,3
Total	100	100	100	100	100	100

Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

TABLEAU 2

**Comparaison de la répartition, selon le type de commune, des médecins libéraux diplômés depuis 2000 et de la répartition de l'ensemble des médecins libéraux** en %

Taille d'unité urbaine	Médecins libéraux			Médecins libéraux diplômés entre 2000 et 2004		
	Psychiatres	Spécialistes	Omni-praticiens	Psychiatres	Spécialistes	Omni-praticiens
Commune rurale	1,0	0,7	15,4	2,6	1,7	15,2
U.u.* de moins de 5 000 hab.	0,4	0,8	7,3	2,6	1,7	5,9
U.u. de 5 000 à moins de 10 000 hab.	1,9	2,8	6,1	1,3	2,6	5,1
U.u. de 10 000 à moins de 20 000 hab.	2,7	5,0	5,5	2,6	3,9	4,3
U.u. de 20 000 à moins de 50 000 hab.	5,8	9,5	7,4	0,7	6,3	6,1
U.u. de 50 000 à moins de 100 000 hab.	7,8	10,9	7,7	2,6	8,1	6,6
U.u. de 100 000 à moins de 200 000 hab.	8,0	9,8	7,5	10,6	10,7	8,2
U.u. de 200 000 à moins de 2 000 000 hab.	38,3	35,7	27,0	46,4	42,8	33,4
Agglomération parisienne	34,0	24,9	16,1	30,5	22,1	15,2
Total	100	100	100	100	100	100
Type de commune						
Commune rurale	1,5	2,9	16,5	3,3	2,7	11,3
Commune multipolaire	0,3	0,3	3,6	0,7	0,6	3,4
Commune périphérique	2,5	2,4	11,6	4,7	3,9	14,2
Commune pôle	95,6	94,4	68,3	91,3	92,8	71,1
Total	100	100	100	100	100	100

Champ • France entière.

Sources • Adeli redressé, DREES.

TABLEAU 3

**Comparaison de la répartition, selon le type de commune, des médecins spécialistes salariés diplômés depuis 2000 et de la répartition des spécialistes actifs salariés** en %

Taille d'unité urbaine	Médecins salariés		Médecins salariés diplômés entre 2000 et 2004	
	Psychiatres	Spécialistes	Psychiatres	Spécialistes
Commune rurale	4,3	1,2	3,6	0,8
U.u.* de moins de 5 000 habitants	3,4	1,2	2,4	0,6
U.u. de 5 000 à moins de 10 000 habitants	5,2	2,5	3,0	1,3
U.u. de 10 000 à moins de 20 000 habitants	5,0	4,2	5,2	3,0
U.u. de 20 000 à moins de 50 000 habitants	8,8	9,1	6,9	6,3
U.u. de 50 000 à moins de 100 000 habitants	11,4	10,7	9,6	7,8
U.u. de 100 000 à moins de 200 000 habitants	8,7	10,6	7,3	10,4
U.u. de 200 000 à moins de 2 000 000 habitants	29,6	37,5	33,1	44,0
Agglomération parisienne	23,8	23,1	29,1	25,8
Total	100	100	100	100
Type de commune				
Commune rurale	7,1	3,1	4,9	1,5
Commune multipolaire	1,5	0,5	1,3	0,4
Commune périphérique	6,6	2,3	5,9	1,9
Commune pôle	84,8	94,1	87,9	96,2
Total	100	100	100	100

Champ • France métropolitaine.

Sources • Adeli redressé, DREES.

## ENCADRÉ 1

**Le cas particulier de l'implantation des psychiatres libéraux en Île-de-France**

Plus encore que pour les autres spécialités ou les omnipraticiens, l'Île-de-France est extrêmement bien pourvue en offre libérale de psychiatres, mais présente des disparités de très grande ampleur. Il est donc apparu intéressant d'analyser les densités à un niveau fin (à l'échelle des « cantons »), en particulier au cœur de la petite couronne parisienne.

Les densités départementales font apparaître trois cas de figures :

- Paris présente un profil exceptionnel, avec une densité de psychiatres libéraux trois fois supérieure à la moyenne nationale ;
- les départements des Hauts-de-Seine, des Yvelines et du Val-de-Marne bénéficient d'une dotation favorable : respectivement +47 %, +14 % et +10 % par rapport à la moyenne nationale ;
- à l'opposé, l'Essonne, le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis apparaissent plutôt sous-dotés (respectivement -4 %, -10 % et -17 %).

L'analyse cartographique de la petite couronne parisienne confirme l'ampleur des disparités, tout en faisant apparaître des configurations spatiales et des inégalités à des niveaux très fins. En particulier, si l'on considère uniquement Paris *intra muros*, force est de constater qu'il existe un important gradient :

- dans les arrondissements plus centraux (du 1<sup>er</sup> au 8<sup>e</sup> arrondissement), les densités dépassent souvent les 200 pour 100 000 habitants. Dans le 6<sup>e</sup> arrondissement, le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants atteint même 276, soit un nombre équivalent voire supérieur à celui de régions comme le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine ou encore la Bourgogne. Au total, les huit premiers arrondissements de Paris concentrent 9 % des psychiatres libéraux, alors qu'ils ne représentent que 0,5 % de la population nationale ;
- les arrondissements qui leur sont limitrophes, relativement aisés, présentent des densités proches de 100 pour le 14<sup>e</sup>, le 16<sup>e</sup> et le 9<sup>e</sup> arrondissement ;
- enfin, dans les arrondissements limitrophes du nord de Paris, plus populaires (18<sup>e</sup>, 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> arrondissement), les densités atteignent seulement 10 à 20 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants, soit jusqu'à plus de 20 fois moins que dans les arrondissements les mieux dotés de Paris, et un niveau inférieur à la moyenne nationale ;
- les autres arrondissements de Paris (10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 13<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup>) se trouvent dans des situations intermédiaires, avec des densités oscillant autour de 50 pour 100 000 habitants. Il existe donc de forts effets de quartiers, en lien probable avec l'environnement social et de possibles « effets de réputation ». Dans les départements attenants à Paris, les « cantons » du sud-ouest et de l'est de Paris présentent une couverture homogène en psychiatres (pas de « zones blanches »). En revanche, certains « cantons » de la Seine-Saint-Denis, ainsi que des zones plus éloignées du sud-est, ne bénéficient d'aucune offre libérale en psychiatrie.

## Les psychiatres

---

L'ÉVOLUTION DES REVENUS LIBÉRAUX DES PSYCHIATRES  
ENTRE 1993 ET 2003

Cet article présente le niveau et l'évolution du pouvoir d'achat du revenu des psychiatres (et neuropsychiatres) issu de leur activité libérale, quelle que soit la durée consacrée à ce mode d'exercice.

De manière générale, les revenus libéraux des médecins sont établis à partir d'une estimation des honoraires et des charges par spécialité (encadré 1), ce qui rend possible la comparaison des psychiatres libéraux avec les omnipraticiens et les treize autres grandes spécialités : anesthésistes, cardiologues, chirurgiens (y compris les chirurgiens orthopédistes), dermatologues, gastro-entérologues, gynécologues, ophtalmologues, ORL, pédiatres, pneumologues, radiologues, rhumatologues, stomatologues.

Parallèlement à leur activité libérale, ces médecins libéraux peuvent également exercer une ou plusieurs activités salariées, susceptibles de compléter, de manière plus ou moins conséquente, leurs revenus libéraux, et constituant même, pour certains, l'essentiel de leurs revenus annuels. Nous n'approchons donc ici que les seules rémunérations libérales et, en aucun cas, les revenus globaux de ces médecins<sup>1</sup>.

### **Les psychiatres libéraux exercent plus souvent que les autres spécialistes une activité salariée parallèle**

Or, comme nous l'avons déjà observé à partir du répertoire Adeli, les psychiatres ayant une activité libérale sont, par rapport aux autres spécialistes, ceux qui présentent la plus forte propension à exercer parallèlement en qualité de salarié. D'après les chiffres provisoires de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, fichiers du Système national inter-régimes SNIR), les libéraux exclusifs ne représenteraient en 2004 que 50 % des psychiatres ayant une activité libérale (contre 60 % à 70 % pour les autres spécialités et 90 % pour les omnipraticiens). Ils apparaissent particulièrement nombreux à exercer en parallèle comme salariés dans des structures non hospitalières : en 2004, 27 % d'entre eux

1. La DREES a récemment initié des recherches et travaux méthodologiques afin d'étudier la faisabilité d'un rapprochement, pour un même médecin, de ses revenus salariés avec ses revenus libéraux, afin d'avoir une vision complète (et donc réellement comparable) du pouvoir d'achat de ces professionnels selon leur spécialité.

travaillaient dans des dispensaires, centres de soins ou autres établissements spécialisés, contre environ 10% pour les autres spécialistes.

Il est aussi possible que l'on sous-estime le revenu libéral des psychiatres : en effet, les consultations de type « analyse », qui peuvent constituer une part de leurs rémunérations mais que l'on ne saurait quantifier, ne seraient pas prises en compte dans nos calculs, puisqu'elles ne sont pas nécessairement soumises à remboursement par la CNAMTS.

#### ENCADRÉ 1

### Sources et méthode

#### Les données sur les rémunérations des médecins libéraux

Le revenu libéral des médecins est établi à partir d'une estimation des honoraires et des charges par spécialité.

1. Les honoraires proviennent des statistiques du Système national inter-régimes (SNIR) élaborées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Le SNIR contient tous les régimes, à l'exception du régime des Français à l'étranger et, jusqu'en 1999, celui des militaires et du port autonome de Bordeaux. Jusqu'à cette date, les évolutions annuelles ne prennent donc pas en compte ces deux régimes. En revanche, ils sont intégrés dans les évolutions postérieures à 2000.

Les honoraires contenus dans le SNIR correspondent aux feuilles de soins liquidées par les régimes de l'année considérée. Des délais moyens de liquidation variables selon les années peuvent se traduire par des variations d'honoraires liquidés différentes de celles des honoraires perçus « en date de soins ».

Le champ recouvre l'ensemble des médecins pour lesquels au moins 1 euro d'honoraires a été liquidé au cours de l'année, pour être cohérent avec celui des sources fiscales sur les charges. Les honoraires des médecins des départements d'outre-mer ne sont pas pris en compte.

2. Les charges professionnelles, les débours (chèques impayés et autres) et les honoraires rétrocédés aux remplaçants proviennent des statistiques fiscales de la Direction générale des impôts (DGI). Les données fiscales exploitées ici concernent les médecins à activité normale (remplaçants exclus), conventionnés ou non, ayant rempli une déclaration contrôlée des bénéfices non commerciaux (BNC) 2035. Elles comprennent aussi les médecins hospitaliers à temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital.

#### Calcul du revenu net

Le revenu net moyen par activité libérale est estimé chaque année en appliquant aux honoraires moyens issus du SNIR le taux de débours et rétrocessions d'honoraires, puis le taux de charges, tous deux issus des BNC.

Les évolutions des revenus sur longues périodes ont été corrigées pour gommer la rupture occasionnée par l'extension de couverture du SNIR en 2000 et pour effacer les perturbations liées, sur les années 1998, 1999 et 2000, à la substitution de la contribution sociale généralisée (CSG) aux cotisations maladie.

## Les revenus libéraux actuellement connus pour les psychiatres sont plus faibles que ceux des spécialistes et des omnipraticiens

En 2003, le revenu libéral moyen des psychiatres s'élevait à 54 477 euros, contre 65 144 euros pour les omnipraticiens et 98 764 euros pour l'ensemble des spécialistes<sup>2</sup>. De toutes les spécialités médicales, la psychiatrie est celle où les revenus libéraux étaient les plus faibles, les écarts s'échelonnant de 7% avec les dermatologues, 20% avec les pédiatres, omnipraticiens, rhumatologues et pneumologues, jusqu'à 85% avec les cardiologues, 100% avec les chirurgiens et même 250% avec les radiologues (tableau 1).

TABLEAU 1

### Revenus libéraux moyens des médecins selon leur spécialité en 2004, 2003 et 2002

Spécialités	2004 <sup>1</sup>	2003	2002
Anesthésistes	150 177	143 430	135 045
Cardiologues	103 960	100 830	97 379
Chirurgiens*	115 520	110 513	107 279
Dermatologues	60 581	58 641	57 869
Gastro-entérologues	90 239	87 214	83 606
Gynécologues	78 832	76 767	71 925
Ophthalmologues	111 252	105 702	100 889
ORL	79 698	78 748	75 217
Pédiatres	63 056	64 753	58 095
Pneumologues	68 062	66 196	63 030
Psychiatres **	57 207	54 477	52 412
Radiologues	196 126	192 142	185 639
Rhumatologues	68 062	65 333	62 421
Stomatologues	102 346	99 497	93 737
<b>Total spécialistes étudiés</b>	<b>102 322</b>	<b>98 764</b>	<b>93 846</b>
<b>Omnipraticiens</b>	<b>63 666</b>	<b>65 144</b>	<b>59 731</b>
<b>Total médecins</b>	<b>81 591</b>	<b>80 690</b>	<b>75 346</b>

\* Dont chirurgiens orthopédistes.

\*\* Psychiatres et neuropsychiatres.

1. Les revenus 2004 ont été estimés en appliquant les taux de débours et de rétrocessions et les taux de charges issus des déclarations BNC 2035 relatif à l'année 2003 aux honoraires 2004 donnés par le SNIR. Ces résultats sont donc provisoires en l'attente des déclarations BNC 2035 de 2004.

Champ • Ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

Sources • Fichier SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

Les psychiatres sont, de loin, les spécialistes les moins enclins à pratiquer des actes techniques : ces derniers ne représentaient en 2003 que 1% de leurs honoraires, alors qu'ils en constituaient 5% pour les omnipraticiens, environ 40% pour les rhumatologues, gynécologues et

2. Legendre N., 2006, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », *Études et Résultats*, n° 457, janvier, DREES.

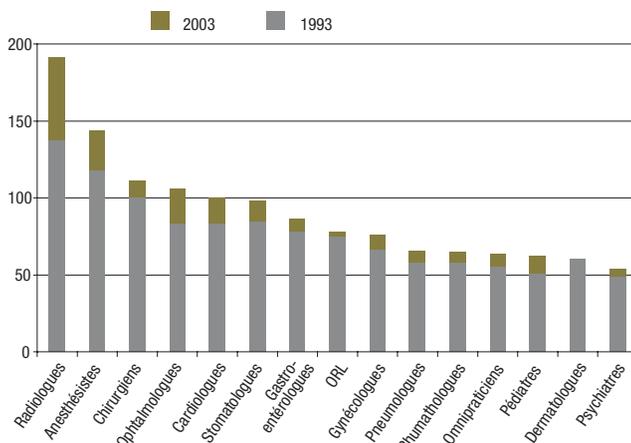
ophtalmologues et plus de 70 % pour les cardiologues, chirurgiens, anesthésistes, stomatologues et radiologues. Les dépassements, en augmentation constante pour les psychiatres comme pour les autres spécialités, représentaient 12,8 % des honoraires qu'ils percevaient en 2003, soit un peu moins que pour l'ensemble des spécialistes (14,1 %). Quant aux charges qui pèsent sur les professionnels libéraux, elles correspondaient à 45,5 % des honoraires nets des psychiatres (43,9 % pour les omnipraticiens et 49,6 % pour l'ensemble des spécialistes libéraux).

### Entre 1993 et 2003, le revenu libéral moyen des psychiatres a connu une moindre augmentation

La hiérarchie par spécialité des revenus issus des activités libérales est restée quasiment inchangée entre 1993 et 2003 (graphique 1). En revanche, les écarts se sont creusés entre les groupes de spécialités qui perçoivent les revenus les plus importants et ceux qui touchent les moins élevés. Ainsi, entre 1993 et 2003, le revenu moyen libéral réel (en euros constants) des psychiatres a augmenté en moyenne de 1 % par an, soit un niveau équivalent à celui enregistré pour les rhumatologues, gastro-entérologues et chirurgiens. À l'inverse, la croissance annuelle moyenne des revenus libéraux des omnipraticiens a atteint 1,3 % et celle de l'ensemble des spécialistes 1,9 %<sup>3</sup>.

GRAPHIQUE 1

#### Revenus libéraux moyens courants des médecins en 1993 et 2003 selon leur spécialité



3. Legendre N., 2005, « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 », *Études et Résultats*, n° 412, juillet, DREES.

**Lecture** • Les revenus moyens courants des dermatologues sont restés stables entre 1993 et 2003.

**Note** • Les psychiatres comprennent aussi les neuropsychiatres et les chirurgiens, les chirurgiens orthopédistes.

**Champ** • Ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

**Sources** • Fichier SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

Les évolutions au cours de cette décennie n'ont toutefois pas été linéaires. Sur les sous-périodes 1993-1997, 1997-2000 et 2000-2003, les rythmes de croissance des revenus des psychiatres se sont ainsi écartés sensiblement de celui des omnipraticiens et des autres spécialistes (tableau 2).

TABLEAU 2

### Taux d'évolution annuel du revenu moyen réel libéral des médecins en monnaie constante entre 1993-2003

Spécialités	2003-1993	2000-1993	1997-1993	2000-1997	2003-2000
Radiologues	3,2	3,9	3,3	4,9	1,5
Ophthalmologues	2,3	1,5	1,3	1,8	4,0
Pédiatres	2,0	0,1	-0,7	1,1	6,5
Anesthésistes	1,9	0,4	-0,3	1,4	5,2
Cardiologues	1,7	1,4	0,4	2,6	2,5
Stomatologues	1,3	-0,2	0,1	-0,7	5,1
Omnipraticiens	1,3	0,1	-1,2	1,8	4,2
Gynécologues	1,2	0,3	-0,1	0,8	3,4
Pneumologues	1,1	0,8	0,6	1,0	2,0
Rhumatologues	1,0	0,3	0,3	0,4	2,6
Psychiatres*	1,0	0,5	0,6	0,3	2,0
Gastrologues	0,9	0,1	-0,7	1,1	2,8
Chirurgiens**	0,9	-0,2	-0,6	0,3	3,6
ORL	0,2	-0,6	-1,1	0,0	2,3
Dermatologues	-0,4	-1,3	-2,3	-0,1	1,9
<b>Total spécialistes étudiés</b>	<b>1,9</b>	<b>1,2</b>	<b>0,5</b>	<b>2,1</b>	<b>3,5</b>
<b>Total médecins</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b>	<b>-0,3</b>	<b>1,9</b>	<b>3,8</b>
Indice des prix	1,5	1,4	1,7	1,0	1,9

\* Psychiatres et neuropsychiatres.

\*\* Dont chirurgiens orthopédistes.

Lecture • Entre 2000 et 2003 le revenu courant a augmenté en moyenne, par médecin, de  $3,8+1,9 = 5,7\%$ , aux arrondis près.

Champ • Ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année.

Sources • Fichier SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES.

Entre 1993 et 1997, le revenu moyen des psychiatres a connu une évolution similaire à celle des spécialistes (+0,6% contre +0,5%), sous l'effet de deux tendances antagonistes: une forte augmentation des tarifs réels hors dépassement (+1,3% par an contre 0,7% pour les spécialistes), freinée par la faiblesse du développement de l'activité (+0,4% par an contre +1,2% pour l'ensemble des spécialités). Par la suite, le revenu réel des psychiatres est resté quasiment stable entre 1997 et 2000 (+0,3% par an), en raison d'une relative inertie du niveau d'activité (+1,4% par an contre +2,8% pour les spécialistes dans leur ensemble). Dans le même temps, le revenu libéral des spécialistes enregistrait une forte progression (+2,1% par an). L'évolution du revenu libéral des psychiatres a ensuite connu une amélioration entre

2000-2003 (+2 % par an), laquelle demeure toutefois nettement moins forte que celle de l'ensemble des spécialistes (+3,5 %). Depuis 2000, les psychiatres figurent donc avec les cardiologues, les oto-rhino-laryngologistes (ORL), les radiologues et dermatologues, parmi les spécialités qui n'ont pas connu d'augmentations sensibles du pouvoir d'achat de leur revenu libéral. Le revenu des omnipraticiens a, quant à lui, marqué une régression dans la période 1993-1997 (-1,2 %), suivie d'une progression entre 1997-2000 (+1,8 %), qui s'est accélérée fortement (+4,2 %) entre 2000 et 2003 (tableau 2).

### **Les résultats provisoires pour 2004 indiquent une forte croissance du revenu libéral des psychiatres, qui contrebalancerait la faible évolution de 2002-2003**

Des estimations ont été réalisées sur les rémunérations libérales en 2004, en considérant les taux de charges inchangés par rapport à ceux observés en 2003. Ces résultats sont donc encore provisoires.

Ces estimations (tableau 1) établissent un revenu libéral moyen de 57 207 euros pour les psychiatres (+5 % en euros courants en 2004, soit presque +3 % en euros constants), de 63 666 euros pour les omnipraticiens (-4 % en euros constants) et de 102 322 euros pour l'ensemble des spécialistes (+1,5 % en euros constants). La psychiatrie serait donc la spécialité, avec l'ophtalmologie (+3,1 % en euros constants), qui aurait connu la plus forte hausse des rémunérations libérales entre 2003 et 2004. Une telle croissance s'expliquerait davantage par un « effet prix » ou un « effet tarif » (augmentation des tarifs de +3,9%<sup>4</sup> contre +0,3 % pour l'ensemble des médecins), que par un « effet volume » (croissance de l'activité individuelle de +0,9 % contre +0,6 % pour l'ensemble des médecins).

4. Ces hausses proviennent elles-mêmes de la mise en place, en septembre 2003, d'une majoration des consultations de spécialistes (2 euros) et des consultations neuropsychiatriques (2,70 euros).

Cette évolution favorable doit toutefois être rapprochée de la relative stagnation du niveau de vie des psychiatres entre 2002 et 2003 (+1,8 % en euros constants), alors même que l'année 2002 a été marquée par des taux de croissance des revenus exceptionnellement élevés pour la majorité des disciplines (près de +5 % pour l'ensemble des médecins). Comparativement, les psychiatres avaient en effet été peu concernés par la revalorisation des tarifs (+1 % contre +3,8 %) ni par la croissance de l'activité individuelle (+0,3 % contre +1,6 %).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (sous la dir. de), 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Éditions ENSP.
- Bessière S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, janvier-mars, DREES.
- Bessière S., Breuil-Genier P., Darrine S., 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, novembre, DREES.
- Billaut A., 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474, mars, DREES.
- Billaut A., 2005, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Études et Résultats*, n° 429, septembre, DREES.
- Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Données sociales : la société française. Édition 2006*, mai, INSEE.
- Breuil-Genier P., 2003, « Démographie médicale : intérêts et difficultés d'analyses à différents niveaux géographiques », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXIII<sup>e</sup> année, n° 2, p. 165-186.
- Coldefy M., 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », *Études et Résultats*, n° 443, novembre, DREES.
- Coldefy M., Salines E., 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », *Études et Résultats*, n° 342, octobre, DREES.
- Coldefy M., 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 », *Document de travail, série études*, n° 42, mars, DREES.
- Couffinal A., Mousques J., en partenariat avec le Conseil national de l'ordre des médecins, 2001, « La démographie médicale française : état des lieux », *Questions d'économie de la santé*, n° 44, décembre, IRDES.
- European Commission, « The State of Mental Health in the European Union », 2004 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf)).
- Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C., 2006, « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Questions d'économie de la santé*, n° 111, juillet, IRDES.
- Hardy-Dubernet A.-C., Arliaud M., Horellou-Lafarge C., Leroy F., Blanc M.-A., 2003, « La réforme de l'internat de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 15.
- Hardy-Dubernet A.-C., 2000, « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection? », *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 32, septembre.
- Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M.-C., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, INSERM/Doin.

- Julien P.**, 2000, « Mesurer un univers urbain en expansion », *Économie et Statistiques*, n° 336, INSEE.
- Legendre N.**, 2006, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », *Études et Résultats*, n° 457, janvier, DREES.
- Legendre N.**, 2005, « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 », *Études et Résultats*, n° 412, juillet, DREES.
- Mission nationale d'appui en santé mentale**, 2006, « La démographie médicale en psychiatrie », *La lettre Pluriels*, n° 59, juin, MNASM.
- Niel X.**, 2001, « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXXI<sup>e</sup> année, n° 2, p. 141-172, avril-juin.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)**, 2006, « Les professionnels de santé : comptes rendus des auditions », *Rapport 2005*, tome III.
- Sicart D.**, 2005, « Les médecins. Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2005 », *Document de travail*, n° 88, octobre, DREES.

## Le personnel des secteurs de psychiatrie : état des lieux et évolution depuis 1989

---

Magali Coldefy\*

Les données sur les personnels médicaux et non médicaux exerçant en psychiatrie ne sont pas aisément disponibles sur longue période. De plus, les données issues de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne permettent pas toujours d'identifier les personnels exerçant spécifiquement dans les services de psychiatrie.

Il a donc été choisi de présenter ici les données relatives aux professionnels ressortissant des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, données recueillies dans les rapports d'activité des secteurs. La psychiatrie sectorisée représente en effet 75 % des journées d'hospitalisation temps plein en psychiatrie et 85 % des venues en hospitalisation partielle de jour et de nuit (DREES, SAE, 2004). Le reste de l'activité est réalisé par les établissements privés et certains services non sectorisés des centres hospitaliers régionaux ou généraux.

Le personnel de la psychiatrie sectorisée, plus diversifié que le seul personnel exerçant dans les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, n'est certes pas représentatif de l'ensemble du personnel. En effet, avec des missions élargies allant de la prévention à la réinsertion, la sectorisation psychiatrique a développé une gamme très variée de modalités de prises en charge, y compris hors établissements de santé. L'activité ambulatoire<sup>1</sup> (spécifique à la psychiatrie sectorisée) suit plus de 86 % de la file active<sup>2</sup> des secteurs de psychiatrie générale et 97 % de la file active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La prépondérance de cette activité ambulatoire pour les établissements sectorisés (activité non proposée par les autres établissements) mobilise des catégories de personnel de santé spécifiques et ne permet donc pas d'étendre la description réalisée ici à l'ensemble des professionnels exerçant en psychiatrie.

Les équipes de secteurs de psychiatrie sont pluri-professionnelles. Elles ont en charge les soins, la prévention et la réinsertion de la population d'un territoire donné (le secteur psychiatrique). En 2003, ce territoire

\* DREES.

1. Consultations au centre médico-psychologique, soins et interventions à domicile ou en unité substitutive au domicile (dont maisons de retraite, milieu pénitentiaire), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence des hôpitaux généraux), en établissement social, médico-social, médico-éducatif, etc.
2. Nombre de patients suivis au moins une fois dans l'année. Sources : DREES, *Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie*, 2003.

couvrait une population moyenne de 60 700 habitants âgés de plus de 16 ans pour les secteurs de psychiatrie générale (817 secteurs) et de 41 200 enfants et adolescents âgés de 16 ans ou moins pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (321 secteurs). Ces équipes, générale ou infanto-juvénile, ont vu près de 1 500 patients en moyenne en 2003.

## Les équipes des secteurs de psychiatrie générale en 2003

Pour prendre en charge les 1 500 patients vus dans l'année 2003, chaque secteur de psychiatrie générale disposait en moyenne :

- **d'une équipe « médicale »** qui totalise 6,5 équivalents temps plein<sup>3</sup> (ETP), dont 3,9 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,8 ETP d'internes ;
- **d'une équipe « non médicale »** qui totalise 78,2 ETP avec :
  - 50,6 ETP de personnel infirmier (personnel d'encadrement infirmier, infirmier de secteur psychiatrique ou infirmier diplômé d'État), soit 65 % du total non médical ;
  - 8,5 ETP d'agents de service hospitalier, soit 11 % du total ;
  - 8,1 ETP d'aides-soignants, soit 10 % du total ;
  - 3,5 ETP de secrétaires médicales, soit 5 % du total ;
  - 2,9 ETP de psychologues, soit 4 % du total ;
  - 1,8 ETP d'assistants de service social, soit 2 % du total ;
  - 0,9 ETP de personnel de rééducation (psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute), soit 1 % du total ;
  - 0,5 ETP de personnel éducatif (éducateur, moniteur-éducateur, animateur, personnel d'encadrement socio-éducatif), soit 1 % du total.

Le personnel « médical » est composé de médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI : faisant fonction d'interne et DIS : diplômés interuniversitaires de spécialités) qui sont en formation.

Le personnel « non médical » est composé des personnels administratifs, des personnels soignants (sages-femmes, personnel d'encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier et autres personnes des services médicaux), des personnels éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques.

### *Le personnel médical*

Les effectifs totaux du personnel médical (tableau 1) varient de 5,4 ETP pour les centres hospitaliers généraux (CH) à 8,6 pour les centres hospitaliers régionaux (CHR). Ces derniers comptent naturellement plus d'internes (2,7 ETP contre seulement 0,8 ETP pour l'ensemble des secteurs). Cet effectif en personnel médical est sensiblement le même dans les établissements spécialisés, avec 6,8 ETP pour les centres hospitaliers spécialisés

3. L'équivalent temps plein (ETP) est calculé dans les tableaux au prorata du taux de rémunération.

(CHS) et pour les établissements privés spécialisés participant au service public hospitalier (PSPH ou ex-HPP: hôpitaux privés psychiatriques faisant fonction de publics). Du fait de leur mode de recrutement<sup>4</sup>, ces derniers emploient davantage de psychiatres contractuels que les autres catégories d'établissements (1,3 ETP contre 0,2 ETP pour l'ensemble des secteurs). Les établissements spécialisés recourent davantage à des médecins non psychiatres (0,7 ETP pour les CHS et 0,8 ETP pour les établissements privés).

TABLEAU 1

### Personnel médical dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003 (ETP moyen par secteur)

	Catégorie d'établissement de rattachement				
	CHS <sup>1</sup>	Établissements privés (ex-HPP) <sup>2</sup>	CHR <sup>3</sup>	CH <sup>4</sup>	Total
Psychiatres praticiens hospitaliers à temps plein	3,5	2,8	4,0	3,4	3,4
Psychiatres praticiens hospitaliers à temps partiel	0,6	0,5	0,4	0,3	0,5
Assistants (psychiatres)	0,7	0,4	0,3	0,4	0,5
Attachés (psychiatres)	0,3	0,4	0,7	0,2	0,3
Psychiatres contractuels	0,1	1,3	0,2	0,1	0,2
Praticiens adjoints contractuels (psychiatres)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Autres médecins non psychiatres	0,7	0,8	0,2	0,5	0,6
Internes en psychiatrie	0,5	0,3	2,3	0,2	0,5
FFI <sup>5</sup> ou DIS <sup>6</sup> en psychiatrie	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2
Autres internes, résidents, FFI/DIS	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
<b>Total médecins</b>	<b>5,9</b>	<b>6,3</b>	<b>5,9</b>	<b>5,0</b>	<b>5,7</b>
<b>Total internes</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5</b>	<b>2,7</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>
<b>Total du personnel médical</b>	<b>6,8</b>	<b>6,8</b>	<b>8,6</b>	<b>5,4</b>	<b>6,5</b>

1. CHS : centres hospitaliers spécialisés.

2. Ex-HPP : les anciens hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics sont désormais appelés les établissements privés spécialisés participant au service public hospitalier. Par souci de simplification, ces établissements sont désignés comme « établissements privés » dans le texte.

3. CHR : centre hospitalier régional.

4. CH : centre hospitalier général.

5. FFI : faisant fonction d'interne.

6. DIS : diplôme interuniversitaire de spécialités.

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES, 2003.

Ces effectifs sont inférieurs aux postes médicaux prévus dans le budget des établissements : en 2003, 289 postes de psychiatres à temps plein et 112 à temps partiel étaient déclarés vacants depuis plus d'un an dans 30% des secteurs de psychiatrie générale. Un secteur sur trois s'est ainsi retrouvé confronté à des problèmes de recrutement. Cette proportion a augmenté depuis 2000 et touche différemment les secteurs selon leur catégorie d'établissement de rattachement. Les secteurs rattachés à un CH doivent plus souvent faire face à ces difficultés de recrutement, puisque 40% d'entre eux ont déclaré des postes vacants depuis

4. Les établissements privés participant au service public hospitalier peuvent recruter des praticiens hospitaliers (par voie de détachement), ou des médecins financés aux honoraires (sous contrat à durée déterminée d'une durée égale au plus à 4 ans), voir les articles L. 6161-7 et R.715-6-10 du Code de santé publique.

plus d'un an en 2003, alors que cette proportion est de 29 % dans les CHS, 27 % dans les établissements privés et 15 % dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les CHR. Les établissements publics et privés représentaient respectivement 10 % et 18 % des psychiatres rémunérés en décembre 2003. Ce constat a été renouvelé lors du plan Santé mentale mis en place en 2005.

### *Le personnel non médical*

Les effectifs totaux en personnel non médical varient de 63 ETP en moyenne dans les CH (tableau 2) à 69,4 ETP dans les CHR et 85,4 ETP dans les CHS à 94,3 ETP dans les établissements privés (ex-HPP). Ces différences sont très marquées pour le personnel infirmier entre établissements spécialisés ou généraux (plus de 50 ETP dans les CHS et les établissements privés) et les CH ou CHR (39 ETP). Elles sont en grande partie liées aux écarts de capacité en lits d'hospitalisation à temps plein. Ainsi, dans les secteurs comptant moins de 50 lits, l'effectif de personnel non médical est de 63,3 ETP, 99 ETP dans les secteurs de 50 à 100 lits et 189,3 ETP dans les secteurs de plus de 100 lits. Or, 76 % des secteurs rattachés à des CH et CHR comptent moins de 50 lits, contre 61 % des secteurs rattachés à des CHS et 52 % des secteurs rattachés à des établissements privés.

Plus d'un quart des secteurs ont déclaré des postes d'infirmiers et cadres vacants depuis plus d'un an, soit au total 1 088 postes à temps plein et 38 postes à temps partiel. Les secteurs rattachés à des CH et des CHS sont ceux qui rencontrent les plus importantes difficultés de recrutement : 30 % de ces secteurs ont déclaré des vacances de postes, contre respectivement 9 % et 13 % pour les EPSP et les CHR.

### *Proportion de personnels consacrés à certaines modalités de prise en charge*

En 2003, les secteurs de psychiatrie générale ont déclaré que 62 % des personnels travaillaient dans l'unité d'hospitalisation à temps plein du secteur, contre 56 % en 2000<sup>5</sup>. Cette part varie selon les catégories professionnelles : elle atteint 67 % pour le personnel infirmier, 54 % pour les assistants de service social, 51 % pour les médecins et 35 % pour les psychologues. Pour l'ensemble des personnels, cette part a augmenté par rapport à 2000. De nombreux professionnels évoquent l'hypothèse selon laquelle, quand les effectifs soignants sont limités, on concentre les moyens sur les unités d'hospitalisation pour traiter les cas les plus graves.

L'activité de liaison vers les autres établissements sanitaires (ou services somatiques de l'établissement) ou médico-sociaux constitue une part importante et croissante de l'activité des secteurs de psychiatrie générale. En 2003, elle a mobilisé 0,7 ETP médicaux<sup>6</sup>, 1,9 ETP d'infirmiers

5. Le rapport Piel-Roelandt « De la psychiatrie vers la santé mentale » préconisait de consacrer 40 % des ressources à l'activité hospitalière.

6. En moyenne par secteur ayant une telle activité.

et 0,2 ETP de psychologues, soit 11 % du temps médical, 3,5 % du temps infirmier et 7 % du temps de psychologue de l'équipe. Les activités de liaison sont supérieures à celles déclarées en 2000. Cela peut s'interpréter comme un plus grand investissement des équipes de secteur dans ce type d'activité, mais aussi en partie comme une amélioration de la qualité de l'information recueillie.

TABLEAU 2

### Personnel non médical dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003 (ETP moyen par secteur)

	Catégorie d'établissement de rattachement				
	CHS <sup>1</sup>	Établissements privés (ex-HPP) <sup>2</sup>	CHR <sup>3</sup>	CH <sup>4</sup>	Total
Secrétaire médicale	3,8	3,9	3,2	3,0	3,5
Psychologue	2,9	3,1	2,7	2,8	2,9
Infirmier de secteur psychiatrique ou DE	50,2	51,3	39,0	38,6	46,0
Personnel d'encadrement infirmier	5,3	5,9	3,5	3,2	4,6
Masseur-kinésithérapeute	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Psychomotricien	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2
Orthophoniste	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0
Ergothérapeute	0,6	0,5	0,8	0,5	0,6
Personnel d'encadrement socio-éducatif	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
Assistant de service social	1,9	2,4	1,8	1,6	1,8
Éducateur	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
Moniteur éducateur	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
Animateur	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1
Aide-soignant	9,5	9,9	9,0	4,8	8,1
Aide médico-psychologique	0,3	1,6	0,0	0,2	0,4
Agent des services hospitaliers	9,1	11,6	8,1	6,8	8,5
Autres personnels des services médicaux	0,3	1,0	0,1	0,1	0,3
Autres personnels non médicaux affectés au secteur	0,9	2,1	0,3	0,7	0,9
<b>Total personnel non médical</b>	<b>85,4</b>	<b>94,3</b>	<b>69,4</b>	<b>63,0</b>	<b>78,2</b>

1. CHS : centres hospitaliers spécialisés.

2. Ex-HPP : les anciens hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics sont désormais appelés les établissements privés spécialisés participant au service public hospitalier. Par souci de simplification, ces établissements sont désignés comme « établissements privés » dans le texte.

3. CHR : centre hospitalier régional.

4. CH : centre hospitalier général.

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES, 2003.

Par ailleurs, les secteurs peuvent intervenir dans les services d'urgences hospitalières. Deux tiers des secteurs participent ainsi aux urgences de l'hôpital général (65 % en 2003, contre 52 % en 2000). 48 % y participent dans le cadre d'un service d'accueil des urgences (SAU),

24 % d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) et moins de 1 % dans le cadre d'un pôle spécialisé des urgences (POSU). Le personnel consacré à cette modalité de prise en charge est comparable à celui participant à la psychiatrie de liaison, soit 1,1 ETP médicaux, 1,3 ETP d'infirmiers et 0,9 ETP d'autres professionnels.

En outre, 129 secteurs (16 %) ont déclaré intervenir en milieu pénitentiaire, dans le cadre d'un protocole passé avec un établissement pénitentiaire. 74 % d'entre eux interviennent en maison d'arrêt, 7 % en centre de détention, 5 % en centre de semi-liberté. Seuls 40 secteurs y réalisent des activités de groupe. 36 secteurs ont mentionné d'autres activités (entretiens, consultations psychologiques, psychothérapies, prévention du suicide, etc.). Certains secteurs ont inclus les interventions auprès des professionnels (coordination avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies, réunions de coordination, formation aux surveillants pénitentiaires, etc.). Cette activité occupe en moyenne 0,5 ETP de médecins, 1,6 ETP d'infirmiers, 0,6 ETP de psychologues et 0,6 ETP d'autres professionnels. Le nombre moyen de patients suivis dans l'année par ces secteurs était de 96.

### *Évolution depuis 1989*

Si le nombre d'ETP en personnel médical est relativement stable depuis 1989, celui des personnels non médicaux a en revanche diminué de 10 % sur la période, malgré la forte croissance de la file active moyenne par secteur (de 900 à 1 500 patients en moyenne, voir graphique 1). Tout se passe comme si l'évolution du personnel non médical suivait l'évolution du nombre total de journées de prise en charge, qui a également été réduit de 12 % en 11 ans<sup>7</sup>. Il faut cependant ajouter que la réduction du temps de travail mise en place dans les établissements de santé en 2001 aurait dû entraîner une augmentation des effectifs. La relative stabilité des ETP médicaux (+3 % entre 1989 et 2003) renvoie donc à une baisse du temps de personnel disponible.

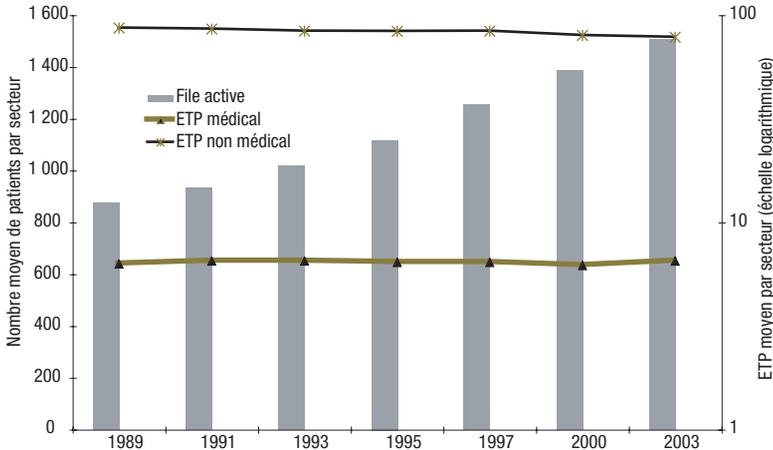
Au sein du personnel médical, le nombre d'internes et d'attachés s'est réduit, passant de 2,1 ETP d'internes et 0,8 ETP d'attachés en 1989 à respectivement 0,8 ETP et 0,3 ETP en 2003. C'est le cas dans l'ensemble des disciplines pour les internes, dont le nombre global est passé de 29 000 en 1984 à 13 000 en 2001<sup>8</sup>. En revanche, la diminution du nombre d'attachés semble spécifique à la psychiatrie.

Les ETP de médecins non psychiatres ont été multipliés par cinq sur la période entre 1989 et 2003, cette tendance pouvant être interprétée comme une évolution des pratiques ou des populations suivies, ou enfin comme une façon de répondre aux besoins non pourvus de psychiatres.

7. Activités ambulatoires, à temps partiel ou à temps complet confondues, c'est-à-dire en faisant la somme des actes réalisés en ambulatoire et des journées de prise en charge à temps partiel et temps complet.

8. Vilain A., Niel X., 2001, « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 1980 », *Études et Résultats*, DREES, n° 145, novembre.

## GRAPHIQUE 1

**Évolution 1989-2003 du personnel et de la file active des secteurs de psychiatrie générale**

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES, 2003.

Au sein du personnel non médical, les effectifs qui ont le plus diminué (de -8 % à -47 % en 15 ans selon les catégories) sont les infirmiers, les cadres supérieurs de santé, les ergothérapeutes, les agents des services hospitaliers et les autres personnels non médicaux affectés au secteur – les effectifs d'agents des services hospitaliers sont cependant en augmentation depuis 2000. À l'inverse, les psychologues, les aides-soignants et les secrétaires médicales ont vu leur nombre d'ETP augmenter fortement sur la période.

La répartition par sexe du personnel médical et non médical exerçant dans les secteurs de psychiatrie générale a peu évolué entre 2000 et 2003<sup>9</sup> : 44 % du personnel médical et 76 % du personnel non médical sont des femmes, contre 44 % et 74 % en 2000.

## Des pratiques professionnelles différentes selon les secteurs

### *L'accueil hors urgence : un partage fréquent entre médecins et autres professionnels*

Lorsqu'un patient vient pour la première fois consulter en secteur de psychiatrie, il est reçu exclusivement par un médecin dans 11 % des secteurs. Dans les autres secteurs, il peut être reçu par un médecin ou par autre professionnel. Cet autre professionnel est souvent un infirmier

9. Données antérieures non disponibles.

(96 %), un psychologue (63 %) et, dans une moindre mesure, un assistant de service social (34 %). L'infirmier intervient donc en première position dans les secteurs de psychiatrie générale, et sa position par rapport aux autres professionnels s'est renforcée en 2003 par rapport à 2000.

Si les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec un professionnel non médical sont relativement stables depuis 2000 (60 % des secteurs l'accordent en moins d'une semaine), les conditions se sont dégradées pour consulter un médecin (12 % des secteurs l'accordent en moins d'une semaine contre 17 % en 2000). Les délais d'attente pour obtenir ce premier rendez-vous semblent donc liés aux pratiques professionnelles des secteurs, selon que ce premier entretien est réalisé exclusivement par un médecin ou pas (voir l'article p. 23).

### ***Le suivi ambulatoire est assuré par un médecin référent dans 97 % des secteurs***

Dans la quasi-totalité des secteurs (97 %), le suivi ambulatoire d'un patient hospitalisé est également assuré par le médecin désigné comme référent : une fois que le patient n'est plus hospitalisé et qu'il vient par exemple pour des consultations en centres médico-psychologiques (CMP) ou en atelier thérapeutique, il est pris en charge par le même médecin.

Cette pratique est plus fréquente dans les secteurs rattachés à des CH : ce suivi globalisé du patient en ambulatoire et à temps plein est de règle dans 31 % des secteurs rattachés à un CH (contre 10 % des secteurs rattachés à un établissement privé).

Dans plus d'un quart des secteurs, les infirmiers qui travaillent dans le cadre de l'hospitalisation à temps plein ne participent jamais au suivi des patients en ambulatoire. Cette proportion est encore plus élevée dans les établissements privés. Seuls les secteurs rattachés à des CHR semblent privilégier un suivi global, du temps plein à l'ambulatoire, par les infirmiers : dans 32 % de ces secteurs, les infirmiers qui travaillent en hospitalisation à temps plein assurent « toujours » ou « souvent » le suivi ambulatoire des patients (12 % pour l'ensemble des secteurs).

En revanche, en hospitalisation à temps plein, un infirmier peut être désigné comme référent dans la quasi-totalité des secteurs (84 %) et c'est « toujours » ou « souvent » le cas dans 58 % des secteurs rattachés à un CHS. Cependant, cet infirmier référent pour l'hospitalisation à temps plein le reste rarement pour l'ambulatoire : il ne l'est « jamais » dans 57 % des secteurs, voire dans 81 % des secteurs rattachés à un établissement privé, et seulement « parfois » dans 35 % des secteurs.

Quelle que soit la forme prise, la notion de professionnel référent, médecin ou non, semble moins souvent utilisée en 2003 par rapport à 2000.

### **Les relations avec les autres professionnels du secteur**

La quasi-totalité des secteurs de psychiatrie générale ont déclaré être en relation directe avec le médecin généraliste traitant des patients ou avec leur psychiatre si les patients sont suivis par un autre psychiatre. Mais ces relations sont plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les médecins généralistes. Ainsi, 21 % des secteurs ont indiqué être toujours en relation directe avec le médecin traitant (33 % avec les psychiatres).

Ce sont les secteurs rattachés à des CHR qui entretiennent les relations les plus fréquentes avec la médecine de ville : 93 % de ces secteurs ont déclaré avoir « toujours » ou « souvent » une relation directe avec le médecin généraliste du patient, contre 87 % des secteurs rattachés à un CHS. Il en est de même avec les psychiatres : 93 % avaient « toujours » ou « souvent » une relation directe avec le psychiatre qui suit le patient par ailleurs.

Dans la quasi-totalité des secteurs, le médecin généraliste traitant pourrait prendre le relais dans la prescription de psychotropes pour les patients suivis par le secteur. Mais, dans les faits, ce relais est peu fréquent : il est assuré seulement « parfois » dans 69 % des secteurs.

Dans 98 % des secteurs, l'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social des patients sont réalisés par un membre de l'équipe du secteur (conjointement ou non avec les services sociaux). Pour 99 % des secteurs, c'est un assistant de service social ou un infirmier (75 %) qui s'en charge.

Dans seulement 15 % des secteurs, les aides conjointes sont assurées systématiquement. Enfin, dans 8 % des secteurs, l'aide est assurée directement et exclusivement par les services sociaux municipaux ou départementaux.

### **Les équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003**

Pour prendre en charge les 1 400 patients vus dans l'année 2003, chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile disposait en moyenne :

- **d'une équipe « médicale »** qui totalise 5,9 ETP dont 4,1 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,8 ETP d'internes ;
- **d'une équipe « non médicale »** qui totalise 50,7 ETP avec :
  - 18,4 ETP de personnel infirmier (personnel d'encadrement infirmier, infirmier de secteur psychiatrique ou infirmier diplômé d'État), soit 36 % du total non médical ;
  - 7,0 ETP de psychologues, soit 14 % du total ;
  - 6,6 ETP de personnel éducatif (éducateur, moniteur-éducateur, animateur, personnel d'encadrement socio-éducatif), soit 13 % du total ;

- 6,0 ETP de personnel de rééducation (psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute), soit 12 % du total ;
- 4,1 ETP de secrétaires médicales, soit 8 % du total ;
- 3,6 ETP d'agents de service hospitalier, soit 7 % du total ;
- 1,9 ETP d'assistants de service social, soit 4 % du total.

L'équipe de secteur de psychiatrie infanto-juvénile est donc plus réduite que celle des secteurs de psychiatrie générale, notamment pour le personnel non médical (78,2 ETP en psychiatrie générale contre 50,7 ETP en infanto-juvénile). Cette différence est liée en grande partie au nombre moins important d'infirmiers, d'agents de service hospitalier et d'aides-soignants, dans ces secteurs où l'hospitalisation est très peu fréquente et où 97 % des patients sont vus en ambulatoire, sous forme de consultations ou d'activités de groupe.

La structure des professionnels non médicaux est également très différente de celle observée dans les équipes de secteurs de psychiatrie générale : on y trouve davantage de psychologues (7 ETP en moyenne contre 2,9 dans les équipes de psychiatrie générale), de personnels éducatifs (6,6 ETP contre 0,5 ETP), et de personnels de rééducation (6 ETP contre 0,9 ETP).

### ***Le personnel médical***

L'effectif total du personnel médical varie de 5,0 ETP pour les centres hospitaliers (CH) à 6,8 pour les établissements privés spécialisés participant au service public hospitalier (PSPH, ex-HPP : hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics), dont 1,2 ETP de psychiatres contractuels. Ce type de personnel est également en nombre élevé dans les secteurs rattachés à des CHR, mais essentiellement du fait du nombre important d'internes (1,9 ETP contre seulement 0,8 ETP pour l'ensemble des secteurs). Les disparités de dotation en personnel médical entre catégories d'établissements de rattachement se sont donc réduites depuis 2000, où elles variaient de 4,4 ETP pour les CH à 7,1 dans les CHR et 7,5 dans les établissements privés (tableau 3).

En 2003, 99 postes de psychiatres à temps plein et 56 postes à temps partiel ont été déclarés vacants depuis plus d'un an dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, soit un quart de plus qu'en 2000. Ces vacances de poste touchent 20 % des secteurs et affectent davantage les secteurs rattachés à des CH – elles sont rares dans les CHR.

### ***Le personnel non médical***

Les effectifs totaux en personnel non médical varient de 39,5 ETP en moyenne dans les CH à 47,0 dans les CHR et 57,4 dans les CHS à 64,2 dans les établissements privés (tableau 4). Comme pour le personnel médical, les disparités entre catégories d'établissement de rattachement

ment tendent à se réduire depuis 2000, au bénéfice des CH (qui comp-  
taient 36,5 ETP par secteur en 2000). Ces différences sont très mar-  
quées pour le personnel infirmier entre établissements spécialisés ou  
généraux, avec plus de 22 ETP dans les CHS et les établissements pri-  
vés et moins de 16 ETP dans les CH ou CHR.

9 % des secteurs ont déclaré des postes d'infirmiers et cadres vacants  
depuis plus d'un an, soit au total 88 postes à temps plein et 3 postes à  
temps partiel. Les difficultés de recrutement semblent donc moins fré-  
quentes que dans les secteurs de psychiatrie générale.

TABLEAU 3

### Personnel médical des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003 (ETP moyen par secteur)

	Catégorie d'établissement de rattachement				
	CHS <sup>1</sup>	Établissements privés (ex-HPP) <sup>2</sup>	CHR <sup>3</sup>	CH <sup>4</sup>	Total
Psychiatres PH à temps plein	3,5	2,9	3,1	3,2	3,4
Psychiatres PH à temps partiel	0,7	1,2	0,7	0,5	0,7
Assistants (psychiatres)	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4
Attachés (psychiatres)	0,3	0,1	0,5	0,2	0,2
Psychiatres contractuels	0,1	1,2	0,1	0,1	0,2
Praticiens adjoints contractuels (psychiatres)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres médecins non psychiatres	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
Internes en psychiatrie	0,6	0,7	1,8	0,3	0,6
FFI <sup>5</sup> ou DIS <sup>6</sup> en psychiatrie	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Autres internes, résidents, FFI/DIS	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
<b>Total médecins</b>	<b>5,4</b>	<b>6,0</b>	<b>5,0</b>	<b>4,5</b>	<b>5,1</b>
<b>Total internes</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,9</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>
<b>Total personnel médical</b>	<b>6,2</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>	<b>5,0</b>	<b>5,9</b>

1. CHS : centres hospitaliers spécialisés.

2. Ex-HPP : les anciens hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics sont désormais appelés les établissements  
privés spécialisés participant au service public hospitalier. Par souci de simplification, ces établissements sont désignés  
comme « établissements privés » dans le texte.

3. CHR : centre hospitalier régional.

4. CH : centre hospitalier général.

5. FFI : faisant fonction d'interne.

6. DIS : diplôme interuniversitaire de spécialités.

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES, 2003.

### *Les capacités d'hospitalisation : de fortes discriminations des dotations en personnel*

Il faut tenir compte dans ces comparaisons de la distinction entre les  
secteurs qui disposent de lits d'hospitalisation à temps plein et les sec-  
teurs qui n'en disposent pas, l'hospitalisation à temps plein étant la

modalité de soins qui nécessite le plus de personnel. En effet, 38 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ne proposent pas de prise en charge en hospitalisation à temps plein. Lorsqu'un secteur dispose de lits d'hospitalisation à temps plein, le nombre moyen de personnel non médical est près de deux fois supérieur à celui des équipes de secteurs ne disposant pas de lits (69,2 ETP pour les premiers contre 39,5 pour les seconds). Cette dotation plus importante, si elle touche fortement les infirmiers (29,0 ETP en moyenne quand il y a des lits d'hospitalisation, contre 11,9 autrement) et les agents de service hospitalier, concerne de manière certes plus modérée, l'ensemble des catégories professionnelles intervenant dans le secteur.

TABLEAU 4

### Répartition du personnel non médical des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003 (ETP moyen par secteur)

	Catégorie d'établissement de rattachement				
	CHS <sup>1</sup>	Établissements privés (ex-HPP) <sup>2</sup>	CHR <sup>3</sup>	CH <sup>4</sup>	Total
Secrétaire médicale	4,4	5,5	3,5	3,6	4,1
Psychologue	7,3	8,2	5,0	6,7	7,0
Infirmier de secteur psychiatrique ou DE	19,6	19,6	13,8	10,1	15,8
Personnel d'encadrement infirmier	3,4	3,0	1,9	1,4	2,6
Masseur-kinésithérapeute	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1
Psychomotricien	3,3	3,4	2,3	3,1	3,2
Orthophoniste	2,8	3,8	2,1	2,5	2,7
Ergothérapeute	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1
Personnel d'encadrement socio-éducatif	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3
Assistant de service social	1,8	2,4	2,4	1,7	1,9
Éducateur	5,9	8,0	6,3	4,6	5,6
Moniteur éducateur	0,8	0,5	0,5	0,6	0,7
Animateur	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0
Aide-soignant	1,5	0,9	2,6	1,0	1,4
Aide médico-psychologique	0,4	0,9	0,1	0,2	0,3
Agent des services hospitaliers	3,7	5,6	4,8	2,8	3,6
Autres personnels des services médicaux	0,5	0,7	0,4	0,2	0,4
Autres personnels des services médicaux	1,3	1,0	0,6	0,8	1,1
<b>Total personnel non médical</b>	<b>57,4</b>	<b>64,2</b>	<b>47,0</b>	<b>39,5</b>	<b>50,7</b>

1. CHS : centres hospitaliers spécialisés.

2. Ex-HPP : les anciens hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics sont désormais appelés les établissements privés spécialisés participant au service public hospitalier. Par souci de simplification, ces établissements sont désignés comme « établissements privés » dans le texte.

3. CHR : centre hospitalier régional.

4. CH : centre hospitalier général.

Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES, 2003.

### **Proportion de personnels consacrés à certaines modalités de prise en charge**

Lorsque les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pratiquent l'hospitalisation à temps plein, près de 30 % du personnel travaille dans cette unité. Cette proportion est plus importante pour les infirmiers et cadres (40,3 %) et plus réduite pour les psychologues (13,2 %).

L'activité de liaison vers les autres établissements sanitaires (services de pédiatrie, maternité, etc.) ou médico-sociaux constitue une part importante et croissante de l'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, même si elle est moins importante qu'en psychiatrie générale. En 2003, elle a mobilisé, en moyenne par secteur ayant une telle activité, 0,5 ETP médicaux, 0,4 ETP d'infirmiers et 0,2 ETP de psychologues, soit 9 % du temps médical, 2 % du temps infirmier et 3 % du temps de psychologue de l'équipe.

Par ailleurs, comme les secteurs de psychiatrie générale, les équipes des secteurs infanto-juvéniles peuvent intervenir dans les services d'urgences hospitalières : 42 % des secteurs participent ainsi aux urgences de l'hôpital général. Le personnel consacré à cette modalité de prise en charge est comparable à celui participant à la psychiatrie de liaison (0,6 ETP médicaux, 0,2 ETP d'infirmiers et 0,1 ETP autres).

### **Évolution depuis 1986**

Le volume de personnel médical est relativement stable depuis 1988, malgré la forte croissance de la file active moyenne par secteur (graphique 2). Le personnel non médical enregistre quant à lui une augmentation de 16 % entre 1986 et 2003. Mais ces évolutions doivent être nuancées du fait de la mise en place, en 2001, de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé, conduisant à une diminution du temps de travail disponible par ETP de 11 %. La relative stabilité des ETP médicaux, de même que l'augmentation de 5 % du nombre d'ETP non médicaux entre 2000 et 2003, masquent en effet une réduction du temps de personnel disponible dans les secteurs.

Au sein du personnel médical, le nombre moyen par secteur d'internes et d'attachés s'est réduit (de 2,0 ETP d'internes et 2,5 d'attachés en 1986 à respectivement 0,8 et 0,2 en 2003), comme dans l'ensemble des disciplines où le nombre global d'internes est passé de 29 000 en 1984 à 13 000 en 2001<sup>10</sup>. En revanche, la diminution du nombre d'attachés semble spécifique à la psychiatrie infanto-juvénile comme dans les secteurs de psychiatrie générale.

Au sein du personnel non médical, les secrétaires médicales, les psychologues, les personnels éducatifs et les psychomotriciens ont connu les augmentations d'effectifs les plus importantes (plus de 40 % d'augmentation de l'ETP moyen par secteur). Les autres soignants ont quant

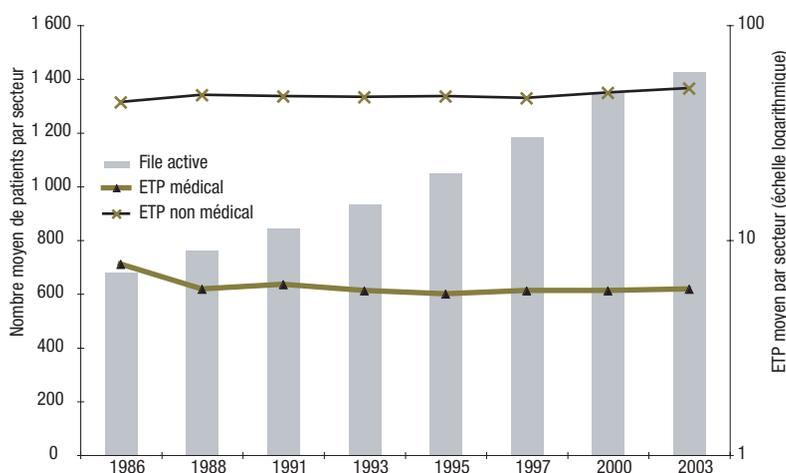
10. Vilain et Niel, 2001, *opus cit.*

à eux vu leurs effectifs se stabiliser ou diminuer sur la période. Cela tient en partie à une évolution des pratiques professionnelles : l'hospitalisation est moins fréquente et les prises en charge en ambulatoire se sont massivement développées. Les tâches administratives se sont également alourdies, avec notamment l'informatisation des dossiers, ce qui explique l'augmentation du nombre de secrétaires médicales.

Enfin, les équipes de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont plus féminisées que celle de psychiatrie générale : 58 % du personnel médical et 83 % du personnel non médical y sont des femmes, contre 44 % et 76 % en psychiatrie générale.

#### GRAPHIQUE 2

### Évolution 1989-2003 du personnel et de la file active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



Champ • France entière.

Sources • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES, 2003.

## Des pratiques professionnelles qui diffèrent de celles des secteurs de psychiatrie générale

### *L'accueil hors urgence : une place prépondérante des psychologues*

Lorsqu'un patient vient pour la première fois consulter en secteur de psychiatrie, il est reçu exclusivement par un médecin dans 21 % des secteurs. Dans les autres secteurs, il peut être reçu par un médecin ou par un autre professionnel. Cet autre professionnel est généralement un psychologue (96 %) et, dans une moindre mesure, un infirmier (46 %) ou un assistant de service social (42 %). Le psychologue intervient donc en première position dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, alors que c'est un infirmier pour la psychiatrie générale. L'accueil

exclusivement médical est également plus fréquent dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Les délais d'attente pour un premier rendez-vous dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont très supérieurs à ceux observés en psychiatrie générale: seuls 13 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile peuvent proposer un premier rendez-vous avec un médecin dans les quinze jours qui suivent la demande de soins, contre 40 % en psychiatrie générale; ces proportions sont respectivement de 31 % et 80 % pour un entretien avec un professionnel non médical. Le délai minimum d'attente pour obtenir un premier rendez-vous hors urgence avec un médecin dépasse trois mois dans 17 % des secteurs (voir l'article p. 23).

### ***Un suivi assuré par des personnels référents dans la plupart des secteurs***

Dans la quasi-totalité des secteurs (90 %), un infirmier est désigné comme référent pour chaque patient suivi à temps plein ou à temps partiel. C'est même toujours le cas pour 56 % des secteurs.

Dans 82 % des secteurs, un éducateur est également désigné comme référent, mais de manière moins automatique. Seuls 26 % des secteurs le font systématiquement.

Dans 90 % des secteurs, le médecin désigné comme référent pour un patient suivi à temps plein ou à temps partiel assure également le suivi ambulatoire. C'est un peu moins fréquent pour l'infirmier référent, qui reste le référent en ambulatoire pour 68 % des secteurs. Cette continuité de suivi est davantage pratiquée en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie générale.

### ***Les relations avec les autres professionnels du secteur***

La totalité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont déclaré<sup>11</sup> être en relation directe avec le médecin traitant des patients (généraliste ou pédiatre) ou avec leur psychiatre si les patients sont suivis par un autre psychiatre. Mais ces relations sont plus fréquentes avec les psychiatres qu'avec les médecins généralistes ou pédiatres. Seuls 7 % des secteurs déclarent avoir « toujours » une relation directe avec le médecin traitant et 34 % déclarent avoir « toujours » cette relation avec les psychiatres. Les pratiques ne se différencient pas ici de celles observées dans les secteurs de psychiatrie générale.

Dans 65 % des secteurs, l'aide aux démarches administratives et l'accompagnement social des patients sont assurés par un membre de l'équipe du secteur (conjointement ou non avec les services sociaux), qui est, pour 92 % des secteurs, un assistant de service social ou un infirmier (49 %). Et dans un quart des secteurs, ces aides sont assurées systématiquement conjointement avec les services sociaux.

11. Cette relation est décrite avec les modalités de réponse « parfois », « souvent » ou « toujours ».



## Partie III

---

### **LES PATIENTS PRIS EN CHARGE : SÉLECTION DE THÉMATIQUES PARTICULIÈRES**



CETTE troisième partie est consacrée aux patients pris en charge dans les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. Seules quelques problématiques sont présentées, à partir des données disponibles en 2007 permettant de décrire ces populations. Elles concernent essentiellement les patients pris en charge à temps complet. La généralisation d'un recueil standardisé d'information en psychiatrie devra permettre à l'avenir de mieux connaître ces populations suivies par le système de soins hospitalier en psychiatrie (voir l'article p. 267) en ambulatoire et à temps partiel.

Le premier thème concerne les prises en charge à temps complet. François Chapiro retrace ainsi l'évolution du recours à l'hospitalisation en psychiatrie au cours du xx<sup>e</sup> siècle à partir des données sur le nombre de patients présents un jour donné et les mouvements observés (entrées et sorties).

Dans les deux articles suivants, Philippe Le Fur, Sandrine Lorand, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousquès (IRDES) étudient les patients hospitalisés à temps complet dans les secteurs de psychiatrie : pourquoi sont-ils hospitalisés ? qui sont-ils ? comment a évolué le profil des personnes hospitalisées à temps complet en dix ans ?

Hélène Brun-Rousseau nous fait ensuite part de son expérience en Aquitaine, région dans laquelle une étude sur les patients hospitalisés sur longue période a été menée pour comprendre les difficultés à disposer de lits d'hospitalisation.

Autre sujet abordé, la prise en charge de la santé mentale des détenus. À partir des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Magali Coldefy et Albane Exertier décrivent l'organisation et le recours aux soins psychiatriques dans les maisons d'arrêt ou centres de détention.

Le dernier thème est consacré à l'hospitalisation sans consentement. Après un rappel de la législation, Magali Coldefy présente à la fois les évolutions temporelles, sur la période 1997-2003, mais aussi les disparités départementales du nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement recensées dans les rapports d'activité des commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique (CDHP). Ces données sont complétées par l'étude de l'IRDES sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes ainsi hospitalisées. Ce panorama

est complété par une étude locale: Céline Piégay, Pierre-François Godet, Cécile Zaragoza nous font part de leur expérience au centre hospitalier du Vinatier et nous livrent leurs analyses sur les patients hospitalisés sans leur consentement dans son établissement.

## L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au xx<sup>e</sup> siècle

---

François Chapiro\*<sup>\*</sup>

La connaissance quantitative des dispositifs de soins permet des comparaisons dans le temps (suivi de l'évolution) et dans l'espace (spécificités des territoires). Ainsi, la statistique complète-t-elle les avis d'experts et fournit-elle des éléments pour répondre aux questions : faisons-nous ce que nous croyons faire ? Faisons-nous ce que nous voulons faire ? Tous les rapports consacrés à la santé mentale (Cour des comptes, 2001) rappellent que l'évaluation quantitative du fonctionnement des dispositifs devrait davantage contribuer à éclairer les choix des politiques et le suivi de leur application.

Grâce aux données recueillies au xx<sup>e</sup> siècle, la présente étude est consacrée aux recours à l'hospitalisation psychiatrique<sup>1</sup> (encadré 1). L'évolution est étudiée grâce à la construction de séries chronologiques concernant les entrées, les sorties et le nombre des patients présents un jour donné. Pendant la période où ils ont été recueillis (1949-1978), les diagnostics permettent de préciser ces séries. Dans l'ensemble, trois grandes périodes se dégagent. De 1900 à 1939, les longues hospitalisations se traduisent par un taux croissant de patients présents un jour donné<sup>2</sup>. De 1939 à 1946, le drame de la guerre s'exprime par une forte hausse de la mortalité des malades mentaux, malgré les mesures prises en leur faveur fin 1942 (encadré 2). Enfin, de 1945 à la fin du siècle, les pratiques se transforment profondément : les taux d'entrées et de sorties augmentent considérablement, cependant que la baisse de la durée d'hospitalisation produit la stabilisation puis la baisse du taux de patients présents un jour donné ; dans le même temps, l'évolution des recours diffère selon les diagnostics. Ces constats conduisent à préciser la notion de désinstitutionnalisation, qui combine un nombre décroissant de malades présents un jour donné à l'hôpital, avec un fort accroissement du nombre de personnes ayant accès aux soins<sup>3</sup>, accompagné de la diversification des modes de soins.

Les sources utilisées sont celles de la statistique publique et de la recherche médicale (voir l'article p. 267). L'étude ne décrit pas l'offre de soins, qu'elle soit définie par un nombre de lits ou de places, par un effectif de personnel ou par un montant budgétaire. D'autre part, cette étude n'in-

\* DREES.

1. Les données concernant les recours aux autres modalités de soins et celles portant sur la psychiatrie infanto-juvénile sont pour la plupart disponibles à partir des années 1980.
2. Sur la longue durée, les effectifs de malades dépendent à la fois de l'évolution des modes de recours et de l'accroissement de la population générale. Pour faire apparaître les caractères propres aux recours et neutraliser ceux qui proviennent de l'accroissement de la population générale, nous avons calculé les taux de malades pour 100 000 habitants la même année.
3. Même si la désinstitutionnalisation se caractérise par un nombre décroissant de malades présents un jour donné à l'hôpital, le nombre de personnes ayant accès aux soins, y compris hospitaliers, augmente beaucoup.

clut pas les consultations en pratique libérale, car les données publiées les concernant sont formulées en nombre d'actes (c'est-à-dire en utilisation de l'offre) et non pas en nombre de patients. Les données en nombre de patients collectées à des périodes différentes par des organismes différents et leur juxtaposition n'autorise pas de conclusion exacte sur les grandeurs. Les ruptures de série liées aux sources successives sont en effet visibles (voir l'article p. 253). Toutefois, on peut en reconstituer les tendances principales. Cette étude concerne des questions de santé publique: depuis les travaux d'Omran (1971), nous savons que la majorité des patients est engagée dans des soins au long cours.

#### ENCADRÉ 1

### **Méthode, sources et champ de l'étude**

#### **Méthode**

Cette étude repose sur l'établissement de séries temporelles, grâce auxquelles les phénomènes apparaissent comme des mouvements, d'une ampleur parfois sous-estimée. Même si les données sont disponibles, parfois de très longue date, une partie de ce travail est réalisée pour la première fois. L'article publié en 1981 par France Meslé et Jacques Vallin a ouvert la voie. Sur la longue durée, les effectifs de malades dépendent certes de l'évolution des modes de recours, mais aussi de l'accroissement de la population générale. Pour faire apparaître les caractères propres aux modes de recours et neutraliser ceux qui proviennent de l'accroissement de la population générale, nous utilisons des taux de malades pour 100 000 habitants la même année (Vallin et Mestlé, 2001).

#### **Sources**

Une difficulté de cette étude est l'hétérogénéité des sources (voir l'article p. 253). Le champ des enquêtes varie, les variables observées changent et des discontinuités surgissent. Des imprécisions en résultent. Toutefois, des tendances majeures apparaissent; leur existence ne peut faire de doute, malgré l'imprécision portant sur leur ampleur. Par conséquent, si la présente étude n'autorise pas un chiffrage exact des évolutions, elle permet cependant de les identifier et d'estimer leur importance.

Trois périodes peuvent être distinguées dans la statistique concernant la psychiatrie, même si au cours de chacune d'entre elles des adaptations sont effectuées progressivement pour adapter le recueil des données aux changements des pratiques à décrire. Ainsi, il existe une continuité entre les données recueillies par la Statistique générale de France (SGF) et celles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Cette première période proprement statistique s'achève en 1964. Après un chevauchement de 1953 à 1964, lui succède jusqu'en 1978 une organisation plus médicale, dans le cadre de l'Institut national d'hygiène (INH), bientôt remplacé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Enfin, à partir de 1985<sup>1</sup>, la troisième période est celle où les données sont gérées par le ministère de la santé, d'abord sous l'impulsion de la Direction générale de la santé (DGS), puis du Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) transformé ensuite en Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il n'est pas possible de publier la liste détaillée des publications utilisées pour ce travail, car elle comporte plusieurs dizaines de références (souvent une par an). Cette liste peut être obtenue sur demande auprès de l'auteur.

## De 1900 à 1938, l'hospitalisation en psychiatrie est rare et conduit à des séjours prolongés

De 1900 à 1938, les taux d'admissions<sup>4</sup>, de sorties et de malades présents un jour donné augmentent (graphique 1). Sur la période, le taux d'admissions passe de 50 à 75 pour 100 000 habitants et celui des sorties, de 26 à 50, alors que celui des présents un jour donné passe de 169 à 253. Les recours aux soins hospitaliers en psychiatrie sont ainsi caractérisés par un faible taux d'admissions malgré son augmentation

En 1993 et en 1998, deux enquêtes nationales ont été réalisées par le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (INSERM-CCOMS) et la DGS dans les services sectorisés de psychiatrie générale. Ces enquêtes fournissent en particulier une estimation du nombre de malades présents un jour donné ; le total des malades soignés à l'hôpital dans l'année étant connu par les rapports annuels de secteur (qui portent sur les mêmes établissements), il est possible d'en déduire le nombre de malades admis dans l'année. Par ailleurs, elles fournissent les seules informations nationales depuis 1978 à propos des diagnostics reçus par les patients suivis.

### Champ

Pour la Statistique générale de France puis pour l'INSEE, et jusqu'à la publication de l'activité de 1958, le champ inclut « les établissements privés autorisés à recevoir les malades mentaux placés en application de la loi de 1838 sur le placement des aliénés. N'échappent donc à cette statistique des établissements psychiatriques que les maisons de santé non soumises au contrôle de la loi de 1838 sur le placement des aliénés et les services libres des hôpitaux. On peut estimer que cette lacune n'excède pas 2 % du nombre total des lits réservés aux malades mentaux ». Plus loin, est donnée la liste des catégories incluses : « Hôpitaux psychiatriques publics, quartiers d'hospices, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, établissements privés (maisons de santé) autorisés ». Le champ de l'enquête s'étend en 1958, avec l'inclusion des patients en hospitalisation libre.

Pour l'INH, puis pour l'INSERM, le champ de l'enquête est le territoire métropolitain : « les établissements psychiatriques dont les services sont tenus d'établir annuellement un état SP 5/S sont les établissements psychiatriques publics : hôpitaux psychiatriques départementaux ou autonomes, établissement national de Saint-Maurice, quartiers psychiatriques d'hôpital général ou d'hospices, établissements psychiatriques privés faisant fonction d'établissements publics, colonies familiales et centres de rééducation pour alcooliques ». D'autre part, « les données concernant les deux types de service (fermé et libre) ont été réunies dans ce rapport ».

Enfin, pour le SESI, la DREES et le CCOMS, le champ des enquêtes porte sur les services sectorisés de psychiatrie générale.

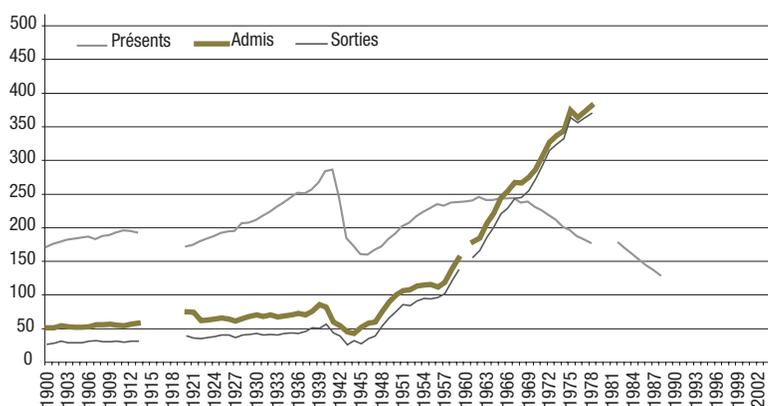
4. Jusqu'en 1961, les données portent sur les admissions et non sur les malades admis. Cependant, l'écart entre les deux grandeurs reste modéré, car les séjours sont longs et le nombre de patients admis et sortis plusieurs fois la même année est faible. La modification de cette situation conduit à une adaptation du recueil en 1961. Par ailleurs, les admissions n'incluent pas les entrées en provenance d'un autre établissement et les sorties n'incluent ni les sorties par transfert ni les décès.

1. La Direction générale de la santé (DGS) a reçu les rapports annuels de secteur à partir de 1977 et a publié quelques données nationales traitées manuellement. La première publication détaillée date de 1985.

progressive. Ces données suggèrent fortement une longue durée des séjours hospitaliers, le plus souvent supérieure à un an, ce que confirment les informations ultérieures. Au début de la guerre, malgré la baisse des taux d'admissions et de sorties et la forte augmentation des taux de décès, le taux de malades présents un jour donné augmente jusqu'en 1941, où il atteint 283 pour 100 000 habitants, niveau qui ne sera plus atteint par la suite (encadré 2).

GRAPHIQUE 1

### Taux de malades présents un jour donné, admis et sortis de 1900 à 1999, pour 100 000 habitants



Sources • SGF, INSEE, INH, INSERM, SESI, DREES, CCOMS, INED ; calculs DREES.

### À partir de 1945 : une modification du comportement de tous les acteurs

À partir de 1945, les données montrent une transformation profonde des recours à l'hospitalisation. Le taux des admissions augmente dès 1945, et celui des sorties dès 1946. Les deux tendances se poursuivent ensuite aussi longtemps que les données ont été recueillies, c'est-à-dire jusqu'en 1978. Leur évolution concomitante retient l'attention. En effet, autant les sorties dépendent de décisions prises par les médecins des établissements, autant les admissions sont pour la plupart décidées par d'autres médecins, surtout à la fin des années 1940 et pendant les années 1950, où les médecins des hôpitaux psychiatriques n'ont pas encore développé les soins ambulatoires<sup>5</sup>.

5. La circulaire organisant la psychiatrie de secteur date du 15 mars 1960. Son application a été générale à partir de 1972.

Dès 1981, Meslé et Vallin parlent de changement de stratégie médicale. D'une manière générale, une évolution simultanée des pratiques de la part d'acteurs différents semble avoir eu lieu : les médecins extérieurs à l'hôpital se sont mis à adresser plus volontiers les patients à

## ENCADRÉ 2

**La période de la guerre : surmortalité des malades mentaux hospitalisés**

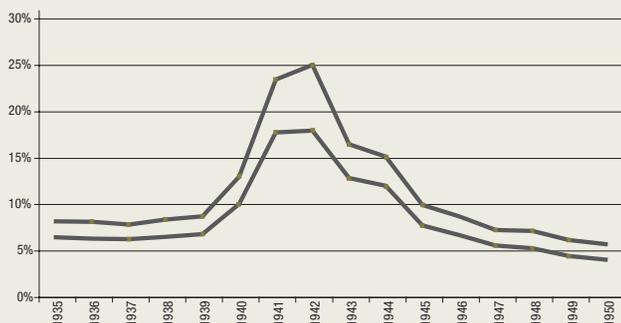
Même si la Seconde Guerre mondiale est caractérisée par une forte baisse des admissions et des sorties, le phénomène le plus notable est la surmortalité des malades mentaux hospitalisés<sup>1</sup>. Pour estimer le taux des malades frappés par la surmortalité, les données publiées permettent de calculer deux bornes, supérieure et inférieure<sup>2</sup> (graphique A). À partir de ces taux, et en faisant l'hypothèse d'une évolution linéaire en l'absence de guerre, le nombre de malades concernés de 1939 à 1946 se situe entre 42 000 et 48 000. En effet, la surmortalité débute dès 1939 et se poursuit jusqu'en 1946 inclus : les taux de décès ne deviennent pas inférieurs à leur valeur de 1939 avant 1947. Les hommes sont proportionnellement plus touchés que les femmes et les taux de décès augmentent beaucoup avec l'âge. En 1941, près d'un homme sur quatre est décédé, et en 1942, près d'un sur cinq. Les taux diminuent dès 1943, mais restent très éloignés des niveaux d'avant-guerre. Cette inflexion est à mettre en relation avec la circulaire du 4 décembre 1942, dite circulaire Bonnafous (von Bueltzingsloewen, 2005), qui « prévoit l'allocation à l'ensemble de la population internée de suppléments de ration (en pâtes, légumes secs, pommes de terre, vin, viande et matières grasses) équivalents à ceux accordés dans les cantines d'usines et les restaurants à prix réduits ».

Il reste à établir si la surmortalité constatée dans les hôpitaux psychiatriques est une spécificité de ces malades, ou bien si elle a concerné d'autres personnes vulnérables en établissement. Pour ce faire, nous avons rapproché l'évolution des taux de décès dans les hôpitaux psychiatriques de celle des hospices, calculées par rapport à la moyenne des présents dans l'année. Ces établissements étaient destinés aux vieillards, incurables et invalides ; ils recevaient des enfants et des adultes, mais la majorité des personnes étaient âgées, de sorte que la mortalité globale était élevée. Le calcul montre qu'il a en effet existé une surmortalité dans les hospices, qui peut être estimée à 50 000 personnes. Ce nombre est légèrement supérieur à celui qui peut être estimé dans les établissements psychiatriques. Toutefois, la surmortalité dans les hospices touche surtout des personnes âgées, alors que dans les établissements psychiatriques il s'agit de personnes plus jeunes : il a fallu un accroissement exceptionnel de leur taux de mortalité pour que le nombre de victimes y soit si important. En effet, ce taux, qui était très inférieur à celui des hospices, a augmenté jusqu'à lui devenir presque égal en 1940 et 1941, alors pourtant que ce dernier était lui aussi devenu plus élevé du fait de la guerre (graphique B). Dans les hospices, l'augmentation du taux (qui se situe tout de même autour de +50%) est très inférieure à ce qui peut être observé dans les hôpitaux psychiatriques (où il triple).

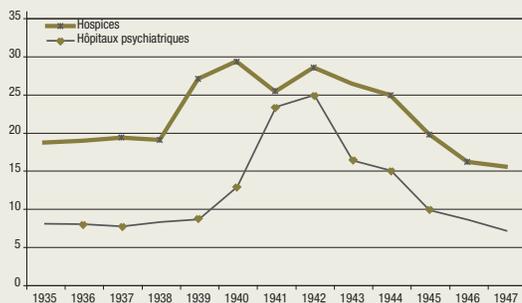
Ainsi, contrairement à ce qui a souvent été écrit, il n'y a eu en France ni extermination des malades mentaux, ni eugénisme dirigé contre eux. Bien plus, les mesures décidées fin 1942 ont atténué leurs taux de mortalité. Pour être différente de la légende, la réalité n'en est pas moins grave : l'ampleur du drame, sa précocité et sa durée suggèrent l'existence d'un fonctionnement précaire dans les établissements de soins psychiatriques dès avant la guerre, et révélé par celle-ci. Parmi les facteurs de fragilité peuvent être évoqués la grande taille des établissements, leur statut administratif et leur mode de financement, les mauvaises conditions d'hébergement et donc d'hygiène, le sur-encombrement des locaux<sup>3</sup>, le faible nombre de médecins, les taux d'encadrement, l'absence de formation d'une partie notable des personnels, la qualité de l'alimentation, etc. Un document officiel apporte une description saisissante de la situation après la guerre et laisse supposer ce qu'elle pouvait être auparavant : la circulaire 148 du 21 août 1952 relative au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques

(Direction de l'hygiène sociale) décrit les problèmes auxquels il s'agit alors de porter remède, par exemple en installant les équipements sanitaires de base (toilettes, lavabos, etc.) lorsque les pavillons en sont totalement dépourvus, en distribuant toutes les qualités de viandes à toutes les catégories de patients, en mettant fin aux situations dans lesquelles un seul médecin doit assurer les soins « à un nombre de malades largement supérieur à 400 », ou encore en augmentant les effectifs de personnel soignant car « des incidents récents, ayant entraîné la mort de malades, sont directement imputables à des insuffisances numériques dans ce domaine ».

**GRAPHIQUE A. Évolution des taux de mortalité dans les hôpitaux psychiatriques de 1935 à 1950 (bornes supérieure et inférieure)**



**GRAPHIQUE B. Taux de décès pour 100 personnes présentes de 1935 à 1947**



Sources • SGF, INSEE ; calculs DREES.

1. De nombreuses publications ont proposé des estimations du nombre de victimes (Langlade, 1952 ; Bonnet et Quételet, 1991 ; von Bueltzingsloewen, 2007). À ce jour, aucun calcul ne s'appuie sur les statistiques détaillées disponibles au service de la documentation de l'INSEE.

2. Un premier calcul est basé sur le nombre moyen de patients présents dans l'année, comme pour une population stable. Ce taux est surestimé, car il ne prend pas en considération les malades entrés dans l'année, qui ont eux aussi été exposés au risque de décéder à l'hôpital. Le second part du nombre de malades soignés dans l'année, de manière à compter toutes les personnes exposées au risque. Ce taux est sous-estimé, car il repose sur l'hypothèse implicite selon laquelle tous les malades présents au 1<sup>er</sup> janvier, et tous ceux entrés dans l'année ont été exposés au même risque, quelle que soit la date de leur admission ou de sortie entre janvier et décembre.

3. « La surcharge des services n'a cessé de s'accroître jusqu'à cet excédent effarant et tragique de 1939, année pendant laquelle 110 188 malades occupaient 85 000 lits réglementaires, soit un surpeuplement de 25 000 malades, près du quart de la population présente » (Duchène, 1952).

l'hôpital, cependant que les médecins hospitaliers décidaient des sorties de plus en plus nombreuses. Des hospitalisations plus courtes sont plus faciles à décider pour les médecins, et à accepter pour les malades comme pour leurs familles. Cette évolution est discutée ci-dessous de manière plus détaillée.

## **La proportion d'hommes augmente progressivement**

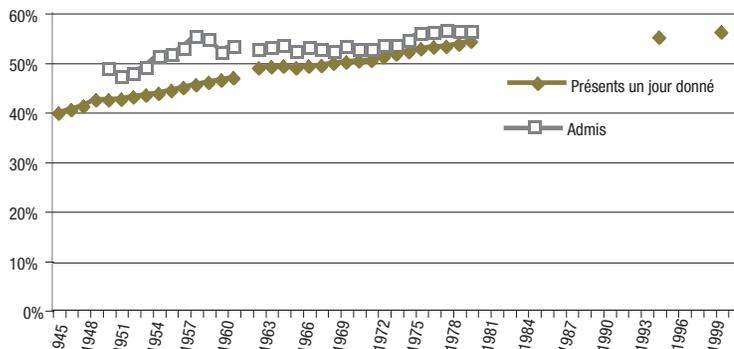
Qu'il s'agisse des présents un jour donné ou des malades admis, la proportion d'hommes augmente (graphique 2). Parmi les premiers, elle passe de 40% en 1945 à 54% en 1978; elle semble ensuite se stabiliser à 56% en 1998 dans les services sectorisés. Parmi les malades admis, elle passe de 49% en 1949 à 56% en 1978; les valeurs ultérieures ne sont pas connues. Cette évolution peut s'expliquer par plusieurs tendances simultanées: une augmentation des soins psychiatriques des personnes souffrant d'alcoolisme (qui sont plus souvent des hommes), une baisse des hospitalisations spécialisées des personnes âgées (qui sont plus souvent des femmes) et une meilleure acceptation sociale de la psychiatrie chez les hommes.

## **Parmi les entrées, les réadmissions deviennent fréquentes, puis prépondérantes**

La distinction entre première admission et réadmission a été effectuée de 1929 à 1942, puis de 1953 à 1978 (graphique 3). Loin de faire obstacle à la mise en évidence de l'évolution générale, le passage en 1961 à une définition plus restrictive des premières admissions la rend davantage manifeste: une part notable de l'augmentation du taux de malades admis est due à la pratique de plus en plus fréquente des admissions à nouveau pour des malades déjà hospitalisés les années précédentes. À partir de 1971, le taux de malades admis à nouveau dépasse considérablement celui des malades admis pour la première fois. Plus encore, entre 1967 et 1978, le taux de ces derniers est presque stable, de 144 à 149 pour 100 000 habitants, alors que celui des malades admis à nouveau augmente massivement (de 122 à 230). L'évolution ultérieure n'est pas connue, les données n'ayant pas été recueillies.

GRAPHIQUE 2

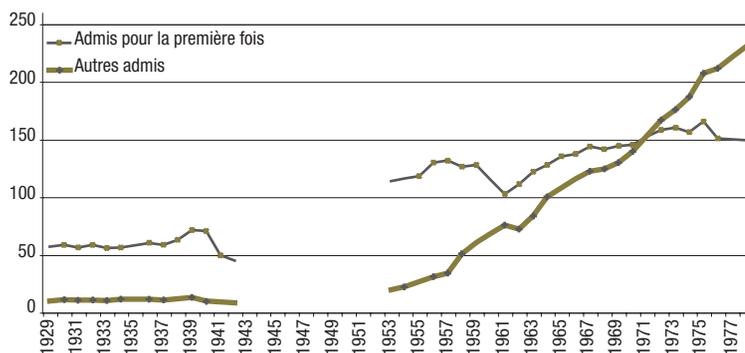
### Proportion d'hommes parmi les malades présents un jour donné et parmi les admis de 1945 à 1999



Sources • SGF, INSEE, INSERM, CCOMS ; calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

### Taux de malades admis pour la première fois et des « autres admis », de 1929 à 1978, pour 100 000 habitants



Sources • SGF, INSEE, INSERM, CCOMS ; calculs DREES.

6. Le champ n'est pas exactement le même que jusqu'en 1978 car il n'inclut pas les services non sectorisés des établissements participant au service public hospitalier. Toutefois, la différence ne produit pas d'effet notable sur les ordres de grandeur.

### Le taux global des malades présents un jour donné se stabilise puis diminue en raison de la baisse des durées des séjours

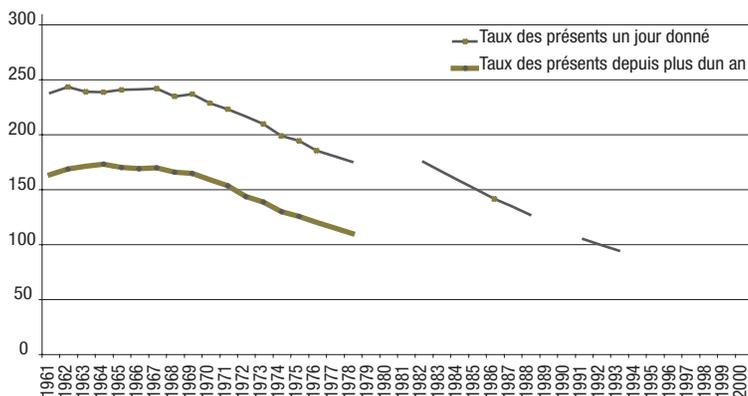
De 1950 à 1978, le taux de malades admis pour 100 000 habitants passe de 99 à 380. En 1998, dans les services sectorisés, ce taux est de 430<sup>6</sup>. À la différence de ce qui se passait avant-guerre, il n'y a pas d'augmentation permanente du taux des malades présents un jour donné ; au contraire, celui-ci se stabilise de 1955 à 1969, avant de

baisser nettement et durablement. Au total, le taux de malades présents un jour donné est le plus élevé en 1969 où il atteint 236 pour 100 000 habitants ; il baisse ensuite pour atteindre 175 en 1978. En 1998, ce taux est de 73 dans les services sectorisés.

Malgré la forte augmentation du taux d'admissions, ce phénomène s'explique par la baisse continue de toutes les durées de séjour, qu'elles soient supérieures ou inférieures à un an. L'INSERM a recueilli de 1961 à 1978 l'effectif des malades présents depuis plus d'un an parmi les présents un jour donné (graphique 4). Il s'agissait de décrire la surpopulation des services d'hospitalisation psychiatrique. « En 1957, le pourcentage de l'excédent de population des hôpitaux psychiatriques par rapport à leur capacité réglementaire d'hospitalisation était de 29 % » (Lauzier, *Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale*, Institut national d'hygiène). C'est seulement à partir de 1970 que le nombre de malades présents un jour donné a cessé d'être supérieur au nombre de lits autorisés à l'échelle nationale (mais pas nécessairement dans chacun des établissements). De 1967 à 1978, le taux de malades présents depuis plus d'un an passe de 169 à 109, soit une baisse du tiers. Cette évolution tient en France pour les trois quarts à des sorties et pour un quart, aux décès. Les sorties au-delà d'un an de séjour semblent ne pas avoir eu lieu de la même manière en Grande-Bretagne : de 1970 à 1980, la baisse du nombre de patients hospitalisés au long cours est due aux décès plus qu'aux sorties (Wing, 1986). En Italie, pour la période 1978-1987, la moitié de la baisse du nombre de malades présents un jour donné est due aux décès (Crepet, 1990).

#### GRAPHIQUE 4

### Taux de malades présents un jour donné et présents depuis plus d'un an (le même jour), de 1961 à 1978, pour 100 000 habitants



Sources • SGF, INSERM, SESI, DREES et INED ; calculs DREES.

Cependant, la majorité des patients entrants reste moins d'un an à l'hôpital. Malgré l'augmentation du nombre de ces patients, le taux de présents depuis moins d'un an un jour donné est presque stable. Entre 1961 et 1978, ce taux a pour moyenne 70 patients pour 100 000 habitants et varie peu d'une année à l'autre, puisque les valeurs extrêmes sont 65 et 74. Tout au plus, semble-t-il exister une légère décroissance de 1969 à 1978, où le taux passe de 72 à 65. Compte tenu de la forte augmentation permanente des taux de malades admis, cette évolution suppose une diminution notable de la durée des hospitalisations de moins d'un an.

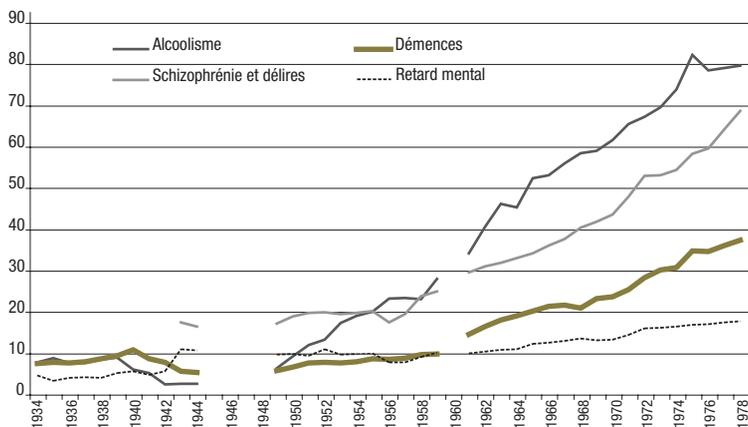
Un autre indice de la baisse de durée des hospitalisations est donné par la composition de la file active hospitalière, qui représente l'ensemble des patients ayant reçu des soins à l'hôpital dans l'année, selon qu'ils ont été présents au 1<sup>er</sup> janvier ou admis par la suite. Jusqu'en 1966, le taux des présents au 1<sup>er</sup> janvier est plus élevé que celui des autres; à partir de 1967, la majorité des patients de la file active a été admise dans le cours de l'année. En 1978, cette proportion augmente jusqu'à en représenter les deux tiers (68 %). En 1998, dans les services sectorisés, cette proportion est de 85 %.

### **Selon le diagnostic, l'évolution ne présente ni la même chronologie ni les mêmes caractères**

Qu'il s'agisse des malades admis, sortis ou des présents un jour donné, la répartition par diagnostic se modifie progressivement (graphiques 5 à 7). Ainsi, selon le diagnostic, l'augmentation des entrées et des sorties constatée après la guerre ne commence pas à la même date et ne présente pas la même ampleur (encadré 3). Après une interruption en 1945, les données concernant les diagnostics sont à nouveau disponibles en 1949. L'augmentation la plus précoce des taux d'entrées et de sorties a lieu dès 1950 et concerne les malades souffrant d'alcoolisme. Avec une plus faible ampleur, l'augmentation concernant les malades souffrant de démence date de la même époque. Vient ensuite, à partir de 1958, celle des malades souffrant de schizophrénie ou de délire. Plus que les autres, ce groupe de patients est concerné par l'apparition des neuroleptiques à partir de 1952, car ces médicaments leur sont particulièrement destinés. L'usage de plus en plus fréquent des psychotropes n'explique pas à lui seul les modifications constatées dans les années 1950: il prend place dans un vaste mouvement commencé plusieurs années auparavant et poursuivi ensuite, puisque l'augmentation des taux d'admission et de sorties pour les malades souffrant de retard mental n'est constatée qu'en 1965.

GRAPHIQUE 5

### Taux de malades admis pour 100 000 habitants, de 1934 à 1978, par diagnostic



Sources • SGF, INSEE, INH, INSERM, INED ; calculs DREES.

## ENCADRÉ 3

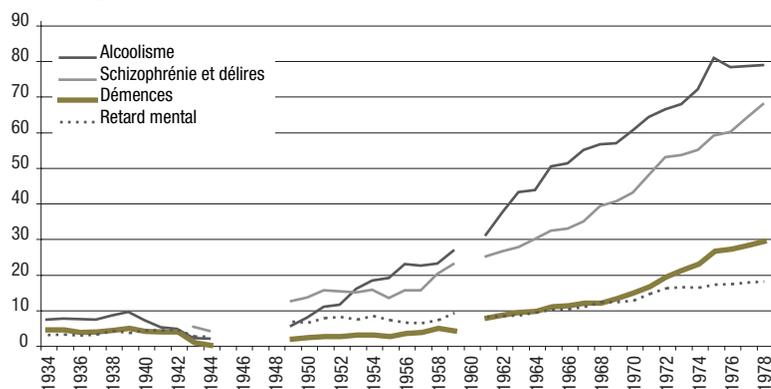
#### Regroupement de diagnostics effectués dans cette étude

	Diagnosics des institutions d'assistance (jusqu'en 1942)	Nomenclature du 11 octobre 1943	Liste de maladies (de 1961 à 1969)	Classification française des troubles mentaux (de 1969 à 1978)	Classification Internationale des Maladies (CIM 10)
<b>Retard mental</b>	Idiotie	Idiotie	États d'arriération, oligophrénies	Débilité mentale	Retard mental moyen
	Crétinisme	Imbécillité		Arriération mentale moyenne	Retard mental grave
	Imbécillité	Débilité mentale, Crétinisme		Arriération mentale profonde	Autre retard mental
<b>Démences</b>	Démence sénile, organique, etc.	Démence sénile	États démentiels de la sénilité et démences préséniles	États d'affaiblissement de la sénilité et démences préséniles	Démence
<b>Alcoolisme</b>	Alcoolisme aigu ou chronique	Alcoolisme aigu, chronique, ou démentiel	Psychoses alcooliques, Alcoolisme chronique	Psychoses alcooliques, Alcoolisme chronique	Alcool
<b>Schizophrénie et délires</b>		Démence précoce, Délires chroniques	Schizophrénies chroniques, démence précoce, Délires chroniques systématisés	Schizophrénies chroniques, Délires chroniques	Schizophrénie, Troubles schizoaffectifs, Troubles délirants (sauf psychoses aiguës)

De 1956 à 1978, le diagnostic le plus fréquent parmi les malades admis reste l'alcoolisme. Viennent ensuite par fréquence décroissante : la schizophrénie et les délires, les démences et les retards mentaux. L'augmentation des taux peut être envisagée sur deux périodes : l'immédiate après-guerre et l'ensemble de la période (1949-1978). De 1949 à 1957, l'augmentation globale du taux d'admissions atteint 39 %. Toutefois, l'évolution du taux des malades souffrant d'alcoolisme est de loin la plus forte (multipliée par un facteur 4,5). En faisant abstraction de ces patients, le taux d'augmentation est de 19 %, cependant que l'augmentation touchant les seuls malades souffrant de schizophrénie est de 7 %. Sur une période plus longue, de 1950 à 1978, l'augmentation globale du taux d'admission frôle le quadruplement (+284 %). La plus forte hausse reste celle qui touche les patients souffrant d'alcoolisme (+780 %), sans doute en raison de la prise de conscience croissante du problème de santé publique que représente cette intoxication. Viennent ensuite les démences (+474 %), ce qui indique la place importante prise à cette époque par le dispositif psychiatrique dans les soins aux personnes âgées. Le taux de patients qui souffrent de schizophrénies et délires est presque quadruplé (+266 %) et celui des retards mentaux a presque doublé (+81 %). Signalons enfin la part croissante des malades souffrant de névrose, dont les taux d'admission et de sortie en hospitalisation psychiatrique passent de 1 à 29 pour 100 000 habitants de 1950 à 1978<sup>7</sup>.

#### GRAPHIQUE 6

#### Taux de malades sortis pour 100 000 habitants, de 1934 à 1978, par diagnostic



Sources • SGF, INSEE, INH, INSERM, INED ; calculs DREES.

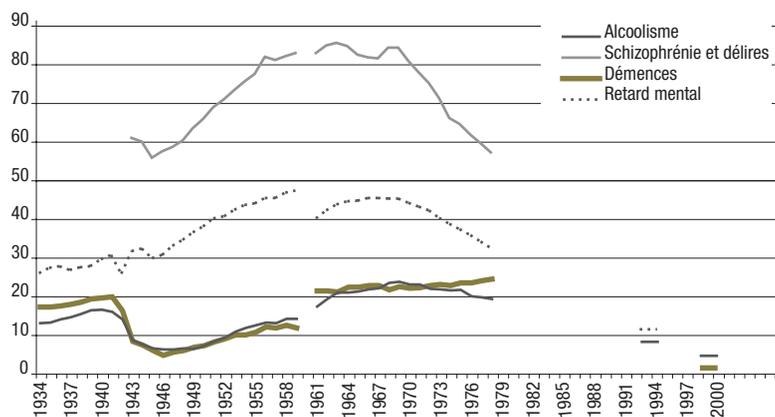
7. Ces patients ont surtout recours aux soins ambulatoires. Les données correspondantes n'ont pas été recueillies.

De 1969 à 1978, la baisse globale du taux de présents depuis plus d'un an est d'un tiers (-33 %). Elle concerne surtout les patients souffrant de schizophrénie ou de délire (-39 %) ou de retard mental (-31 %) ; toutefois, elle est du quart pour les patients souffrant d'alcoolisme, alors que, pour ceux qui ont reçu un diagnostic de démence, le taux est presque inchangé (-4 %).

Grâce aux enquêtes réalisées en 1993 et 1998 par l'INSERM et le CCOMS, il est possible de calculer, par diagnostic, le taux de malades présents un jour donné à ces dates dans les services d'hospitalisation sectorisés (graphique 7). Le taux de patients souffrant de démence, qui augmentait jusqu'en 1978 (où il atteignait 24 pour 100 000 habitants), a beaucoup baissé en 1993 (où il est de 7) et continue ce mouvement en 1998 (où il n'est plus que de 2). Les taux de patients souffrant d'alcoolisme et de retard mental, qui avaient commencé à diminuer en 1971 (respectivement 23 et 43 pour 100 000 habitants en 1971, 19 et 32 en 1978), sont devenus très faibles (tous deux de 5 en 1993). La mise en place de politiques spécifiques aux personnes âgées, aux patients souffrant d'addictions et aux personnes handicapées s'exprime dans ces baisses massives des taux de malades présents un jour donné en hospitalisation psychiatrique. Par ailleurs, le taux le plus élevé, touchant les patients souffrant de schizophrénie et de délire poursuit la baisse importante amorcée dès 1965 (82 en 1965, 57 en 1978 et 18 en 1993). Lorsque ces patients étaient hospitalisés au long cours, ils ont été nombreux à être orientés vers d'autres structures (maisons de retraite et établissements médico-sociaux), cependant que la plupart des autres ont pu bénéficier des soins ambulatoires et à temps partiel.

GRAPHIQUE 7

### Taux de malades présent un jour donné, pour 100 000 habitants, par diagnostic



Sources • SGF, INSEE, INH, INSERM, CCOMS, INED.

## La désinstitutionnalisation en France : un phénomène complexe

Le recours à l'hospitalisation psychiatrique s'est ainsi profondément transformé à partir de 1945. En témoignent les taux de malades admis pour la première fois ou admis à nouveau, de même que ceux des

malades présents un jour donné; cette évolution concerne les patients de manière différente selon leur sexe et leur diagnostic. L'évolution de la représentation des maladies mentales, des modes de prise en charge et des méthodes de soins, de la réglementation et des financements participent à cette transformation. Citons aussi la fréquence croissante de l'hospitalisation en service libre (incluse dans la statistique à partir de 1958 à côté des hospitalisations sous contrainte), l'amélioration lente et progressive des conditions d'hébergement, la généralisation par étapes de la Sécurité sociale, le militantisme des organisations professionnelles, le plus grand nombre et la meilleure formation des infirmiers et des psychiatres, le développement progressif des soins ambulatoires et à temps partiel, puis, après les circulaires de 1972, la mise en place de la sectorisation. Il revient aux historiens et aux sociologues d'expliquer pourquoi ce changement est à l'œuvre à un moment donné plutôt qu'à un autre, et pourquoi l'ensemble des acteurs s'y rallie en quelques années à partir de 1945.

Pour que ces questions soient posées, encore convient-il de ne pas s'arrêter à une cause unique. Ainsi, une explication souvent avancée s'appuie sur l'apparition des neuroleptiques en 1952. Or, à cette date, le taux des sorties est déjà nettement supérieur à tous ceux qui sont constatés depuis le début du siècle. Son augmentation s'engage dès 1946, c'est-à-dire avant l'invention des neuroleptiques, et à plus forte raison avant la généralisation de leur usage, qui prend quelques années<sup>8</sup>.

Cependant, si l'offre de soins en santé mentale s'est transformée, d'autres politiques ont été mises en œuvre au même moment, à propos de personnes susceptibles d'utiliser les soins psychiatriques : politiques en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, soins aux personnes souffrant de conduites addictives, etc. Certaines personnes qui dans le passé auraient été orientées vers les soins psychiatriques s'engagent désormais vers d'autres modes d'aide et de soins. Ainsi, la recomposition des itinéraires de soins tient à des facteurs propres aux politiques et aux pratiques de santé mentale, mais aussi à des facteurs externes.

Toutefois, les relations entre les soins de santé mentale et les autres dispositifs ne contribuent pas toujours à la diminution du nombre de malades hospitalisés, comme l'a montré une étude récente tirée de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (Chapireau, 2004). La désinstitutionnalisation a notamment consisté à transférer plusieurs milliers de personnes de tous âges des lieux de soins psychiatriques vers d'autres établissements, au premier rang desquels les établissements pour personnes âgées<sup>9</sup>. Or, on a assisté à une diminution importante des admissions avant 60 ans en établissement pour personnes âgées en provenance d'établissements psychiatriques. Cette diminution n'a pas été compensée par l'augmentation des admissions de patients du même âge en établissement avec hébergement pour adultes handi-

8. Sir Aubrey Lewis a montré qu'en Grande-Bretagne non plus, les neuroleptiques n'ont pas eu de rôle déclenchant dans la transformation des pratiques hospitalières en psychiatrie. (Lewis, 1959).

9. Fin 1998, selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), on pouvait estimer le nombre de personnes venant d'établissements psychiatriques à 6 000 dans les établissements avec hébergement pour personnes handicapées, 16 000 en établissement pour personnes âgées, et 3 800 en unité de soins de longue durée (Chapireau, 2004).

capés. Non seulement le nombre total de patients de moins de 60 ans quittant l'hospitalisation psychiatrique pour se rendre dans un établissement avec hébergement baisse beaucoup, mais encore un nombre élevé de patients reste adressé en hospitalisation psychiatrique pour des séjours au long cours venant des établissements pour personnes handicapées. La même étude a montré que le groupe des malades hospitalisés au long cours se renouvelle lentement<sup>10</sup>. Par ailleurs, le nombre de patients souffrant de limitations graves dans la vie quotidienne et restant à la charge de leur famille, lorsqu'elle existe, a tendance à augmenter.

Dans l'ensemble, la désinstitutionnalisation apparaît comme un phénomène complexe : il ne s'agit pas d'une évolution linéaire susceptible d'être plus ou moins avancée, mais d'une transformation profonde des modes et des itinéraires de soins.

## Vers l'étude des questions restées sans réponse

Pour autant, au terme de ce travail, il apparaît que de nombreuses questions restent sans réponse, les informations appropriées n'ayant pas été réunies. Les praticiens, les chercheurs et les décideurs ont chacun pour leur part joué un rôle dans cette absence prolongée de recueil.

En premier lieu, les séries chronologiques permettent de mettre en évidence certaines tendances majeures jusqu'en 1978. Ces résultats illustrent l'intérêt qu'il y aurait eu à disposer après cette date des informations utiles pour connaître l'évolution des taux d'admissions, de premières admissions, de présence, ou de sorties par sexe, par âge et par diagnostic.

Par ailleurs, si des données sont disponibles à propos des équipements et de la consommation des ressources, elles sont en revanche peu nombreuses et peu adaptées pour suivre du point de vue des personnes concernées l'évolution des itinéraires tissés entre soins hospitaliers et soins ambulatoires. Quels sont les patients suivis exclusivement en soins ambulatoires, ou uniquement en hospitalisation spécialisée ? Qui sont ceux pour lesquels la continuité des soins est assurée entre les différents éléments des dispositifs de soins de secteur ?

D'autre part, la recherche peut aussi s'intéresser au mode d'entrée en soins : pour quels patients les centres médico-psychologiques sont-ils devenus le lieu de premier contact avec les soins spécialisés, et pour quels autres ce premier contact se produit-il encore lors d'une hospitalisation spécialisée ? Quelles formes de premier contact offrent aux patients les meilleures chances de continuité des soins ?

Des questions peuvent aussi être posées à propos des patients qui sortent du dispositif sanitaire : qui sont-ils ? Leur orientation correspond-

<sup>10</sup>. Dès 1975, les instructions du gouvernement britannique en matière de soins psychiatriques demandent de prévoir les équipements appropriés pour les « nouveaux patients de long séjour » (DHSS White Paper Better services for the mentally ill. HMSO). Ces instructions s'appuient en particulier sur les travaux statistiques de Wing et Hailey, qui ont montré en 1972 l'existence de telles situations, même dans un dispositif sectorisé bien organisé.

elle à ce que les intéressés auraient souhaité? À ce que les responsables soignants auraient conseillé?

D'une manière plus générale, quels sont les itinéraires de soins au long cours dans les secteurs ou les bassins de vie, et comment évoluent-ils? Au moment où la question se pose d'une éventuelle diminution excessive du nombre de lits spécialisés (Agence régionale d'hospitalisation d'Aquitaine, 2002; Munk-Jorgensen, 1999 et Brun-Rousseau dans cet ouvrage, p. 183), il sera utile d'appuyer les décisions sur une meilleure connaissance des itinéraires de soins tels qu'ils viennent d'être évoqués.

Enfin, d'autres questions sans réponse se posent au niveau national. Citons deux exemples: la loi de janvier 1968 sur la protection des incapables majeurs permet aux malades une protection des biens en dehors du moment de l'hospitalisation, et la loi de juin 1975 en faveur des personnes handicapées apporte en particulier aux malades les ressources nécessaires à la vie en dehors de l'hôpital. À l'évidence, parmi d'autres, ces facteurs ont transformé en profondeur les conditions de vie et de traitement des personnes souffrant de maladies mentales. Pour autant, il est difficile d'en trouver l'inscription dans les données disponibles: des informations plus nombreuses et plus précises auraient été nécessaires. D'une manière plus générale, il sera utile de suivre avec une attention particulière les itinéraires de soins au long cours des personnes souffrant des difficultés les plus graves: les conséquences des maladies mentales dans la vie quotidienne des patients et de leur entourage peuvent être lourdes.

L'étude des itinéraires de soins et de leur transformation ne fait que commencer.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine, 2002, *Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine*.
- Bonnet O., Quézel C., 1991, « La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation », *Nervure*, IV, 2, p. 22-32.
- Chapireau F., 2004, « La trajectoire des personnes ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique et se trouvant fin 1998 dans un établissement avec hébergement », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, n° 1, 59-72.
- Cour des comptes, 2001, *Le rapport public 2000*, Paris, Éditions des journaux officiels, pp. 414-415.
- Crepet P., 1990, « A Transition Period in Psychiatric Care in Italy », *British Journal of Psychiatry*, 156, 27-36.
- Duchêne H., 1952, « Aspect démographique » *Esprit*, 12, p. 877-890.
- Langlade P., 1952, « Qui sommes-nous? », *Esprit*, 2, p. 797-800.

- Lewis A.**, 1959, « The Impact of Psychotropic Drugs on the Structure, Function and Future of Psychiatric Services in Hospitals », in Bradley P., Deniker P., Racondo-Thomas C. *Neuropsychopharmacology*, Elsevier.
- Meslé F., Vallin J.**, 1981, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1035-1068.
- Munk-Jorgensen P.**, 1999, « Has Deinstitutionalisation gone too far? », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 249, 136-143.
- Omran A.R.**, 1971, « A theory of the epidemiology of population change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*; 49: 509-38.
- Vallin J., Meslé F.**, 2001, *Tables de mortalité françaises*, coll. « Données statistiques », INED.
- Von Bueltzingsloewen I.**, 2007, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'Occupation*, Aubier.
- Von Bueltzingsloewen I.**, (sous la dir. de), 2005, *Morts d'inanition. Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Presses Universitaires de Rennes, p. 59.
- Wing J.**, 1986, « The Cycle of Planning and Evaluation », in Wilkinson G., Freeman H., *The Provision of Mental Health Services in Britain*, Gaskell.



## La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale<sup>1</sup>

---

**Philippe Le Fur, Sandrine Lorand,  
Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès\***

Du 20 janvier au 2 février 2003, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP) ont réalisé une enquête sur les principales caractéristiques des populations suivies dans les établissements publics et privés ayant une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile. Les résultats présentés dans cette étude concernent les patients de plus de 20 ans suivis à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale en France métropolitaine et un jour donné: le 23 janvier 2003 (encadré 1).

Parmi les patients vus au moins une fois en 2003 par les équipes de secteurs de psychiatrie générale, les prises en charge à temps complet (hospitalisations à temps plein, accueil familial thérapeutique, accueil en centre de post-cure, en appartement thérapeutique ou encore en hospitalisations à domicile) occupent en effet une place primordiale, concernant 25% des patients pris en charge en 2003 et 50% des journées de prises en charge (voir l'article p. 23 et Coldefy, Lepage, 2003). Il nous a donc semblé important de décrire le profil des patients suivis à temps complet, afin d'appréhender certaines caractéristiques du fonctionnement de la sectorisation psychiatrique.

Quelles sont les pathologies les plus représentées dans la prise en charge à temps complet? Les établissements se distinguent-ils les uns des autres par la prise en charge privilégiée de certaines pathologies, même si la mission du secteur est de suivre tous les patients s'y présentant? Les affections des patients sont-elles liées à leur profil sociodémographique?

Nous attirons l'attention sur le fait que, comme dans toute enquête ou coupe transversale, les patients hospitalisés sur longue période sont surreprésentés, car ils ont plus de chances d'être présents le jour de l'enquête. Ainsi, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques observées ne peuvent ni être assimilées à celles de la file active hospitalisée annuelle ni donner lieu à des estimations de prévalence.

\* IRDES.

1. Les résultats présentés ici s'appuient sur un travail méthodologique réalisé avec le concours de Marc Perronnin et Isabelle Leroux (IRDES). Les auteurs remercient Magali Coldefy (DREES) pour sa relecture attentive et ses remarques constructives.

## ENCADRÉ 1

### L'Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie (20 janvier - 2 février 2003)

Les résultats présentés dans ce travail sont issus de l'enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie en 2003. Ils concernent uniquement les patients adultes (plus de 20 ans<sup>1</sup>), suivis à temps complet<sup>2</sup>, dans les secteurs de psychiatrie générale métropolitains<sup>3</sup>, le 23 janvier 2003. Cette enquête s'inscrit dans un cycle d'observation, débuté en 1993 et renouvelé en 1998, qui permet d'étudier les caractéristiques socio-économiques et la morbidité des patients suivis dans ces établissements.

#### Les caractéristiques renseignées

Pour chaque patient présent, sont relevées des caractéristiques relatives :

- à leur **situation sociodémographique** : âge, sexe, activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle, situation de famille, mode de vie, allocation de ressources, conditions de logement ;
- à la **prise en charge** : le mode d'adressage (par les urgences ou non), le mode d'hospitalisation (libre ou sans consentement), la modalité de prise en charge à temps complet (hospitalisation à plein temps, accueil familial thérapeutique, etc.), la nature de l'établissement de rattachement ;
- à la **situation clinique** : le diagnostic psychiatrique correspondant au trouble pour lequel le patient est pris en charge le jour de l'enquête (appelé diagnostic principal) ; un éventuel diagnostic psychiatrique associé longitudinal, qui peut être différent du diagnostic principal (si un patient alcoolique chronique est pris en charge le jour de l'enquête pour un épisode dépressif, l'épisode dépressif sera codé en diagnostic principal et l'alcoolisme chronique, en diagnostic longitudinal) ; le facteur d'environnement (un seul, le plus important), c'est-à-dire l'élément de l'environnement psychosocial, socio-économique, etc. susceptible de menacer la santé du patient ; le diagnostic somatique associé le plus important pour le patient ; l'année approximative du premier contact avec la psychiatrie (libérale ou hospitalière) ; l'existence d'une tentative de suicide durant l'année précédant l'enquête. L'ensemble des diagnostics psychiatriques, somatiques ainsi que les facteurs d'environnement ont été codés à l'aide de la classification internationale des maladies 10<sup>e</sup> révision (CIM 10).

#### Méthodologie

Cette enquête s'appuie sur une méthodologie similaire à celles utilisées dans les enquêtes réalisées en 1993 et 1998 auprès des secteurs de psychiatrie générale par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour la Direction générale de la santé. Il s'agit d'une enquête transversale et descriptive, par questionnaire adressé aux établissements.

L'ensemble des informations de cette enquête (variables de morbidité et sociodémographiques) ont été recueillies par les équipes soignantes. Pour les variables sociodémographiques, la qualité du recueil dépend de la connaissance qu'ont les soignants de la situation des patients.

1. Les patients de moins de 20 ans représentent 2,4 % de l'ensemble des patients pris en charge à temps complet dans l'enquête. Ils ont été exclus pour faciliter l'analyse de taux de morbidité par rapport à la population générale.
2. Les données relatives aux autres modes de prise en charge ainsi qu'aux autres établissements étaient en cours de traitement au moment de la rédaction de cet article.
3. Les données des départements d'outre-mer n'ayant pu faire l'objet de redressement ont été exclues de l'enquête.

### Champ et taille de l'échantillon

En France métropolitaine, 479 secteurs ont participé à l'enquête sur les 815<sup>4</sup> secteurs de psychiatrie générale participant à la sectorisation psychiatrique recensés en 2003, soit 155 établissements sur 268.

Le taux de réponse, de 57,8 % en moyenne, varie selon les régions de 90,1 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 17,5 % en Rhône-Alpes.

Cette faible participation, en particulier dans certaines régions, s'explique en partie par le fait qu'un certain nombre d'établissements participaient durant la même période à l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie<sup>5</sup>. Pour éviter une surcharge de travail, il a été proposé à ces établissements d'extraire les informations correspondant à celles de l'enquête des fichiers du PMSI. Mais l'extraction des données du PMSI par les établissements eux-mêmes s'est avérée trop complexe. Afin d'améliorer les taux de réponse à l'enquête nationale, la DREES a sollicité l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)<sup>6</sup>, afin que ce dernier réalise une étude de faisabilité de l'extraction des données de l'expérimentation PMSI-Psychiatrie pour les inclure dans les données d'enquête.

L'incorporation des données du PMSI permet de récupérer 98 secteurs (soit 51 établissements) pour décrire la prise en charge à temps complet. Au total, 577 secteurs ont participé à l'enquête, représentant 206 établissements différents. Le taux de participation à l'enquête passe ainsi de 57,8 % à 76,8 %. Il varie, selon les régions, de 100 % pour le Limousin à 35 % pour la Lorraine.

La région apparaît comme étant la principale variable expliquant la non-réponse. Un redressement statistique au niveau régional a donc été réalisé. Les résultats au niveau national sont présentés sur la base d'effectifs pondérés<sup>7</sup>.

Les analyses infrarégionales (selon les établissements) ainsi que celles s'appuyant sur des données uniquement présentes dans l'enquête (et non dans le PMSI expérimental) sont présentées sur la base des effectifs bruts. Au total, les premières analyses présentées dans ce dossier portent sur 27 923 patients de plus de 20 ans pris en charge à temps complet le 23 janvier 2003 dans des secteurs de psychiatrie générale de métropole.

Il convient de signaler que les résultats étant issus d'une coupe transversale, ils ne concernent que les patients ayant reçu au moins une fois des soins pendant les périodes définies par l'enquête. Ce mode d'observation conduit à surreprésenter les patients hospitalisés sur longue période du fait de la probabilité plus importante d'être présent le jour de l'enquête. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à la file active annuelle. Malgré tout, la proportion des patients observés un jour donné selon le type de prise en charge ne diffère pas fondamentalement de celle des patients pris en charge au moins une fois au cours de l'année (voir tableau).

### Répartition des patients selon les types de prise en charge à temps complet, un jour donné et une année donnée dans les secteurs de psychiatrie générale en 2003

	Enquête un jour donné en 2003		Nombre de patients pris en charge à temps complet, au moins une fois au cours de l'année 2003 (file active)	
Hospitalisation à plein temps ou de semaine	25 446	91,1	301 925	97,2
Centre de post-cure	324	1,2	1 323	0,4
Appartement thérapeutique	261	0,9	1 172	0,4
Accueil familial thérapeutique	1 208	4,3	2 590	0,8
Hospitalisation à domicile	188	0,7	1 090	0,4
Accueil à temps complet/autre	372	1,3	5 874	1,9
Inconnu/Non répondu	123	0,4	0	0,0
Ensemble	27 923	100	310 699	101,1*

\* La somme des patients pris en charge à temps complet une année donnée est légèrement supérieure au nombre de patients suivis au cours de l'année. En effet, certains d'entre eux ont été pris en charge de différents façons dans le cadre des suivis à temps complet.

4. Les textes officiels recensent 830 secteurs de psychiatrie générale sur la France entière mais certains secteurs n'ont pas été mis en place et d'autres ont fusionné.

5. Le PMSI en psychiatrie a été mis en place à titre expérimental dans quatre régions pilotes (Aquitaine, Rhône-Alpes, Lorraine, Réunion), ainsi que dans 112 établissements volontaires en dehors de ces régions.

6. Convention d'étude, DREES numéro 05000117.

7. Le mode de calcul de cette pondération, pour chaque ligne de séjour, repose sur le calcul suivant: (1) pour chaque ligne de séjour est calculé l'inverse du taux de participation:  $1/\text{taux de réponse de la région}$  (nombre de secteurs de psychiatrie générale ayant répondu); (2) ce taux a ensuite été normalisé de telle sorte que la somme des poids soit égale au nombre total de séjours, ou encore que la moyenne des poids soit égale à 1, de sorte que les estimations en moyenne, variance... sur l'échantillon pondéré aient du sens. Les poids ainsi obtenus sont faiblement dispersés (min = 0.544355, max = 1.40624), de moyenne 1 et de médiane 1.042585.

## Le diagnostic principal

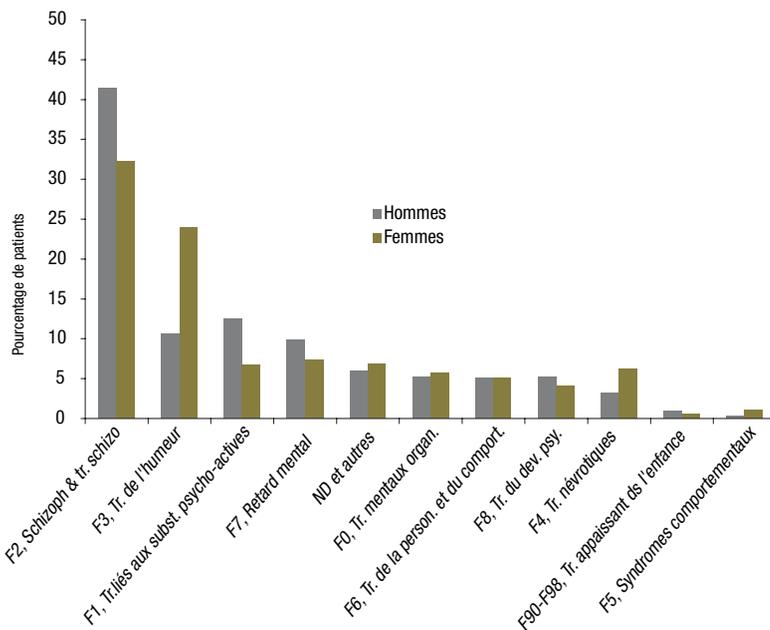
Le diagnostic principal, inscrit comme la cause immédiate de la prise en charge psychiatrique au moment de l'enquête, a été renseigné pour 93,7% des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. Les deux tiers des diagnostics rencontrés chez les patients présents un jour donné se rapportent à trois groupes de pathologies.

### Des différences importantes selon le sexe

Le jour de l'enquête, les diagnostics les plus souvent rencontrés appartiennent au groupe pathologique regroupant la schizophrénie, les troubles schizotypiques et délirants (F2)<sup>2</sup>. Ces pathologies, communément qualifiées de psychoses, concernent presque 38% des patients pris en charge à temps complet (41% des hommes et 32% des femmes). La schizophrénie à elle seule représente 26% de l'ensemble des diagnostics principaux relevés dans l'enquête (30% des hommes et 20% des femmes) (graphique 1 et tableau 1)

GRAPHIQUE 1

### Distribution des diagnostics principaux selon le sexe des patients



2. Dans la CIM 10, la lettre F caractérise le chapitre des troubles mentaux et du comportement, le chiffre suivant les grands groupes pathologiques.

**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

TABLEAU 1

**Distribution des diagnostics principaux selon le sexe des patients**

Diagnostic principal	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Nb patients	% du genre (% col.)	% dans le diag (% l.)	Nb patients	% du genre (% col.)	% dans le diag (% l.)	Nb patients	% du genre (% col.)	% dans le diag (% l.)
F0 : Troubles mentaux organiques dont démences (F00-F03)	837	5,2	55,6	670	5,7	44,4	1507	5,4	100
	504	3,1	50,4	496	4,2	49,6	1000	3,6	100
F1 : Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives dont alcool (F10)	2012	12,5	71,9	788	6,7	28,1	2800	10	100
	1729	10,7	72,1	668	5,7	27,9	2397	8,6	100
F2 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants dont schizophrénie (F20)	6689	41,4	63,8	3801	32,3	36,2	10490	37,6	100
	4928	30,5	67,8	2338	19,9	32,2	7266	26	100
F3 : Troubles de l'humeur dont troubles dépressifs	1713	10,6	37,8	2816	23,9	62,2	4528	16,2	100
	1268	7,9	37,2	2137	18,2	62,8	3405	12,2	100
F4 : Troubles névrotiques, tr. liés à des facteurs de stress, tr. somatoformes dont troubles anxieux (F41)	511	3,2	41,2	730	6,2	58,8	1241	4,4	100
	202	1,3	40	303	2,6	60	505	1,8	100
F5 : Syndromes comportementaux	47	0,3	25,7	135	1,1	74,3	181	0,6	100
F6 : Troubles de la personnalité et du comportement	821	5,1	57,9	597	5,1	42,1	1418	5,1	100
F7 : Retard mental dont retard grave ou profond (F72-F73)	1580	9,8	64,7	864	7,3	35,3	2444	8,8	100
	818	5,1	62	501	4,3	38	1320	4,7	100
F8 : Troubles du développement psychologique	846	5,2	63,7	483	4,1	36,3	1329	4,8	100
F90-F98 : Troubles apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	142	0,9	65	76	0,6	35	218	0,8	100
Autres et non déclaré	954	5,9	54	812	6,9	46	1767	6,3	100
<b>Ensemble</b>	<b>16152</b>	<b>100</b>	<b>57,8</b>	<b>11771</b>	<b>100</b>	<b>42,2</b>	<b>27923</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Lecture** • 41 % des hommes et 32 % des femmes pris en charge à temps complet présentent un diagnostic principal de schizophrénie ou un trouble apparenté caractérisé. Parmi l'ensemble de ces personnes, 63,8 % sont des hommes et 36,2 % des femmes.

**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Les troubles de l'humeur (F3) constituent le second groupe de diagnostics par ordre de fréquence, avec 16 % des patients pris en charge à temps complet le jour de l'enquête. Ces troubles sont beaucoup plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (respectivement 24 % et 11 %). La dépression à elle seule affecte 18 % des femmes et 8 % des hommes.

Viennent ensuite les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), qui concernent 10 % des patients pris en charge à temps complet en secteur de psychiatrie générale (13 % des hommes et 7 % des femmes). Dans ce groupe, le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool est le plus fréquent; il touche 11 % des hommes et 6 % des femmes. La dépendance à l'alcool représente à elle seule près de la moitié des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, les intoxications aiguës, 9 % et les troubles résiduels ou psychotiques de survenue tardive, 8 %. La dépendance à d'autres substances psychoactives est relativement rare chez les patients pris en charge à temps complet (moins de 2 % des hommes et 1 % des femmes).

D'autres diagnostics sont moins fréquents. Les retards mentaux (F7) concernent près de 9 % des patients (10 % des hommes et 7 % des femmes). Les troubles mentaux organiques (F0), qui recouvrent pour l'essentiel des démences et notamment la maladie d'Alzheimer, touchent plus de 5 % des patients, tout comme les troubles de la personnalité et du comportement (F6), qui correspondent par exemple à des affections telles que les personnalités émotionnellement labiles (agressives, explosives, etc.), dyssociales (qui s'écartent des normes sociales établies, avec mépris des obligations sociales) ou encore histrioniques (en quête permanente d'attention, ou hystériques, avec une expression exagérée des émotions) ou paranoïaques. Les troubles du développement psychologique (F8), principalement l'autisme, affectent 5 % des hommes et 4 % des femmes pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale le jour de l'enquête.

Quant aux troubles névrotiques (F4), notamment les formes graves d'anxiété ou les formes mixtes associant anxiété et dépression et les troubles obsessionnels-compulsifs, ils sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (respectivement 6 % et 3 %).

Enfin, les troubles apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9), essentiellement les troubles des conduites, et les syndromes comportementaux (F5), plus fréquents chez les femmes (anorexie mentale, etc.), concernent moins de 1 % des patients chacun.

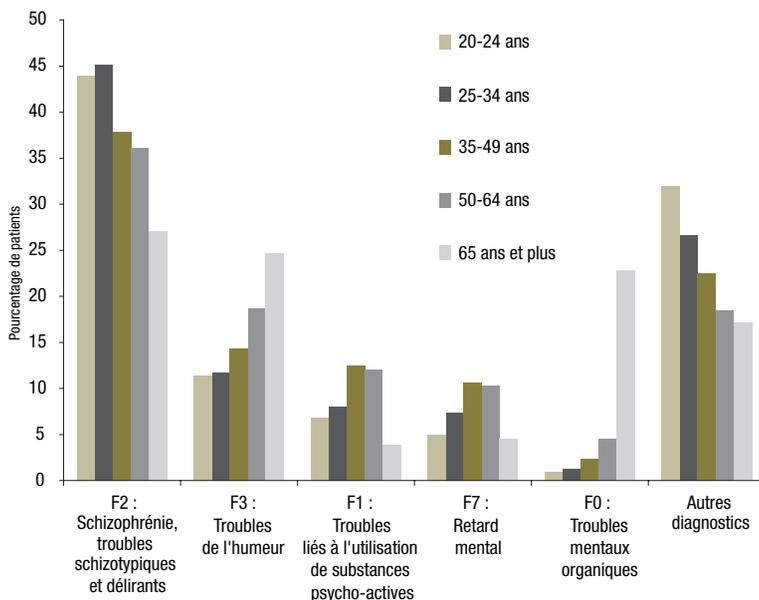
### *Des différences importantes selon l'âge*

Quel que soit l'âge, les diagnostics principaux les plus fréquents appartiennent au groupe pathologique F2 («schizophrénie, troubles schizo-

typiques et troubles délirants»). La part de ces pathologies diminue toutefois chez les patients âgés. Si ces affections concernent 44 % à 45 % des patients de 20 à 35 ans, elles ne représentent plus que 27 % des diagnostics principaux chez les patients âgés de 65 ans et plus (graphique 2). Cela résulte de différents phénomènes. Tout d'abord, la mortalité des patients atteints de schizophrénie est trois à quatre fois supérieure à celle de la population générale (Philippe *et al.*, 2005 ; Casadebaig, Philippe, 1999). Par ailleurs, au-delà d'un certain âge, une partie de ces patients est probablement dirigée vers des établissements moins médicalisés : ils peuvent être considérés comme stabilisés, ou du moins comme des patients chroniques pour lesquels les soins spécialisés n'ont plus d'effet sur l'évolution de la maladie. Enfin, la part de patients souffrant de troubles mentaux organiques (dont la maladie d'Alzheimer), faible jusqu'à 65 ans, atteint 23 % des patients de plus de 65 ans, ce qui modifie de manière significative la structure relative des pathologies au-delà de cet âge.

GRAPHIQUE 2

### Distribution des cinq diagnostics principaux les plus fréquents selon l'âge



**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Quel que soit l'âge, viennent ensuite les troubles de l'humeur (pour l'essentiel la dépression). Contrairement au groupe pathologique précédent, la place de ces affections augmente proportionnellement avec l'âge: elles touchent de 11 % à 12 % des patients entre 20 et 35 ans mais presque 25 % de ceux de 65 ans et plus.

Enfin, la fréquence des pathologies liées à l'utilisation de substances psycho-actives (essentiellement l'alcool) augmente jusqu'à 35 ans, (pour atteindre un maximum de 12 % à 13 %, entre 35 et 64 ans), avant de diminuer. La fréquence des retards mentaux évolue de la même manière.

Quant aux troubles mentaux organiques (majoritairement les démences séniles, la maladie d'Alzheimer, etc.), ils augmentent avec l'âge, affectant près de 23 % des patients âgés de 65 ans et plus. Chez les trois quarts de ces patients âgés, les diagnostics se concentrent essentiellement sur trois groupes pathologiques: la schizophrénie et les troubles apparentés (27%), les troubles de l'humeur (25%) et les troubles mentaux organiques (23%). Ces patients âgés se distinguent donc nettement des plus jeunes, pour lesquels prédomine le groupe diagnostic « schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants »: ce dernier représente environ 40 % des patients, les autres diagnostics étant plus dispersés.

## **Un patient sur cinq est adressé par un service d'urgences**

19% des patients pris en charge à temps complet un jour donné ont été adressés par un service d'urgences, que ce soit un service d'accueil des urgences (SAU) ou une unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU).

Ce mode d'accès à l'hospitalisation temps plein est fréquent pour les patients qui consultent aux urgences d'un hôpital pour un trouble psychiatrique. En effet, 45 % d'entre eux sont hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences, contre 19 % pour l'ensemble des patients se présentant aux urgences (Carrasco, Baubeau, 2003 ; voir l'article p. 23).

Parmi les patients adressés par un service d'urgences, les troubles de l'humeur sont surreprésentés: 23 % de ces patients en sont affectés, contre 14 % de ceux qui ne sont pas passés par un service d'urgences. De même, on relève davantage de patients atteints de troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (13 % contre 10%) et de troubles névrotiques (7 % contre 4%).

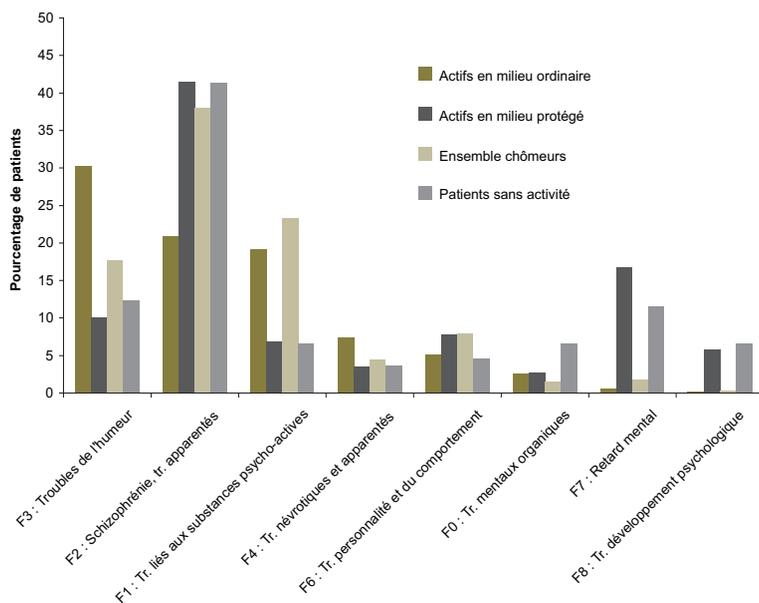
## Une surreprésentation des employés et des ouvriers

Alors qu'en 2003, le taux d'activité de la population<sup>3</sup> était de 70%, moins de 24% des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale avaient selon l'équipe soignante une activité professionnelle<sup>4</sup>: 14% travaillaient en milieu ordinaire, 2% en milieu protégé et 7% étaient chômeurs (1% n'ayant jamais travaillé).

La morbidité des patients exerçant une activité professionnelle en milieu ordinaire diffère de celle des autres patients: ces actifs sont davantage affectés par des troubles de l'humeur et des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (graphique 3). En effet, 30% des actifs en milieu ordinaire ont pour diagnostic principal des troubles de l'humeur (contre 18% chez les chômeurs, 12% chez les personnes sans activité et 10% chez les actifs en milieu protégé). De même, les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (essentiellement l'alcool) concernent 19% des patients ayant une activité en milieu ordinaire (contre 7% des patients sans activité professionnelle). Ces troubles sont toutefois plus fréquents chez les chômeurs (23% d'entre eux).

GRAPHIQUE 3

### Distribution des diagnostics principaux selon l'activité professionnelle\*



3. Selon l'enquête Emploi de l'INSEE, la population active comprend les personnes en emploi et les chômeurs.

4. Les résultats relatifs à l'activité professionnelle ont été recueillis par l'équipe soignante et concernent uniquement les patients de l'Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie. En effet, dans l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie, on ne dispose d'aucune information sur l'activité professionnelle des patients. Les résultats présentés ne sont donc pas pondérés.

\* Sont exclus les syndromes comportementaux (F5) et les troubles apparaissant durant l'enfance ou l'adolescence (F9), très peu fréquents ainsi que les diagnostics autres et non déclarés.

Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

Sources • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

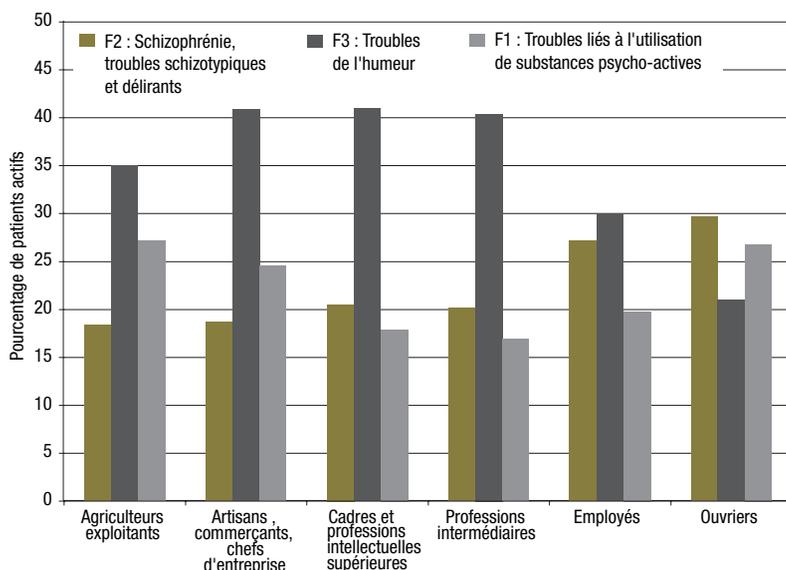
Contrairement aux personnes sans activité, exerçant en milieu protégé ou se déclarant au chômage qui souffrent dans environ 40 % des cas de schizophrénie ou d'un trouble apparenté, à peine plus de 20 % des personnes ayant une activité en milieu ordinaire sont atteints par cette maladie. De même, 1 % des actifs en milieu ordinaire présente un retard mental, alors qu'ils sont 17 % parmi les personnes exerçant en milieu protégé et 12 % parmi les patients sans activité.

En comparaison avec la population active (ayant un emploi ou chômeur) estimée par l'INSEE en 2003, les employés sont largement surreprésentés chez les actifs pris en charge à temps complet ayant déclaré leur profession. En effet, 46 % d'entre eux se déclarent employés en 2003, contre 29 % des actifs. La proportion d'ouvriers parmi ces actifs est également plus forte, même si cette surreprésentation était moins marquée : 32 % des actifs hospitalisés sont ouvriers contre 25 % des actifs selon l'INSEE. À l'inverse, la proportion de cadres et de professions intermédiaires chez les actifs pris en charge à temps complet est deux fois moins importante que dans la population active.

En termes de morbidité, on distingue deux groupes de patients chez les personnes hospitalisées ayant une activité professionnelle (graphique 4).

GRAPHIQUE 4

### Les trois diagnostics principaux les plus fréquents chez les actifs, selon la profession



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

Sources • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Dans le premier groupe, 35 % à 40 % des patients ont un diagnostic principal correspondant à un trouble de l'humeur (essentiellement un état dépressif), alors que ces troubles concernent 16 % de l'ensemble des patients hospitalisés à temps complet en secteur de psychiatrie générale. Ces patients exercent plus souvent une profession intermédiaire, et l'on compte davantage de cadres, d'artisans-commerçants ou d'agriculteurs. Les troubles liés aux substances psycho-actives (alcool) affectent également davantage les artisans-commerçants et les agriculteurs (respectivement 25 % et 27 % de ces patients contre 10 % pour l'ensemble des patients pris en charge à temps complet).

Le second groupe se caractérise par une surreprésentation moins marquée des troubles de l'humeur par rapport à l'ensemble des hospitalisés. Les patients de ce groupe sont plus souvent des employés ou des ouvriers (respectivement 30 % et 21 %). En revanche, par rapport aux actifs du premier groupe, on relève une plus forte proportion de patients ayant comme diagnostic principal une schizophrénie ou un trouble apparenté (environ 30 % contre environ 20 % pour les patients du premier groupe). Les troubles liés aux substances psycho-actives (alcool) sont également fréquents, particulièrement chez les ouvriers (27 % contre 20 % chez les employés).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la surreprésentation des employés, et dans une moindre mesure des ouvriers, chez les patients hospitalisés et ayant une activité professionnelle :

- tout d'abord, une prévalence plus élevée des troubles mentaux et du sommeil chez les personnes vivant dans les ménages d'employés et d'ouvriers par rapport à la population générale (Auvray *et al.*, 2003) ;
- une prise en charge différente des employés et des ouvriers atteints de troubles mentaux, à morbidité équivalente : pour la même pathologie, ils sont peut-être plus souvent pris en charge à temps complet que les autres catégories sociales, qui sont davantage prises en charge à temps partiel ou en ambulatoire et peut-être plus précocement ;
- une différence d'employabilité des patients atteints de troubles mentaux en fonction de la catégorie socioprofessionnelle : les personnes atteintes de troubles mentaux sont probablement moins susceptibles d'occuper une activité de cadre qu'une activité d'employé ou d'ouvrier.

### **Selon les pathologies, une concentration des patients sur un nombre restreint d'établissements**

Les résultats précédents sont des moyennes et recouvrent des disparités importantes selon les établissements<sup>5</sup>.

Le premier constat qui peut être fait est celui d'une spécialisation de certains établissements dans les prises en charge à temps complet (Coldefy, Bousquet, 2002<sup>6</sup>). Dans la présente enquête, les patients hospitalisés sont

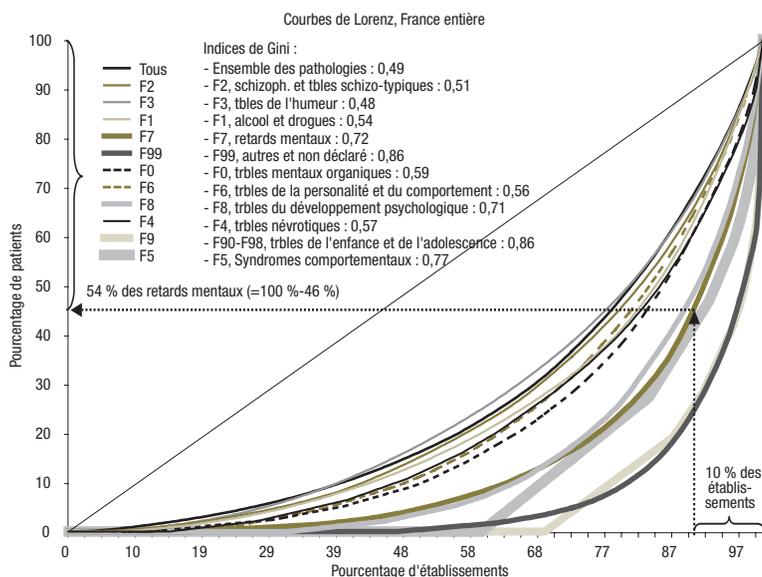
5. Étant donné la méthode utilisée pour pondérer les données, les exploitations suivantes concernant les 206 établissements ne peuvent être réalisées que sur des données non pondérées. En effet, la pondération utilisée permet de redresser le nombre de patients hospitalisés pour chaque région, mais ne permet pas de prendre en compte le niveau «établissement».

6. L'étude citée présente une typologie des secteurs selon la spécialisation de leur activité.

concentrés sur un nombre restreint d'établissements : un tiers des patients sont hospitalisés dans seulement 10% des établissements (ceux qui ont le plus de patients) et à peine 30% dans les deux tiers des établissements (ceux qui ont le moins de patients) (graphique 5). En second lieu, on observe que cette concentration varie selon les affections. Sur la base de l'analyse d'un indice de concentration (indice de Gini), nous pouvons isoler deux groupes de diagnostics (graphiques 5 à 7).

GRAPHIQUE 5

### Concentration des patients dans les établissements selon les diagnostics principaux<sup>1</sup>



1. La courbe de Lorenz permet une visualisation graphique des inégalités de répartition d'une variable donnée, ici le nombre de patients par établissement. Elle comporte en abscisse la proportion cumulée des établissements de façon graduelle (de 0 à 100%). En ordonnée, est mise en regard la proportion cumulée correspondante des patients. Une proportionnalité parfaite serait représentée par la première bissectrice : à chaque proportion  $p$  d'établissements, correspond une proportion égale  $p$  de patients. L'indice de Gini mesure l'aire de la surface délimitée par la première bissectrice d'une part, et par la courbe de Lorenz d'autre part. Plus la courbe de Lorenz s'éloigne de la bissectrice, plus l'indice de Gini est grand et plus le contexte étudié est dit « inégalitaire » ou « concentré ». Il n'y a pas de référentiel absolu de valeurs pour les indices de Gini. Néanmoins, la pratique montre que des indices inférieurs à 0,20 sont le signe d'une répartition plutôt équitable entre les individus. Précisons que, puisque sont représentées plusieurs courbes de Lorenz sur un même graphique, l'échelle représentée en abscisses est nécessairement fictive puisqu'elle correspond aux différents classements de la population (ici les établissements) selon des variables distinctes (ici les différentes pathologies). Ainsi le graphique place aux mêmes points en abscisse des établissements différents selon que l'on raisonne sur les troubles schizophréniques, les retards mentaux ou les autres pathologies.

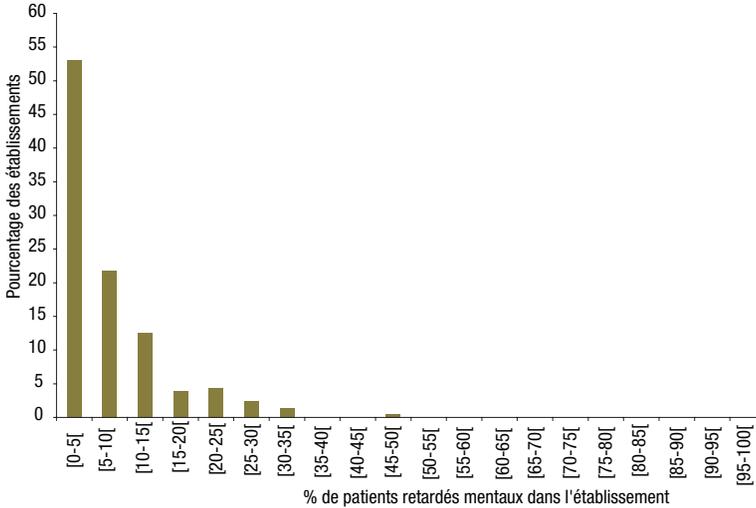
**Lecture** • 54 % des patients pris en charge en hospitalisation complète pour trouble mental sont hospitalisés dans seulement 10 % des établissements.

**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

## GRAPHIQUE 6

### Pourcentage d'établissements selon le taux de patients ayant un diagnostic principal de retard mental



**Lecture** • La proportion de patients souffrant de retard mental est comprise entre 0 et 5% dans 53% des établissements.

**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

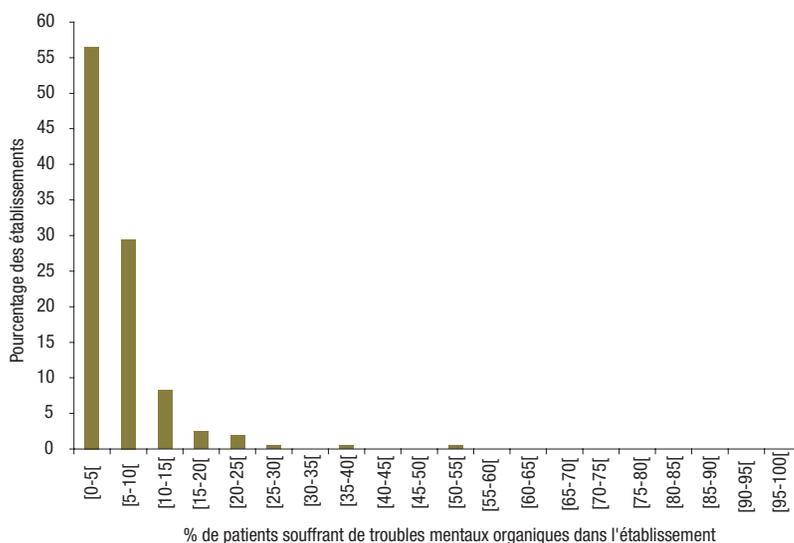
Les diagnostics pour lesquels la concentration au sein des établissements est proche de celle de l'ensemble des diagnostics : il s'agit des troubles de l'humeur, de la schizophrénie ou des troubles apparentés, des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, des troubles névrotiques, des troubles de la personnalité ou du comportement et des troubles mentaux organiques.

Les diagnostics beaucoup plus concentrés sur un faible nombre d'établissements, comprenant les troubles du développement psychologique (autisme, etc.), les retards mentaux, ainsi que les syndromes comportementaux (anorexie mentale, etc.) et les troubles du comportement apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence (en particulier les troubles des conduites). Ces deux dernières pathologies, les moins représentées dans l'enquête, sont aussi celles qui sont le plus concentrées, c'est-à-dire qui sont prises en charge dans un très faible nombre d'établissements. Ainsi, 30% des établissements ayant participé à l'enquête prennent en charge la totalité des patients présentant un trouble du comportement apparu dans l'enfance ou l'adolescence et 40% des établissements traitent la totalité des patients atteints d'un syndrome comportemental. Il apparaît également que les personnes présentant un diagnostic principal de retard

mental ou un trouble du développement psychologique sont plus souvent hospitalisées dans certains établissements : plus de la moitié de ces patients sont accueillis dans seulement 10% des établissements ayant participé à l'enquête. Les diagnostics de troubles mentaux organiques (démences, etc.) sont également pris en charge dans un nombre restreint d'établissements, mais de façon moins importante que les retards mentaux : 40% des patients souffrant de troubles mentaux organiques sont pris en charge dans 10% des établissements ayant participé à l'enquête.

GRAPHIQUE 7

### Pourcentage d'établissements selon le taux de patients ayant un diagnostic principal de trouble mental organique



**Lecture** • La proportion de patients souffrant de troubles mentaux organiques (démences) est comprise entre 0% et 5% dans 57% des établissements.

**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

Ces résultats montrent que la prise en charge de certaines pathologies est concentrée sur un nombre limité d'établissements, suggérant que les établissements se spécialisent sur certaines situations cliniques. Pour les syndromes comportementaux et les troubles du comportement apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence, cette spécialisation peut s'expliquer par le faible nombre de patients concernés. Pour les patients atteints de retard mental, cette concentration reflète soit une différence de politique de prise en charge des secteurs, soit un déficit d'offre médico-sociale alternative.

## L'association des diagnostics associés et principaux modifie l'ordre d'importance des affections

En psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales, un même patient peut présenter plusieurs affections du même organe ou plusieurs affections d'organes différents. L'enquête sur les patients pris en charge en établissement psychiatrique permet de relever une morbidité psychiatrique associée: il arrive en effet qu'un patient ait été pris en charge le jour de l'enquête pour une crise aiguë (qui sera codée en diagnostic principal) sur un terrain pathologique relevant d'une affection au long cours (codée en diagnostic longitudinal). Les soignants ont noté un diagnostic longitudinal différent du diagnostic principal pour 20,6% des patients (encadré 2). Les diagnostics longitudinaux les plus fréquents sont les troubles de la personnalité et du comportement (35% des diagnostics psychiatriques longitudinaux), la schizophrénie et les troubles associés (12%), les retards mentaux (12%), les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (11%) et les troubles de l'humeur (10%).

### ENCADRÉ 2

#### Modalité de sélection des diagnostics psychiatriques longitudinaux

Dans l'enquête, les soignants ont noté un diagnostic longitudinal différent du diagnostic principal pour 27,2% des patients. Pour 21,7% des patients, ils ont noté un diagnostic longitudinal similaire au diagnostic principal, ce qui signifie, selon les consignes données aux soignants, que ces patients n'ont aucune autre morbidité psychiatrique au long cours associée. Enfin, pour 51% des patients, aucun diagnostic longitudinal n'a été renseigné. Faute de plus amples indications, nous faisons l'hypothèse que l'absence d'information équivaut à une absence de diagnostic psychiatrique au long cours.

Les 27,2% de patients ayant un diagnostic longitudinal différent du diagnostic principal se décomposent en 20,6% de patients dont le diagnostic longitudinal n'appartient pas au même groupe pathologique que le diagnostic principal et 6,6% dont le diagnostic longitudinal appartient au même groupe pathologique.

Étant donné le niveau d'analyse retenu pour traiter les diagnostics (celui des groupes pathologiques), on ne peut considérer qu'un patient est atteint de deux affections que si celles-ci appartiennent à des groupes pathologiques différents. Dès lors, on considérera que les patients ayant deux affections d'un même groupe pathologique n'ont en fait qu'une affection de ce groupe. Parmi ces associations redondantes au niveau d'un groupe pathologique, plus de 60% sont rencontrées une fois. Les dix associations les plus fréquentes représentent 15% de l'ensemble de ces associations. Il s'agit le plus souvent d'associations d'une phase de la maladie avec la maladie elle-même, comme par exemple: l'existence de troubles délirants (diagnostic principal) chez un patient schizophrène (diagnostic longitudinal), d'une intoxication aiguë chez une personne alcoolodépendante, ou encore d'un trouble affectif bipolaire avec épisode actuel de dépression chez une personne souffrant de troubles bipolaires. Ces associations certainement intéressantes pour analyser de manière fine les parcours individuels sont plus complexes à intégrer dans une analyse globale des pathologies.

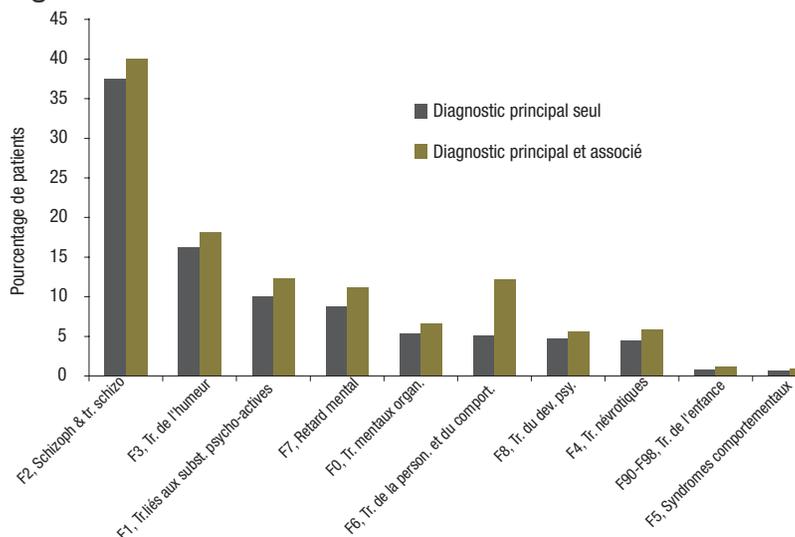
En résumé, avec cette comptabilité, les patients présentent en moyenne 1,21 diagnostic appartenant à des groupes pathologiques différents (au lieu de 1,27 si l'on avait conservé l'ensemble des diagnostics).

### *Une autre perception de la place des troubles de la personnalité et du comportement*

L'association des diagnostics longitudinaux aux diagnostics principaux permet d'obtenir un profil plus précis de la morbidité des patients. Mécaniquement, la prise en compte simultanée de la morbidité principale et longitudinale accroît le nombre des affections dans tous les groupes pathologiques (graphique 8) augmentant particulièrement les troubles de la personnalité et du comportement observés un jour donné. En effet, alors que ces troubles touchaient 5% des patients lors de l'analyse des seuls diagnostics principaux, ils en affectent 12% lorsque l'on prend en compte l'ensemble des diagnostics, ce qui classe désormais ce groupe au troisième rang en termes de fréquence. Parmi ces troubles, les plus souvent cités sont les personnalités émotionnellement labiles, les personnalités dépendantes, histrioniques, dyssociales, paranoïaques ou schizoïdes (caractérisées par un retrait des contacts sociaux, affectifs ou autres et une préférence pour la fantaisie, les activités solitaires et l'introspection).

GRAPHIQUE 8

#### Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique principal et selon le diagnostic principal associé au diagnostic psychiatrique longitudinal



**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

Les autres groupes d'affections dont la proportion augmente plus que la moyenne sont les deux groupes qui étaient les moins rencontrés au

niveau du diagnostic principal, à savoir les troubles apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et les syndromes comportementaux. La fréquence des troubles névrotiques augmente également un peu plus que la moyenne (passant de 4 % à 6 % lorsque l'on prend en compte le diagnostic longitudinal).

Devant l'importance du nombre de patients présentant des troubles de la personnalité et du comportement en diagnostic longitudinal, il nous a semblé intéressant de rechercher les diagnostics principaux auxquels ils sont associés. 37 % de ces patients ont pour diagnostic principal des troubles de l'humeur, 23 % des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, 18 % une schizophrénie ou des troubles apparentés et 12 % des troubles névrotiques ou apparentés. Inversement, les patients ayant pour diagnostic principal des troubles de la personnalité ou du comportement présentent les mêmes troubles en diagnostic longitudinal, avec la présence d'un retard mental en plus chez un patient sur cinq.

Ces exemples montrent une certaine réversibilité entre diagnostics principaux et longitudinaux, ce qui plaide en faveur d'une analyse globale de la morbidité psychiatrique.

#### ***Importance des troubles de la personnalité au sein des différentes associations diagnostiques***

Quelles sont les principales associations observées entre diagnostics principaux et diagnostics psychiatriques longitudinaux ?

Près de 80 % des diagnostics longitudinaux sont associés à cinq groupes de diagnostics principaux : 26 % sont associés à un trouble de l'humeur, 19 % à une schizophrénie ou un trouble apparenté, 16 % à un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives, 9 % à un trouble névrotique et 8 % à un retard mental.

L'étude de la morbidité associée enrichit très sensiblement le tableau clinique d'un certain nombre de pathologies notées en diagnostic principal. Elle confirme l'importance des troubles de la personnalité au sein des différentes associations diagnostiques.

42 % des patients présentant un trouble névrotique (F4) en diagnostic principal ont un diagnostic psychiatrique longitudinal, qui est un trouble de la personnalité ou du comportement dans 20 % des cas, une schizophrénie ou un trouble apparenté pour 8 % des cas et un trouble de l'humeur pour 5 % d'entre eux.

34 % des patients ayant un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives (F1) en diagnostic principal (près de neuf fois sur dix, il s'agit de problèmes d'alcool) présentent une comorbidité psychiatrique : un trouble de la personnalité ou du comportement (17 % d'entre eux), un trouble de l'humeur (6 %) et une schizophrénie ou un trouble apparenté (5 %).

33 % des patients ayant un trouble de l'humeur (F3) en diagnostic principal présentent un diagnostic psychiatrique longitudinal: un trouble de la personnalité ou du comportement (16 %), une schizophrénie ou un trouble apparenté (5 %), un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives (5 %) et un trouble névrotique ou apparenté (3 %).

18 % des patients souffrant d'un retard mental (F7) noté en diagnostic principal présentent une comorbidité psychiatrique: un trouble du développement psychologique (6 %), un trouble de la personnalité ou du comportement (4 %) et une schizophrénie ou un trouble apparenté (3 %).

Enfin, 10 % des patients pour lesquels une schizophrénie ou un trouble apparenté (F2) est noté en diagnostic principal présentent une comorbidité psychiatrique: un trouble de la personnalité ou du comportement (3 %), un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives (2 %), un retard mental (1,6 %) et un trouble de l'humeur (1,4 %).

### Une comorbidité somatique difficile à apprécier

Parallèlement au relevé des diagnostics psychiatriques principaux et longitudinaux, il était prévu de relever chez ces patients un éventuel diagnostic somatique associé, c'est-à-dire un diagnostic relatif au corps qui soit autre que psychiatrique<sup>7</sup>. Étant donné l'âge des patients pris en charge à temps complet, on pouvait s'attendre à observer une comorbidité somatique pour pratiquement tous ces patients. En effet, si l'on se réfère aux données disponibles en population générale, une personne déclare en moyenne 2,9 affections, hors problèmes dentaires et troubles de la réfraction (Allonier *et al.*, 2006). Or, dans l'enquête, une comorbidité somatique n'est relevée que pour 20 % des patients, ce qui traduit une très forte sous-déclaration de ces pathologies somatiques par le personnel soignant.

Ainsi, le diabète affecte 3 % à 4 % des personnes dans la population générale (Ricordeau *et al.*, 2002), alors que, dans l'enquête, cette affection n'est déclarée que pour 1,2 % des patients hospitalisés à temps complet. Cela est d'autant plus étonnant que différentes études (Casadebaig *et al.*, 1995 ; Philippe *et al.*, 2005) montrent une surreprésentation du diabète chez les schizophrènes par rapport à la population générale, ces derniers étant particulièrement nombreux chez les patients pris en charge à temps complet. On observe également une sous-déclaration pour l'hypertension artérielle ou encore le sida, habituellement surreprésentés chez ces malades.

Cela peut s'expliquer en particulier par une mauvaise compréhension ou interprétation du concept de « diagnostic somatique associé ». Ce dernier est défini par la présence d'une pathologie somatique qui paraît « impor-

7. Il s'agissait de mentionner la présence éventuelle de la pathologie somatique la plus importante pour le patient, même si elle ne nécessitait pas de soins au cours de l'enquête.

tante» à signaler, même si elle n'a pas nécessité des soins particuliers pendant la période d'enquête. Or, les soignants peuvent considérer que certaines pathologies somatiques ne sont pas importantes ou qu'elles ne sont pas associées à la maladie psychiatrique du patient. La sous-déclaration de maladies somatiques associées peut également s'expliquer par la difficulté pour les soignants de repérer des diagnostics somatiques.

## Les tentatives de suicide plus fréquentes chez les femmes jeunes

Étant donné l'importance des tentatives de suicide chez les patients atteints de troubles mentaux<sup>8</sup>, il était demandé de préciser, pour chaque patient, s'il avait fait ou non une ou plusieurs tentatives de suicide connue(s) par l'équipe soignante dans l'année précédant l'enquête<sup>9</sup>. L'information a été complétée pour 88 % des patients, mais n'a pas été renseignée pour les 12 % restants. Compte tenu de l'importance d'un tel acte lors d'une hospitalisation en psychiatrie, on peut difficilement imaginer qu'il ne soit pas noté s'il a effectivement eu lieu. En revanche, s'il n'y a pas eu de tentative de suicide, il est possible que la réponse à la question n'ait pas été complétée. Nous avons donc considéré ici que les non-réponses recouvraient une absence de tentative de suicide. Il est probable toutefois que ce choix méthodologique conduise à minimiser le taux de tentative de suicide.

Quoi qu'il en soit, 9 % des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale (12 % pour les femmes et 6,7 % pour les hommes) ont fait au moins une tentative de suicide l'année précédant l'enquête (2002). Ce sex-ratio est proche de celui observé pour les tentatives de suicide en population générale: en effet, d'après le baromètre Santé 2000, 7,7 % des femmes et 3,3 % des hommes déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Guilbert *et al.*, 2000).

Chez les patients pris en charge à temps complet, le taux de tentatives de suicide diminue de manière régulière avec l'âge: ainsi, plus de 23 % des patientes de 20 à 24 ans déclarent avoir tenté de se suicider contre 5 % de celles de 65 ans et plus. Cette diminution s'observe également chez les hommes mais de manière moins marquée, le taux ne dépassant jamais les 10 %.

La diminution des tentatives de suicide avec l'âge s'observe également en population générale. Ainsi, l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) montre que les risques suicidaires élevés sont les plus fréquents chez les jeunes de 18 à 29 ans et qu'ils décroissent avec l'âge (Mouquet, Bellamy, 2006). À l'inverse, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge, en particulier au-delà de 70 ans.

8. On estime en France à 150 000 à 160 000 le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins (Badeyan G., Parayre C., 2001, « Suicides et tentatives de suicide en France. Une tentative de cadrage », *Études et Résultats*, DREES, n° 109, avril).

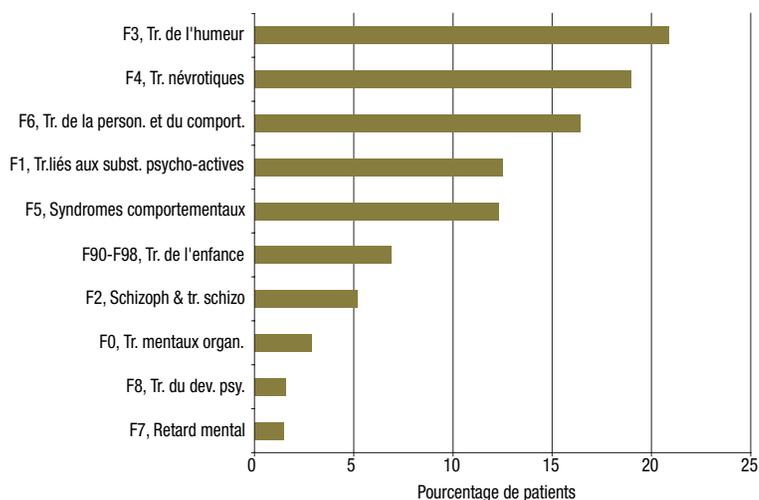
9. Dans l'expérimentation PMSI-Psychiatrie, il n'y a pas de question sur les antécédents de tentatives de suicide. Les résultats présentés ici portent donc uniquement sur les patients de l'Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements ayant une activité de psychiatrie. Ces résultats ne sont donc pas pondérés.

Chez ces patients pris en charge à temps complet, la fréquence des tentatives de suicide apparaît liée au diagnostic principal relevé le jour de l'enquête, ce qui peut s'expliquer par le fait que le suicide est l'une des complications de certaines pathologies (graphique 9).

Ainsi, 21 % des patients hospitalisés pour troubles de l'humeur ont fait une tentative de suicide l'année précédant l'enquête (25 % pour les seuls patients dépressifs). C'est également le cas de 19 % des patients hospitalisés pour troubles névrotiques et de 16 % des personnes présentant des troubles de la personnalité ou du comportement. Inversement, les tentatives de suicide sont rarement le fait de personnes présentant un diagnostic de retard mental ou encore de démence.

GRAPHIQUE 9

### Pourcentage de patients ayant fait au moins une tentative de suicide l'année précédant l'enquête selon leur diagnostic principal



10. L'hospitalisation à temps plein constitue le mode « traditionnel » de prise en charge des malades à temps complet en psychiatrie. Mais d'autres modalités de prises en charge à temps complet sont proposées par les secteurs de psychiatrie : l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en appartement thérapeutique, en centre de post-cure, l'hospitalisation à domicile, etc.

**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

### En accueil familial thérapeutique, 7 patients sur 10 présentent un retard mental ou une psychose

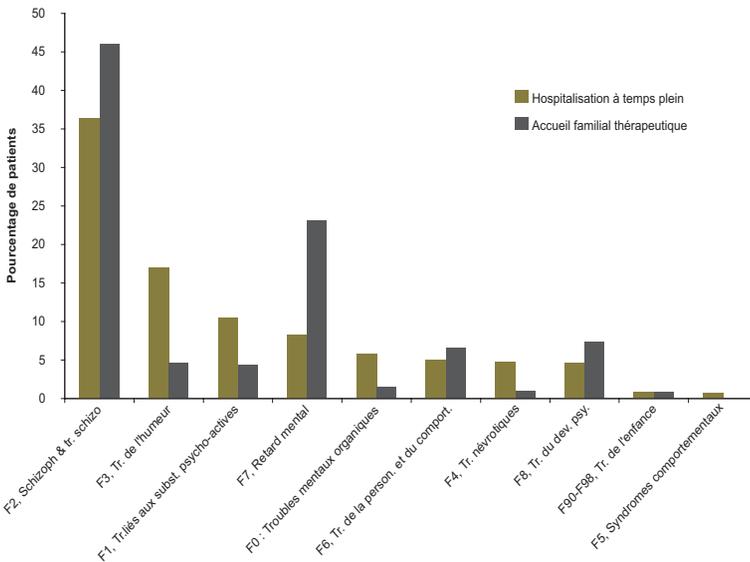
Selon l'enquête, plus de 91 % des patients pris en charge à temps complet un jour donné dans les secteurs de psychiatrie générale sont hospitalisés à temps plein<sup>10</sup>. Ce type de prise en charge étant numériquement important, les diagnostics principaux de ces patients se

confondent avec l'ensemble des patients suivis à temps complet, décrits plus haut dans cet article.

En dehors de l'accueil familial thérapeutique (4 % des patients présents un jour donné à temps complet), les autres formes d'alternative à l'hospitalisation temps plein (suivis en centre de post-cure, en appartement thérapeutique ou en hospitalisation à domicile) sont peu fréquentes puisqu'elles ne concernent chacune que 1 % des patients environ. La morbidité des adultes suivis en accueil familial thérapeutique diffère de celle des patients suivis en hospitalisation temps plein. En effet, en accueil familial thérapeutique, près d'un patient sur quatre (23 %) présente un diagnostic principal de retard mental, soit une proportion trois fois plus élevée qu'en hospitalisation à temps plein (8 %, voir graphique 10). Par ailleurs, 46 % sont atteints de schizophrénie ou de troubles apparentés (36 % pour l'hospitalisation temps plein). Il y a également une plus forte proportion de patients présentant soit des troubles de la personnalité ou du comportement, soit des troubles du développement psychologique (autisme, etc.).

GRAPHIQUE 10

### Distribution des diagnostics principaux en hospitalisation à temps plein et en accueil familial thérapeutique



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

Sources • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Les patients pris en charge en accueil familial thérapeutique sont aussi beaucoup plus âgés qu'en hospitalisation à temps plein : plus de 60 % d'entre eux ont plus de 45 ans (moins de 40 % des hospitalisés à temps plein). Ils sont par ailleurs suivis depuis beaucoup plus longtemps en psychiatrie, ce qui laisse à penser qu'il s'agit d'un mode de prise en charge particulièrement utilisé pour des patients atteints de pathologie sévère n'ayant plus besoin d'une prise en charge en milieu hospitalier.

Dans les autres types de prise en charge (centres de post-cure, appartements thérapeutiques et hospitalisation à domicile) qui concernent chacun peu de patients, la moitié d'entre eux sont atteints de schizophrénie ou d'un trouble apparenté. Cette proportion atteint même les deux tiers pour les patients qui sont pris en charge en appartement thérapeutique.

## Morbidité et facteurs d'environnement

Dans l'enquête, il était demandé à l'équipe soignante de noter la présence d'un éventuel facteur d'environnement (difficultés psychosociales ou socio-économiques, etc.) susceptible de menacer la santé des patients (codé selon la CIM-10). Ils devaient également signaler l'existence d'une précarité financière pour les bénéficiaires de revenus sociaux, ou les difficultés de logement pour les patients n'ayant pas de solution d'hébergement à la sortie de l'hôpital<sup>11</sup>.

Pour un tiers des patients pris en charge à temps complet (31 %), l'équipe soignante a déclaré un facteur d'environnement pouvant influencer sur son état de santé (problème familial, exclusion, problème de logement, etc.).

Les patients présentant un facteur de risque environnemental ont plus souvent pour diagnostic principal des troubles apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives ou encore des troubles de l'humeur (graphique 11).

Les facteurs d'environnement les plus fréquents sont par ordre décroissant :

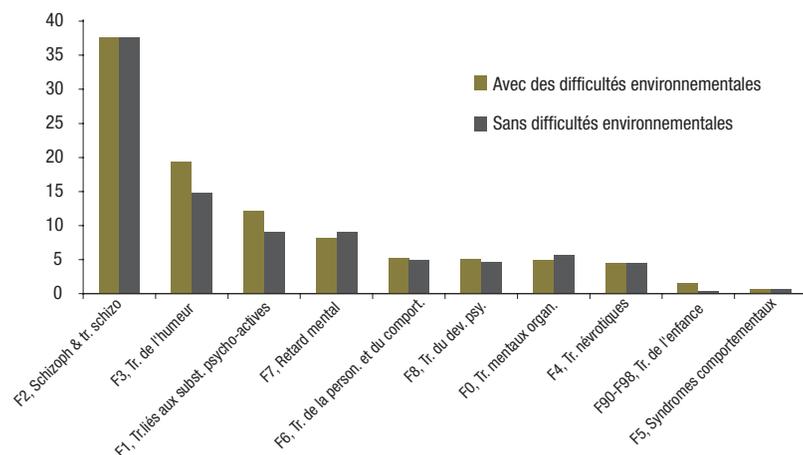
- Les difficultés liées à l'entourage immédiat (9,3 % des patients pris en charge à temps complet) : problèmes de relations conjugales ou familiales, décès, divorce, etc. Chez les patients rencontrant ces difficultés, les troubles de l'humeur, les troubles liés aux substances psycho-actives et les troubles névrotiques sont surreprésentés.
- Les difficultés liées à l'environnement social (6,6 % des patients) : solitude, exclusion, difficultés d'adaptation aux transitions entre les périodes de la vie, migration, etc. Les diagnostics surreprésentés chez ces patients sont les troubles de l'humeur et ceux liés à l'utilisation de substance psycho-actives.

<sup>11</sup>. Il convient de signaler que pour les patients pris en charge à temps complet sur longue période, la présence de telles difficultés peut être considérée comme endogène de la prise en charge 24 heures sur 24, laquelle, par définition, constitue un mode d'hébergement.

- Les difficultés liées à une enfance malheureuse (3,9 % des patients). Les patients ayant ces difficultés environnementales présentent plus souvent des troubles apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, des troubles du développement psychologique, des troubles de la personnalité et du comportement et des retards mentaux.
- Les antécédents médicaux personnels ou familiaux, essentiellement psychiatriques (3,6 % des patients). Dans cette population, les troubles du développement psychologique (autisme essentiellement) et les pathologies de type schizophréniques sont surreprésentés.
- Des difficultés liées au logement et aux conditions économiques (3,1 % des patients). Chez ces patients, les diagnostics liés à l'utilisation de substances psycho-actives et les pathologies de type schizophréniques sont surreprésentés.

## GRAPHIQUE 11

### Distribution des diagnostics principaux des patients ayant des difficultés environnementales



**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

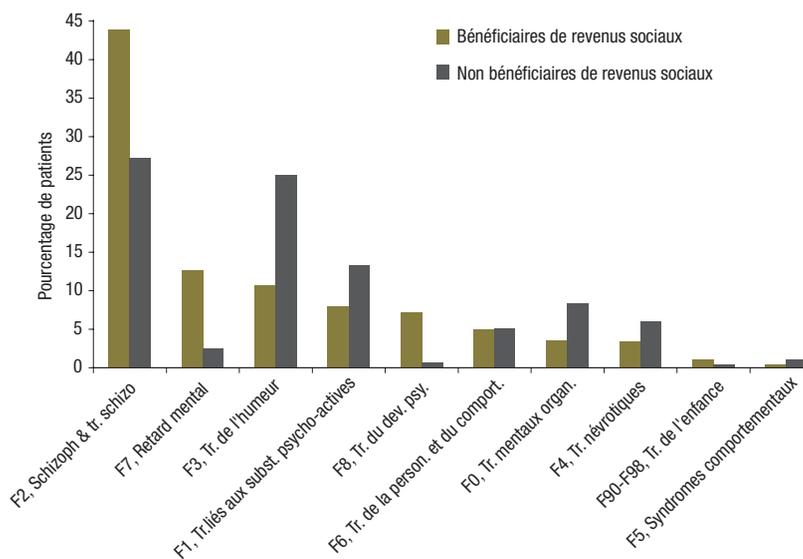
La répartition des pathologies observée au travers des difficultés liées au logement ou aux conditions économiques *déclarées* par les soignants comme pouvant influencer sur l'état de santé du patient diffère quelque peu de celle observée au travers des difficultés *objectivées* par l'existence d'une précarité financière pour les bénéficiaires de revenus sociaux ou par des problèmes de logement pour les patients n'ayant *a priori* pas de solution d'hébergement à la sortie de l'hôpital<sup>12</sup>. Ainsi, les patients bénéficiant de revenus sociaux (62 % des patients) [graphique 12] ou ayant un

**12.** Dans l'enquête, les patients sans domicile fixe ou dépourvu de logement stable au début de leur séjour étaient considérés comme ayant un problème de logement.

problème de logement (19% des patients) [graphique 13] sont plus souvent que les autres atteints de schizophrénie, de retard mental ou de troubles du développement psychologique (autisme, etc.). Inversement, ils sont beaucoup moins nombreux à présenter des troubles de l'humeur, des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, des troubles mentaux organiques et des troubles névrotiques. La surreprésentation de ces trois diagnostics (schizophrénie, retard mental ou troubles du développement psychologique) est très probablement à relier à l'ancienneté de la pathologie et à des durées de séjour plus longues pour ces malades. Ne disposant pas de ces informations dans l'enquête, on utilise un « proxy<sup>13</sup> » correspondant à l'année du premier contact avec la psychiatrie. On constate que ce premier contact est généralement très ancien chez les personnes ayant un retard mental ou un trouble du développement psychologique, tel que l'autisme. Les contacts les plus anciens dans l'enquête (vingt ans et plus) s'observent chez les patients présentant un retard mental, un trouble du développement psychologique et, dans une moindre mesure, une schizophrénie.

GRAPHIQUE 12

### Distribution des diagnostics principaux des patients bénéficiant d'au moins un revenu social



**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

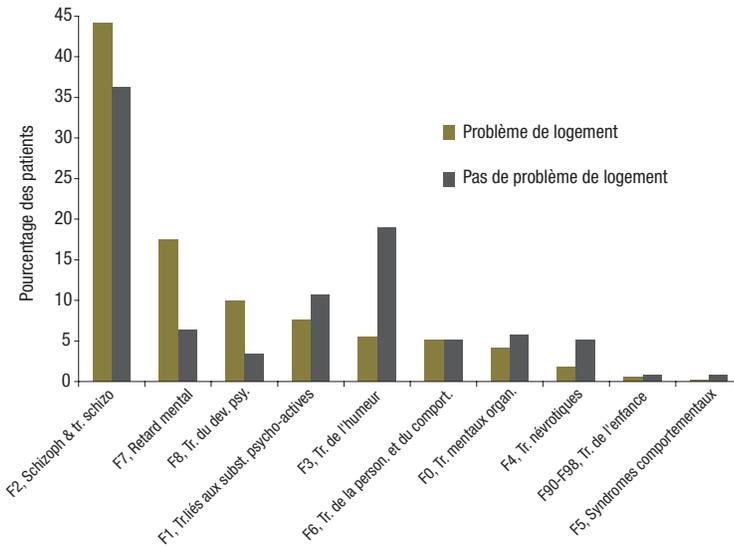
13. Terme statistique désignant une approximation de la variable étudiée par une variable voisine.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer pourquoi les patients ayant des problèmes de logement sont plus souvent affectés par ces troubles : soit

l'intensité des troubles est à l'origine d'une hospitalisation longue conduisant à une absence de logement car ces patients bénéficient d'un hébergement à temps complet (hôpital, famille d'accueil, appartement thérapeutique), soit ces troubles sont à l'origine d'une précarisation face au logement (de la même manière que la présence de revenus sociaux peut marquer une précarité financière) conduisant à exclure ces patients d'une possibilité de logement.

GRAPHIQUE 13

### Distribution des diagnostics principaux des patients ayant un problème de logement



**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale est concentrée sur un nombre relativement faible de pathologies. La schizophrénie et les troubles apparentés représentent les affections les plus fréquentes, devant les troubles de l'humeur (notamment la dépression), les troubles liés aux substances psycho-actives (essentiellement les problèmes d'alcool) et les retards mentaux. La place des troubles organiques (démences) n'est pas négligeable. La prise en compte de la comorbidité psychiatrique conduit à modifier en partie cette vision, du fait de l'importance des troubles de la personnalité et du comportement.

Par ailleurs, moins du quart des patients pris en charge à temps complet ont une activité professionnelle et ce sont essentiellement des

employés ou ouvriers. Les troubles de l'humeur et les troubles liés aux substances psycho-actives (alcool) sont surreprésentés chez les actifs quelle que soit leur activité professionnelle. Les ouvriers et les employés se distinguent des autres actifs par la plus grande fréquence des diagnostics de schizophrénie ou de troubles apparentés.

Enfin, les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (essentiellement l'alcool) ou les troubles de l'humeur (dépression, etc.) sont fréquemment associés à l'existence de difficultés environnementales, notamment liées à l'entourage et à l'environnement social.

À noter également, l'accueil des patients se concentre sur un nombre restreint d'établissements et varie selon le type de troubles. Cela suggère que les établissements se spécialisent selon l'accueil et la prise en charge de certains patients.

Cette spécialisation des secteurs ou établissements dans la prise en charge de certaines pathologies marque une évolution des soins de santé mentale, évolution inscrite dans les textes relatifs aux schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de troisième génération. Ainsi, la circulaire DHOS du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération, propose d'organiser la réponse aux besoins identifiés de santé mentale selon trois niveaux, allant de la prise en charge de proximité (soins généralistes de premier recours) aux soins les plus spécialisés devant être traités à une échelle territoriale supra-départementale pour des pathologies moins fréquentes.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2006, « Santé, soins et protection sociale en 2004 », *Rapport*, IRDES, n° 1621, janvier.
- Auvray L., Doussin A., Le Fur P., 2003, « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Rapport*, n° 1509, IRDES, décembre.
- Carrasco V., Baubeau D., 2003, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, DREES, n° 212, janvier.
- Casadebaig F., Philippe A., 1999, « Mortalité chez des patients schizophrènes. Trois ans de suivi d'une cohorte », *Encéphale*, 25 (4), p. 329-337.
- Casadebaig F., Philippe A., Lecomte T., Gausset M.-F., Quémada N., Guillaud-Bataille J.-M., Terra J.-L., 1995, « État somatique et accès aux soins de patients schizophrènes en secteurs de psychiatrie générale », *L'information psychiatrique*, vol. 71, 3.
- Coldefy M., Bousquet F., avec la participation de Rotbart G., 2002, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, DREES, n° 163, mars.
- Coldefy M., Lepage J., à paraître, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », *Document de travail*, DREES.

- Guilbert P., Pommereau X., Coustou B.**, 2000 « Pensées suicidaires et tentatives de suicide », *Baromètre Santé*, INPES.
- Mouquet M.-C., Bellamy V.**, 2006, « Suicides et tentatives de suicides en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 488, mai.
- Philippe A., Vaiva G., Casadebaig F.**, 2005, *Data on Diabetes from French Cohort Study in Schizophrenia European Psychiatry*, 20, S340-S344.
- Ricordeau P., Weill A., Vallier N., Bourrel R., Guilhot J., Fender P., Allemand H.**, 2002, « Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? », *Revue médicale de l'assurance maladie*, vol. 33, n° 4 ; octobre-décembre.



## Évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale<sup>1</sup>

---

Philippe Le Fur, Sandrine Lorand,  
Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès\*

En 2003, 311 000 patients (Coldefy, Lepage, à paraître) ont été pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, dont 302 000 en hospitalisation à temps plein (voir l'article p. 23). Au cours des dernières années, malgré une baisse considérable du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (-39 % entre 1993 et 2003), le nombre de patients hospitalisés a ainsi continué à augmenter. Pour autant, cette hausse est restée modérée (17 % de patients hospitalisés à temps plein sur la même période), comparativement à l'accroissement considérable du nombre de patients pris en charge en ambulatoire (53 % sur la même période) et à temps partiel (31 % sur la même période).

Les évolutions de la prise en charge en psychiatrie sectorisée s'accompagnent-elles d'un renouvellement des patients hospitalisés à temps plein dans les secteurs de psychiatrie générale? Leurs pathologies et leurs caractéristiques socioéconomiques se sont-elles modifiées ou sont-elles restées comparables à celles observées antérieurement?

C'est à ces questions que nous avons cherché à répondre en mobilisant les données issues des enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements ayant une activité de psychiatrie. Ces enquêtes ont été réalisées selon une méthodologie comparable en 1993, 1998 et 2003<sup>2</sup>. Les premières analyses présentées dans ce dossier portent sur 27 923 patients de plus de 20 ans pris en charge à temps complet le 23 janvier 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale de métropole (voir l'encadré 1 p. 146).

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que, comme dans toute enquête ou coupe transversale, les patients pris en charge sur longue période sont surreprésentés. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques observées ne peuvent donc pas être assimilées à celles de la file active annuelle.

\* IRDES.

1. Les résultats présentés ici s'appuient sur un travail méthodologique réalisé avec le concours de Marc Perronnin et Isabelle Leroux (IRDES). Les auteurs remercient Magali Coldefy (DREES) pour sa relecture attentive et ses remarques constructives.
2. Les résultats des précédentes enquêtes (1993 et 1998) ont donné lieu à diverses publications (Boisguérin *et al.*, 1999; Casadebaig *et al.*, 2001).

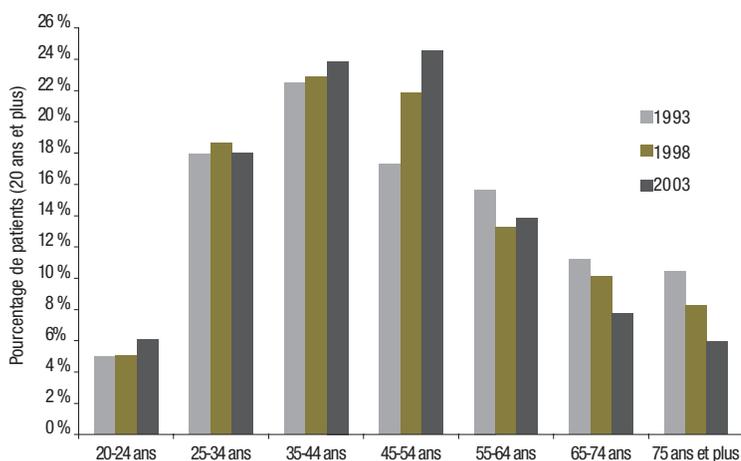
## Un rajeunissement marqué de la patientèle

Depuis 1993, le profil des patients pris en charge à temps complet n'a pas connu de modifications majeures concernant le genre. La part des hommes, déjà majoritaire en 1993 (55 %), s'accroît toutefois légèrement, pour atteindre 58 % en 2003. En revanche, l'évolution de la structure par âge est beaucoup plus marquée.

On observe en effet un rajeunissement notable des patients pris en charge à temps complet un jour donné dans les secteurs de psychiatrie générale (graphique 1). La proportion des patients de moins de 55 ans s'est accrue de façon considérable pour les patients de 45-54 ans et légèrement pour ceux de moins de 25 ans. Inversement, la proportion des patients de plus de 55 ans a beaucoup diminué, notamment celle des plus de 65 ans.

GRAPHIQUE 1

### Évolution de la répartition des patients selon l'âge entre 1993 et 2003



**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné, France métropolitaine.

**Sources** • Enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 1993, 1998, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

Cette diminution de la population âgée et très âgée dans les établissements psychiatriques (alors que la population générale vieillit) s'explique par la conjonction de plusieurs phénomènes.

Il peut s'agir d'une modification des pratiques de soins : les pathologies des personnes âgées peuvent davantage être soignées en ambulatoire ou à temps partiel, car les équipes de secteurs se rendent plus facilement dans les maisons de retraite ou structures médico-sociales qui accueillent ces populations à l'année.

La réduction du nombre de lits d'hospitalisation a aussi amené les équipes soignantes à modifier leurs pratiques de l'hospitalisation, cette dernière étant plutôt réservée à des crises aiguës qui touchent davantage de patients jeunes.

Il peut s'agir également d'un changement de la politique de « recrutement » : devant l'ampleur de la demande de soins en psychiatrie, les secteurs de psychiatrie générale privilégient l'accueil de patients plus jeunes susceptibles d'être pris en charge à temps complet et mettent en place des dispositifs intersectoriels spécifiquement dédiés à la prise en charge des personnes âgées. Ces établissements cherchent donc à libérer des lits ou places, en redirigeant les patients d'un certain âge, dont l'état clinique semble peu sensible à une prise en charge sanitaire à temps complet. Parallèlement, les établissements sociaux et médico-sociaux ou les maisons de retraite acceptent plus souvent qu'auparavant d'accueillir des patients ayant des pathologies psychiatriques. Ainsi, entre 1988 et 2003, le nombre de personnes atteintes de maladie mentale dans les établissements hébergeant des personnes âgées a connu une augmentation importante. Si, en 1988, 27% des personnes de 80 ans et plus présentaient une démence (Sermet, 1992), elles étaient environ 35% en 2003 (Dutheil, Scheidegger, 2006). De même, les états dépressifs concernaient 20% des personnes en 1988, et plus du tiers d'entre elles en 2003.

Chez les patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale un jour donné, le statut matrimonial le plus fréquent, en 2003 comme en 1993, est celui de célibataire. En 2003, 73% des hommes et 50% des femmes étaient célibataires. Cette proportion, voisine de celle observée en 1993, est considérablement plus élevée qu'en population générale, où 33% des hommes et 26% des femmes de plus de 20 ans sont célibataires (Beaumel *et al.*, 2004). Parallèlement, la proportion de personnes mariées a peu changé (11% des hommes et 18% des femmes en 2003). Enfin, il y a proportionnellement un peu moins de veuves mais un peu plus de femmes divorcées.

Les données sur le mode de vie au moment de la prise en charge n'étaient pas disponibles en 1993. Entre 1998 et 2003, la proportion de patients vivant seuls a augmenté (de 27% à 32%), contrairement à celle des patients vivant en institution (de 28% à 20%). Cette diminution est certainement liée, comme on l'a vu plus haut, à une nouvelle politique de « recrutement » des établissements, mais aussi au fait que les institutions accueillant des malades psychiatriques les font moins souvent hospitaliser.

En 1998, 19% des patients pris en charge à temps complet avaient, selon les soignants, une activité professionnelle (12% en emploi et 7% au chômage). En 2003, on comptait 23% d'actifs (16% en emploi et 7% au chômage). L'augmentation du nombre d'actifs parmi ces patients peut être mise en relation avec le rajeunissement de la population prise

en charge à temps complet. Cette tendance peut également être liée à la modification des pathologies prises en charge, certaines permettant plus facilement que d'autres d'exercer une activité professionnelle. L'amélioration de la prise en charge et de la connaissance des pathologies ont également pu favoriser l'insertion professionnelle des patients.

### **Une augmentation du taux de patients bénéficiant d'au moins une allocation de ressources**

Concernant les ressources, seule l'information relative à la perception ou non de l'allocation adulte handicapé (AAH) est commune aux trois enquêtes. Toutefois, les modalités de recueil de cette information varient d'une enquête à l'autre. En 1993, les soignants devaient seulement préciser si les patients percevaient ou non l'AAH. En 1998, il leur était demandé de choisir quelle allocation percevaient les patients : le revenu minimum d'insertion (RMI), l'AAH ou la pension d'invalidité (une seule possibilité de réponse). En 2003, l'équipe soignante avait la possibilité de renseigner plusieurs allocations. Compte tenu de ces changements, les évolutions observées doivent être interprétées avec prudence.

En 1993, 40% des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale percevaient l'AAH. Ils étaient 38% en 1998. En 2003, la moitié des patients ont perçu cette allocation : parmi eux, 43% ont touché seulement l'AAH et 6% l'AAH et le RMI.

La proportion de bénéficiaires de l'AAH chez les patients pris en charge à temps complet a donc augmenté entre 1993 et 2003 (de +7% ou +25% selon que l'on comptabilise les bénéficiaires ne percevant que l'AAH ou l'ensemble des bénéficiaires de cette allocation). Cette augmentation est toutefois inférieure à celle de l'ensemble des allocataires de l'AAH (hospitalisés ou non). En effet, entre 1992 et 2002, le nombre total de bénéficiaires s'est accru d'environ un tiers (Anguis, 2003). Or, étant donné le rajeunissement des patients pris en charge à temps complet et puisque cette allocation ne peut bénéficier qu'aux patients de 20 à 60 ans, on aurait pu s'attendre à une augmentation plus importante de la proportion d'allocataires chez ces patients. Toutefois, le rajeunissement de la population va aussi probablement de pair avec une modification de la structure des pathologies prises en charge. Celle-ci pourrait à elle seule expliquer pourquoi la hausse du nombre des allocataires de l'AAH au sein des patients hospitalisés à temps complet est plus modérée. En effet, l'AAH n'est versée qu'aux personnes atteintes d'un certain degré d'invalidité. Si le poids des pathologies invalidantes prises en charge à temps complet diminue plus vite qu'en population générale, il est logique que la proportion de bénéficiaires de cette allocation augmente moins vite.

Entre 1998 et 2003, le taux de bénéficiaires d'au moins une allocation de ressources (AAH ou RMI ou pension d'invalidité) a augmenté, passant de 53 % à 62 %. Ces trois allocations ont toutefois connu des évolutions différentes.

– comme on l'a vu ci-dessus, la proportion de bénéficiaires de l'AAH a augmenté : elle était versée à 38 % des patients en 1998 et à 43 % en 2003 si l'on ne prend en compte que les patients percevant uniquement l'AAH.

– l'évolution de la proportion de bénéficiaires du RMI parmi les patients pris en charge à temps complet est plus difficile à établir. En 1998, 4 % des patients percevaient le RMI. En 2003, ils étaient 10 % ; 4 % percevaient uniquement le RMI et 6 % le RMI et l'AAH. Entre 1998 et 2003, il y a donc eu soit une stabilité, soit une augmentation selon que l'on prend en compte uniquement les patients percevant le RMI ou ceux qui touchent le RMI et l'AAH. Ces évolutions discordantes ne permettent pas une analyse plus détaillée de cette évolution. On notera simplement que dans le même temps, le nombre total d'allocataires du RMI dans la population a peu évolué (Bureau « Lutte contre l'exclusion », 2004).

– enfin, le nombre de patients bénéficiant d'une pension d'invalidité a légèrement diminué : ils étaient 10 % en 1998 et 8 % en 2003 ; très peu de patients en 2003 cumulent pension d'invalidité et AAH ou RMI.

## **Une modification sensible de la morbidité des patients pris en charge à temps complet en dix ans**

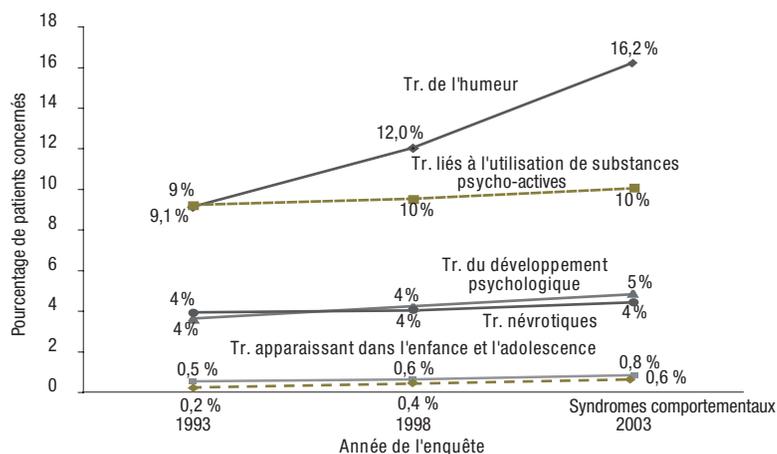
L'Enquête nationale sur les patients pris en charge en établissement ayant une activité de psychiatrie de 2003 prévoit de relever une comorbidité psychiatrique associée appelée « diagnostic psychiatrique longitudinal » : il arrive en effet qu'un patient ait été pris en charge le jour de l'enquête pour une crise aiguë (diagnostic principal), sur un terrain pathologique relevant d'une affection psychiatrique au long cours (diagnostic psychiatrique longitudinal). Il aurait donc été pertinent de comparer l'ensemble de la morbidité des patients pris en charge à temps complet et son évolution depuis 1993, plutôt que les seuls diagnostics principaux. Mais nous ne disposons pas des diagnostics longitudinaux pour les enquêtes de 1993 et de 1998. Par conséquent, cette étude s'appuie sur le diagnostic psychiatrique principal, c'est-à-dire le diagnostic psychiatrique ayant mobilisé le plus de ressources le jour de l'enquête.

Quelle que soit l'année d'enquête, le groupe pathologique le plus fréquent parmi les patients pris en charge à temps complet un jour donné en secteur de psychiatrie générale est la schizophrénie et ses troubles apparentés. Ces affections concernaient 39 % des patients en 1993, 41 % en 1998 et 38 % en 2003. La schizophrénie à elle seule affectait

respectivement 28 % des patients en 1993, 29 % en 1998 et 26 % en 2003. La proportion de ces pathologies est donc relativement stable dans le temps.

GRAPHIQUE 2

### Les pathologies dont la part a augmenté ou est restée stable entre 1993 et 2003 (en dehors de la schizophrénie et des troubles apparentés dont la part est restée relativement stable)



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné, France métropolitaine.

Sources • Enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 1993, 1998, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Certains autres groupes pathologiques présentent également une certaine stabilité (graphique 2) :

- les troubles du développement psychologique (essentiellement l'autisme et les troubles apparentés) ont augmenté de 1 point entre 1993 et 2003 (passant de 4 % à 5 %) ;
- les troubles névrotiques et apparentés (anxiété, troubles de l'adaptation, etc.) touchaient 4 % des patients pris en charge à temps complet un jour donné en 2003 comme en 1993) ;
- les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives sont passés de 9 % en 1993 à 10 % en 2003. Cependant, dans ce groupe d'affections, la prise en charge pour des problèmes d'alcool a légèrement augmenté chez les femmes ;
- les troubles apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence concernaient moins de 1 % des patients en 1993 et en 2003 ;
- les syndromes comportementaux (troubles de l'alimentation essentiellement) touchaient également moins de 1 % des patients hospitalisés ;
- enfin, les troubles de la personnalité et du comportement sont passés de 6 % à 5 % entre 1993 et 2003. Toutefois, cette légère baisse s'observe sur les diagnostics principaux, mais ces troubles sont fréquem-

ment cités en diagnostic longitudinal, puisqu'ils représentent à eux seuls plus du tiers de tous les diagnostics longitudinaux notés en 2003.

Une seule catégorie diagnostique a vu véritablement sa fréquence observée un jour donné augmenter entre 1993 et 2003. Il s'agit des troubles de l'humeur, dont la part est passée de 9% à 16% sur la période. Parmi ces troubles, le pourcentage de patients pris en charge à temps complet pour dépression a plus que doublé en dix ans. L'exploitation ne concernant actuellement que les prises en charge à temps complet, il est difficile d'en conclure qu'il s'agit d'une augmentation de ces troubles en population générale, d'un accroissement du recours aux secteurs de psychiatrie pour ce type de trouble, ou d'une évolution des prises en charge, impliquant que les troubles de l'humeur seraient davantage pris en charge à temps complet qu'auparavant.

L'augmentation de la part des troubles de l'humeur parmi les patients pris en charge à temps complet un jour donné a comme corollaire la diminution de la fréquence relative de certaines pathologies (graphique 3) :

– La plus forte baisse concerne les troubles mentaux organiques, (essentiellement les démences), dont la part a été divisée par plus de deux (de 12% en 1993 à 5% en 2003). Pour les seules démences, cette diminution est encore plus marquée (de 8,5% en 1993 à 3,6% en 2003).

– Autre baisse importante, celle concernant les patients qui présentent un retard mental. En 1993, ils étaient plus de 14% parmi les patients pris en charge à temps complet en secteur de psychiatrie générale et un peu moins de 9% en 2003.

Ces évolutions de la structure des pathologies prises en charge à temps complet un jour donné à dix ans d'intervalle peuvent résulter de différents phénomènes et donner lieu à plusieurs interprétations.

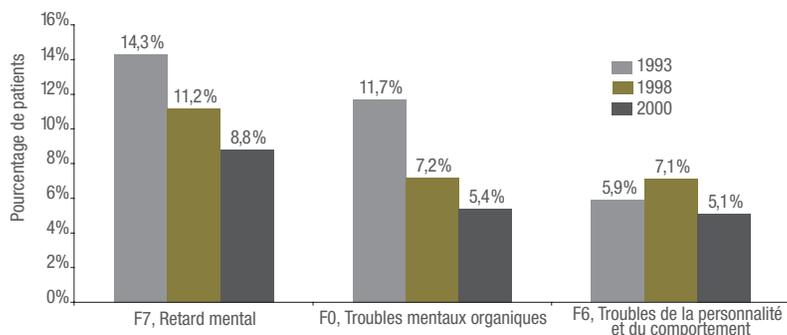
La diminution de certaines pathologies prises en charge à temps complet vient de ce que certaines sont dorénavant davantage prises en charge à temps partiel ou en ambulatoire.

Une seconde interprétation porte sur l'évolution de l'offre et de la politique de « recrutement » des secteurs. La baisse régulière des prises en charge à temps complet des patients atteints de troubles mentaux organiques (démences) et de retards mentaux peut s'expliquer par des pressions sur l'offre (diminution du nombre de lits), qui ont naturellement conduit les établissements à « transférer » une partie de leur patientèle sur d'autres types de structure d'accueil et de prise en charge (notamment les structures médico-sociales), afin de sauvegarder les lits disponibles pour les patients relevant de façon plus certaine d'une prise en charge sanitaire à temps complet. Parallèlement, le secteur médico-social a développé son offre en faveur des personnes souffrant de handicap psychique (Vanovermeir, 2005 ; Tugores, 2005), et s'est ouvert

d'avantage au « monde » de la maladie mentale, offrant ainsi aux patients atteints de troubles mentaux une prise en charge plus adaptée que les prises en charges strictement sanitaires.

GRAPHIQUE 3

### Les pathologies dont la part a diminué entre 1993 et 2003



**Champ** • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné, France métropolitaine.

**Sources** • Enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 1993, 1998, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

Troisième type d'interprétation possible, l'évolution croissante des recours pour les autres pathologies psychiatriques. Cette tendance résulte elle-même de différents phénomènes :

- Une modification des pratiques professionnelles. Par exemple, l'augmentation considérable de la place tenue par les troubles de l'humeur peut résulter soit d'une amélioration du diagnostic liée à une meilleure sensibilisation des soignants à ces troubles, soit d'une responsabilité croissante des praticiens, qui recourent davantage à l'hospitalisation devant des cas limites.
- Une augmentation de la demande de soins des patients, permettant aux praticiens de repérer plus souvent certaines affections nécessitant une hospitalisation. Ainsi, dans le cas de la dépression, une certaine déstigmatisation de cette maladie conduit certainement les patients à consulter plus facilement (Anguis *et al.*, 2001).

Cette étude a permis de mettre en évidence un rajeunissement des patients suivis à temps complet entre 1993 et 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale, mais également une modification importante de la structure de leur morbidité. Ainsi, les troubles de l'humeur, qui concernaient 9% des patients en 1993, touchaient 16% des patients en 2003. Inversement, la part des patients suivis pour des troubles mentaux organiques a fortement diminué, en particulier pour les démences, pathologies qui touchent préférentiellement les personnes âgées. De même, la part des patients atteints de retard mental a connu une baisse importante.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anguis M.**, 2003, « Les allocataires de minima sociaux en 2002 », *Études et Résultats*, DREES, n° 276, décembre.
- Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A.**, 2001, « La perception des problèmes de santé mentale : résultats d'une enquête sur 9 sites », *Études et Résultats*, DREES, n° 116, mai.
- Beaumel C., Désesquelles A., Richet-Mastain L., Vatan M.**, 2004, « La situation démographique en 2002. Mouvement de la population », *INSEE Résultats*, série Société, n° 34.
- Boisguérin B., Casadebaig F., Quémada N.**, 1999, « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post-cure, 16 au 16 mars 1998 », *Rapport*, INSERM, août.
- Bureau « Lutte contre l'exclusion »**, 2004, « Les allocataires des minima sociaux en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 354, novembre.
- Casadebaig F., Ruffin D., Quémada N.**, 2001, « Caractéristiques de la population prise en charge en secteur de psychiatrie générale en 1993 et 1998. Évolution clinique et démographique », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 49 : 513-521.
- Coldefy M., Lepage J.**, à paraître, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », *Document de travail*, DREES.
- Dutheil N., Scheidegger S.**, 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Études et Résultats*, DREES, n° 494, juin.
- Sermet C.**, 1992, « La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution », *Rapport*, IRDES, n° 926, juin.
- Vanovermeir S.**, 2005, « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », *Études et Résultats*, DREES, n° 419, août.
- Tugores F.**, 2005, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 379, février.



## **La prise en charge des patients hospitalisés au long cours dans la région Aquitaine : les apports d'un système d'information régionalisé**

---

**Hélène Brun-Rousseau\***

Dans les années 2000, la situation de l'hospitalisation des patients en psychiatrie en Aquitaine est devenue critique, du fait de l'encombrement des différents hôpitaux psychiatriques. Les professionnels de la santé mentale se trouvaient face à des difficultés croissantes pour faire hospitaliser un patient, du fait du manque de lits disponibles. Ils étaient parfois contraints d'effectuer des sorties anticipées pour libérer des places d'hospitalisation. En effet, le taux d'occupation des lits de psychiatrie n'a cessé d'augmenter ces dernières années : de 82,8% en 1999 dans le secteur public, il s'est élevé à 91,8% dans les services de psychiatrie générale aquitains en 2002 (94% en Gironde cette même année). Cet encombrement était largement lié au nombre important de patients hospitalisés sur une très longue période. Ainsi, en 1998, un tiers des lits de psychiatrie générale étaient occupés par des patients séjournant depuis plus d'un an au centre hospitalier de Pau et 40% des lits au centre hospitalier de Cadillac. Cette situation a mis en évidence la nécessité d'une étude sur les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie dans la région Aquitaine.

### **Diminution de la capacité des hôpitaux psychiatriques d'Aquitaine, notamment en Gironde**

Comme dans la plupart des hôpitaux psychiatriques français, la capacité en lits des établissements aquitains a progressivement diminué à compter des années 1980, ce qui devait permettre de redéployer des moyens et de créer des structures alternatives et des dispositifs de prise en charge ambulatoire. En France, on dénombrait 84 560 lits de psychiatrie en 1987 et 43 173 en 2000 ; en Aquitaine, cette diminution était encore sensible à la fin des années 1990 (6 074 lits de psychiatrie en Aquitaine en 1990, 4 545 lits en 1997, 3 953 lits en 2004). De nombreux patients ont certes pu être réinsérés ou pris en charge dans

\* Psychiatre, chef de service au département d'information médicale du Centre hospitalier de Cadillac.

le secteur médico-social. Mais les capacités en hébergement protégé se sont avérées insuffisantes pour accueillir toute la population jusqu'à présent hospitalisée dans les grands centres hospitaliers spécialisés (CHS) de la région. À cela, s'est ajoutée dans les années 1990 une augmentation progressive des demandes d'hospitalisations (+21 % de la file active des hospitalisés entre 1995 et 2004 dans les CHS aquitains), aboutissant, à la fin de la décennie, à une saturation quasi complète des capacités d'hospitalisation. Cette situation était particulièrement critique dans le département de la Gironde, car l'offre en équipements médico-sociaux dédiés aux handicaps psychiques y est inférieure à la moyenne nationale. Ces dernières années, la faible évolution du dispositif de soin et la création très insuffisante de structures médico-sociales n'ont pu contrebalancer cette conjoncture et la situation s'est encore aggravée. Malgré des durées moyennes de séjour (DMS) toujours plus courtes (de 37,1 jours en Aquitaine en 1998 à 26,9 en 2002), et en dépit d'efforts considérables pour mettre au point des projets de sortie adaptés mais inapplicables du fait du manque d'offre complémentaire, les hôpitaux de la Gironde sont restés pleins, de façon permanente. Lits supplémentaires installés à la hâte, chambres d'isolement jamais disponibles, malades transférés d'unité en unité et refus d'hospitalisation faute de place sont devenus le quotidien de la majorité des équipes soignantes.

Face à cette situation, il était donc indispensable de mieux cerner les paramètres de la saturation de l'hospitalisation psychiatrique. Le nombre important de patients hospitalisés au long cours en constituait un élément majeur. Caractériser cette population au sein des établissements girondins, tant sur un plan quantitatif que clinique, s'imposait donc.

## **Une étude en deux temps**

Cette étude, réalisée dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS) de la région Aquitaine (encadré 1), a été menée en deux temps. Un premier travail a été engagé en 2000 sur l'ensemble de la région Aquitaine, à partir des données enregistrées en 1999. Une exploration plus approfondie a été menée en 2003, portant sur l'hospitalisation dans les secteurs de psychiatrie publique pendant l'année 2002 en Gironde. Ce département couvre une population de 1 290 000 habitants (recensement INSEE, 1999) et représente à peu près la moitié de la population de la région Aquitaine (carte 1). Il est découpé en 17 secteurs de psychiatrie générale, répartis sur trois établissements psychiatriques, totalisant 1 101 lits théoriques dont 975 réellement installés. C'est en Gironde que la situation de l'hospitalisation s'avère la plus critique.

## ENCADRÉ 1

**Un système d'information régionalisé à la base de l'étude**

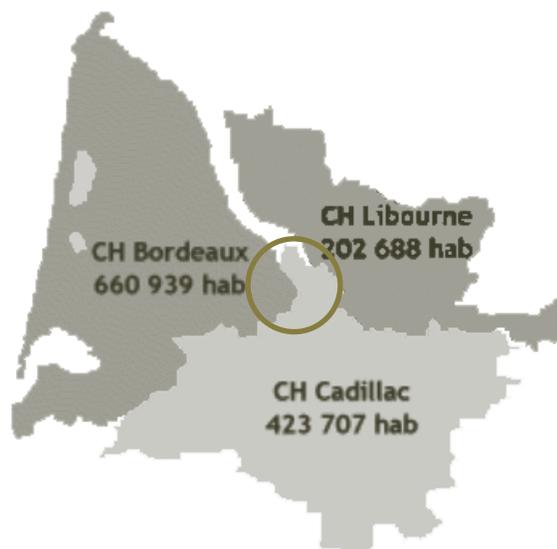
Ce travail a été réalisé dans le cadre de la préparation du schéma régional d'organisation des soins (SROS) aquitain, avec le soutien de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), par l'association des départements d'information médicale (DIM) de psychiatrie de la région (Association aquitaine pour l'information médicale et l'épidémiologie en psychiatrie, AAPIMEP). Cette association, créée en 1991, fonctionne sans la moindre subvention, à partir du seul bénévolat de ses membres et de la bienveillance des directions hospitalières. Chaque établissement psychiatrique aquitain est en effet doté d'un DIM depuis le début des années 1990. L'originalité de l'AAPIMEP a été de constituer, dès sa création, une base régionale annuelle d'information médicale, alimentée à partir des données de la « fiche patient », un système de recueil d'informations défini par la Direction générale de la santé (DGS) et en vigueur dans les secteurs de psychiatrie depuis 1986. Ces données étaient enregistrées informatiquement avec l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) dans la plupart des établissements de la région. Cette mise en commun des informations, réalisée avec l'accord des directions d'établissements, des présidents des commissions médicales d'établissement (CME) et des chefs de service, a permis de disposer de bases de données conséquentes sur un temps long. Elle a inscrit dans la culture psychiatrique régionale le partage des informations, l'utilité de l'analyse collective de l'activité et des travaux épidémiologiques, désenclavant ainsi les établissements et les départements.

Dans la première phase comme dans la deuxième, les patients considérés comme hospitalisés au long cours ont été sélectionnés à partir des critères suivants : un nombre de journées d'hospitalisation à temps plein supérieur à 270 jours dans l'année précédant l'étude ; une présence encore effective dans les unités d'hospitalisation des établissements au moment de l'étude. Cette limite de 270 jours est apparue pertinente car elle permet de ne pas écarter les patients hospitalisés tout au long de l'année mais ne totalisant pas 365 jours d'hospitalisation du fait de permissions dans leur famille ou de séjours dans des hôpitaux généraux pour des problèmes somatiques. La limite de 270 jours a été déterminée par l'analyse de la distribution des durées d'hospitalisation. Les données régionales recueillies en 2000 correspondent aux données de la fiche patient de 1999 : âge, sexe, nombre de jours d'hospitalisation, année de premier contact, diagnostics codés selon la Classification internationale des maladies – 10<sup>e</sup> édition (CIM-10). Elles ont été enrichies par d'autres informations, recueillies spécifiquement pour l'étude, mais reprises pour la plupart à partir de 2002 dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) expérimenté dans la région. Ces données sont notamment l'ancienneté de l'hospitalisation (définie avec la date de début de séjour) et le niveau de dépendance, appréciée selon l'échelle des activités de la vie quotidienne (AVQ). La dépendance physique et relationnelle des patients est

évaluée à partir de six variables (habillement, déplacement et locomotion, continence, alimentation, comportement, relation et communication), codées sur une échelle de quatre niveaux, le 1 correspondant à l'autonomie et le 4 à la dépendance complète. Les psychiatres et les équipes soignantes ont également évalué la stabilité de l'état mental, le type de trouble du comportement et les projets de sortie. Enfin, les assistantes sociales ont relevé les avis d'orientations des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) en cours. Chaque donnée complémentaire a fait l'objet d'un travail collectif de définition, répercuté par les départements d'information médicale (DIM) auprès des équipes de soins pour harmoniser les cotations. Ces informations ont été rassemblées par les cadres de santé, en relation avec les psychiatres en charge des patients, à partir des dossiers médicaux et des évaluations des équipes de soins pluridisciplinaires (infirmiers, aides-soignants, assistants sociaux).

CARTE 1

### Zones sectorielles de la Gironde



Les informations portant sur la Gironde en 2002 ont été recueillies selon le même processus. Les bases ont été constituées en respectant les procédures d'anonymisation habituelles. Les DIM ont assuré dans chaque établissement la collecte des informations, la saisie des données, la constitution et l'anonymisation des bases. L'analyse des informations a été effectuée en utilisant le logiciel Epi-Info.

## Une proportion importante d'hommes hospitalisés au long cours

Seules les informations les plus marquantes, repérées aussi bien en 1999 dans la région Aquitaine qu'en 2002 dans le département de la Gironde, ont ici été retenues.

Il apparaît un nombre important de patients hospitalisés au long cours dans les établissements publics aquitains : près de 800 patients dans le secteur psychiatrique public en 1999, sur une capacité théorique de 2 855 lits (tableau 1), ce qui représente 27 % des disponibilités en hospitalisation. En 2002, sur le seul département girondin, on comptait 335 patients hospitalisés au long cours, soit plus du tiers des capacités d'hospitalisation effective en psychiatrie publique. Ces informations confirment que les patients hospitalisés au long cours représentent une part considérable au sein des hôpitaux publics de la région, lesquels sont très encombrés.

TABLEAU 1

### Données de cadrage sur l'équipement et l'activité psychiatrique en Aquitaine

	1998	2002
Nombre de lits	2918	2668
Entrées	23382	32150
Journées d'hospitalisation (en milliers)	859	865
Durée moyenne de séjour (en jours)	37,1	26,9
<b>Taux d'occupation en psychiatrie générale</b>		
En Aquitaine	82	92*
En Gironde	85	94

\* Pour comparaison, 79,9 % en médecine-chirurgie-obstétrique.

Sources • Données SAE – DRASS Aquitaine.

Ces patients sont majoritairement des hommes (68 % pour l'Aquitaine, 73 % pour la Gironde). L'étude réalisée en Île-de-France en 2001<sup>1</sup> sur une population de patients équivalente soulignait également cette prédominance masculine mais de manière moins marquée (60 % d'hommes). La proportion des plus de 60 ans est faible (12 % en Aquitaine et 10 % en Gironde); en revanche, 35 % des patients ont moins de 40 ans en 1999 comme en 2002 et près de 70 % ont moins de 50 ans. Il s'agit donc le plus souvent d'adultes relativement jeunes, ne relevant pas, même à moyen terme, de structures pour personnes âgées.

Une proportion importante de ces patients est hospitalisée depuis fort longtemps : la moitié d'entre eux séjourne en psychiatrie depuis 10 ans ou plus. La même tendance a été observée en Île-de-France, mais dans des proportions moindres : seuls 29 % des patients hospitalisés depuis plus d'un an le sont depuis 10 ans ou plus.

1. ANCREAI  
Île-de-France, 2003,  
« Les patients séjournant  
au long cours dans les  
services de psychiatrie  
adulte en Île-de-France.  
Enquête de l'ARHIF »,  
(rapport disponible sur  
le site  
[www.creai-idf.org](http://www.creai-idf.org)).

## **Seul un quart des patients hospitalisés au long cours sont autonomes physiquement en Aquitaine**

Les données relatives à la dépendance physique des patients, appréciées selon l'échelle AVQ où l'on observe les scores cumulés pour les items habillage-toilette, déplacement-locomotion, alimentation et continence sont particulièrement intéressantes. Peu de patients s'avèrent complètement autonomes au plan physique (score cumulé inférieur ou égal à 4) : ils ne représentent qu'un quart des patients étudiés au plan aquitain et 18 % des hospitalisés au long cours en Gironde. En revanche, il faut souligner la proportion importante de patients lourdement dépendants, définis par la nécessité d'une assistance physique majeure d'une tierce personne pour réaliser les gestes élémentaires du quotidien (scores cumulés supérieurs ou égaux à 10) : cette proportion atteint 25 % des patients dans la région en 1999 et à 32 % en Gironde en 2002.

## **Prépondérance des troubles schizophréniques et des psychoses infantiles**

Schizophrénies et psychoses infantiles sont les troubles mentaux les plus fréquemment observés. Le diagnostic de « schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (catégories F20 à F29 de la CIM-10) est porté pour 40 % des patients de la région en 1999, et pour 38 % de ceux de la Gironde en 2002. La proportion des psychoses infantiles (plus précisément la catégorie F84 « trouble envahissant du développement ») est identique à la proportion des schizophrénies (38 %) dans ce département, mais ne représentaient que 22 % au niveau régional en 1999. Cet écart est probablement dû à un usage différent de la CIM-10 pour les psychoses infantiles avec évolution déficitaire : certains psychiatres peuvent privilégier l'aspect déficitaire des patients (codés alors dans la catégorie F70 à F79), tandis que d'autres prendront davantage en compte la pathologie mentale, recourant ainsi davantage aux diagnostics de psychose infantile. Néanmoins, les psychoses concernent une large majorité des patients hospitalisés au long cours, (au total 62 % des patients en Aquitaine en 1999). Cette prépondérance de la psychose est encore plus significative dans l'étude menée en Gironde : 74 % pour les patients des groupes F2 et F8, une proportion que l'on peut rapprocher des résultats de l'étude réalisée en Île-de-France (73,8 % pour ce même groupe de patients).

La psychose masculine est en effet source d'hospitalisation prolongée, vraisemblablement du fait de la fréquence des troubles du comportement qui y sont associés, troubles toujours difficilement acceptables dans les établissements autres que psychiatriques, qu'ils soient du

champ sanitaire ou médico-social. C'est une réalité encore vérifiée en Aquitaine, au début du *xxi*<sup>e</sup> siècle, et il serait fort utile d'analyser les processus d'exclusion toujours actifs aujourd'hui, puisque beaucoup de ces psychotiques ont moins de 40 ans. Au-delà des pathologies psychotiques masculines, au moins la moitié des patients hospitalisés au long cours pourraient indiscutablement bénéficier de prise en charge dans d'autres dispositifs de soins ou d'hébergement, qu'ils s'agissent de patients totalement dépourvus d'autonomie (32 % en Gironde en 2002), ou ne présentant aucun trouble du comportement (37 % en Gironde) ou déjà âgés (10 % à 12 %).

### **Des troubles du comportement associés chez la majorité des patients, en particulier chez les autistes**

Une grande majorité des patients présente des troubles du comportement. Il s'agit le plus souvent d'agressivité envers soi ou envers l'autre (50 % des patients en Gironde). Toutefois, aucun trouble du comportement n'est signalé pour 20 % des patients aquitains en 1999 et pour 37 % des patients girondins en 2002. La prolongation de l'hospitalisation apparaît dans ce cas très discutable.

Par ailleurs, il nous paraît important de souligner le grand nombre d'autistes toujours hospitalisés, dans un contexte où l'autisme a pourtant rejoint le champ du médico-social. Ces patients autistes sont nombreux (38 % des patients hospitalisés au long cours en Gironde en 2002). Ils présentent de plus des troubles graves, requérant des prises en charge psychiatriques complexes et difficiles, du fait de l'importance des troubles du comportement : deux tiers des patients autistes présentent plusieurs troubles du comportement dans l'étude portant sur les patients d'Aquitaine en 1999. Ils imposent en outre des soins de nursing très importants liés à une dépendance physique particulièrement marquée : 66 % ont un score supérieur à 10 dans l'étude portant sur les patients de Gironde en 2002.

Le déni de réalité de leur présence dans les hôpitaux psychiatriques publics est démontré par l'absence de prise en compte de ces patients à différents niveaux de planification sanitaire (plans de santé mentale nationaux, schémas régionaux). Ils n'en demeurent pas moins bien réels. Il semble ainsi impossible de construire un projet de psychiatrie publique pour ces patients qu'on dit ne plus relever du registre sanitaire. En définitive, ces patients posent manifestement un problème spécifique, tenant à la fois aux difficultés particulières du soin psychiatrique et à la charge en soins de nursing, ce qui peut expliquer leur maintien à l'hôpital psychiatrique, qui demeure leur seul cadre de vie possible, en l'absence d'institutions spécialisées suffisantes.

## **L'hôpital, l'unique solution faute de structures appropriées ?**

Selon les équipes de soins, beaucoup de patients devraient être orientés dans d'autres structures : dans l'étude menée en Gironde, les soignants estiment que 23 % pourraient être pris en charge en maison d'accueil spécialisée, 28 % en foyer occupationnel ou médicalisé, 10 % en maison de retraite (soit au total 61 % des patients). Les autres projets envisagés correspondent à des alternatives à l'hospitalisation plus variées : placements familiaux, centres d'aide par le travail (CAT), appartements associatifs ou thérapeutiques. Au total, seul un quart des patients hospitalisés au long cours en 2002 nécessiteraient donc réellement la prolongation de leur séjour en milieu hospitalier.

Ce point de vue est partiellement confirmé par la Cotorep : ainsi, dans la population étudiée en Gironde, 38 % des patients sont orientés vers une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un foyer d'accueil médicalisé (FAM). Cette estimation est certainement sous-évaluée, dans la mesure où les équipes soignantes ont tendance à ne plus demander d'avis et d'orientation à la Cotorep, sachant que ces orientations ne pourront être suivies, faute de places dans les structures médico-sociales existantes.

## **Les besoins mis au jour demandent une adaptation du dispositif**

Les patients hospitalisés au long cours occupent donc une part conséquente des capacités d'hospitalisation en psychiatrie publique, après plus de 30 ans de mise en place des secteurs et malgré la création de nombreuses structures alternatives à l'hospitalisation et d'importants redéploiements des moyens psychiatriques dans la région Aquitaine. L'hospitalisation paraît très discutable pour des patients souvent stabilisés, lourdement dépendants au plan physique ou ne présentant plus de troubles du comportement. Mais l'hôpital psychiatrique, aussi inadapté soit-il, demeure pourtant l'unique solution, faute de structures appropriées.

L'encombrement critique des hôpitaux psychiatriques aquitains impose de dynamiser sans délai l'ensemble des acteurs, équipes de soins, directions hospitalières, responsables administratifs et politiques. Les investigations menées par les DIM en Aquitaine se sont avérées déterminantes dans la prise de conscience régionale ; elles sont aussi, il faut l'espérer, un plaidoyer pour ces patients oubliés et pour les équipes psychiatriques publiques qui n'ont cessé d'en prendre soin.

L'étude de la population des patients hospitalisés au long cours, tant au niveau régional qu'au niveau départemental, montre l'ampleur du pro-

blème. La meilleure connaissance de ces populations apporte des éléments de réflexion sur la pertinence ou l'inadaptation des modes de prise en charge. Elle est une étape essentielle avant l'élaboration d'un dispositif plus approprié. Les résultats de cette étude ont été présentés aux tutelles par les médecins responsables des DIM des centres hospitaliers Charles Perrens et Cadillac, en présence des directeurs et des présidents des commissions médicales des établissements concernés, en décembre 2003.

Depuis, en Gironde, une maison d'accueil spécialisé (MAS) dotée de 50 lits et 10 places a été ouverte en novembre 2005, en grande partie grâce à la reconversion de moyens du sanitaire vers le médico-social. En revanche, d'autres projets médico-sociaux, en particulier des projets de foyers d'accueil médicalisés, tardent à se réaliser, faute de réelle volonté politique (le financement du médico-social dépend du conseil général). Enfin, les projets d'alternative à l'hospitalisation à temps plein élaborés par les différents établissements ont du mal à voir le jour, faute de financements. La situation semble au quotidien toujours aussi critique et l'estimation chiffrée réalisée au titre de l'année 2004 au niveau de la région aquitaine tendait à démontrer une inflation du nombre des patients hospitalisés au long cours.

Cette étude illustre assurément la valeur des informations collectées au titre du PMSI et l'utilité d'une association régionale à même d'effectuer des études apportant une meilleure connaissance des patients suivis en psychiatrie et contribuant à l'analyse des besoins régionaux, à partir desquels il conviendrait d'élaborer de futurs plans et projets.



## La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003

---

Magali Coldefy, Albane Exertier\*

Depuis la parution du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, la prise en charge de la santé mentale des détenus est sous la responsabilité du service public hospitalier.

Ce décret institue en particulier les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le dispositif en place en 2003 repose en effet sur deux systèmes : les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, spécifiquement dédiés à la population carcérale, et les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile pour la prise en charge de la population générale.

En 2003, on comptait 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, avec comme structure-pivot le service médico-psychologique régional (SMPR). Situés dans l'enceinte des maisons d'arrêt<sup>1</sup> ou des centres de détention<sup>2</sup>, les SMPR dispensent les soins psychiatriques courants dans leur établissement pénitentiaire d'implantation. Ils fournissent également des soins plus intensifs (notamment l'hospitalisation avec consentement) aux personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de leur secteur. Ils assurent enfin une mission de coordination régionale des prestations psychiatriques délivrées à la population pénale de leur aire de compétence, afin d'harmoniser les pratiques, y compris dans la prise en charge des addictions.

Les modalités d'intervention des SMPR sont variées. Certains ont installé des antennes (qui ne proposent que des prestations ambulatoires : consultations, activités à temps partiel, etc.) dans un ou plusieurs établissements pénitentiaires de leur secteur. Plusieurs SMPR interviennent également dans d'autres établissements pénitentiaires implantés sur leur secteur, sans y avoir de locaux ou de personnels spécifiques.

Au total, en 2003, 99 établissements pénitentiaires sur les 188 existants étaient ainsi couverts par les équipes de psychiatrie de secteur en milieu pénitentiaire. À noter, certaines régions administratives (Auvergne, Corse, Franche-Comté, Guyane, Limousin) étaient dépourvues de

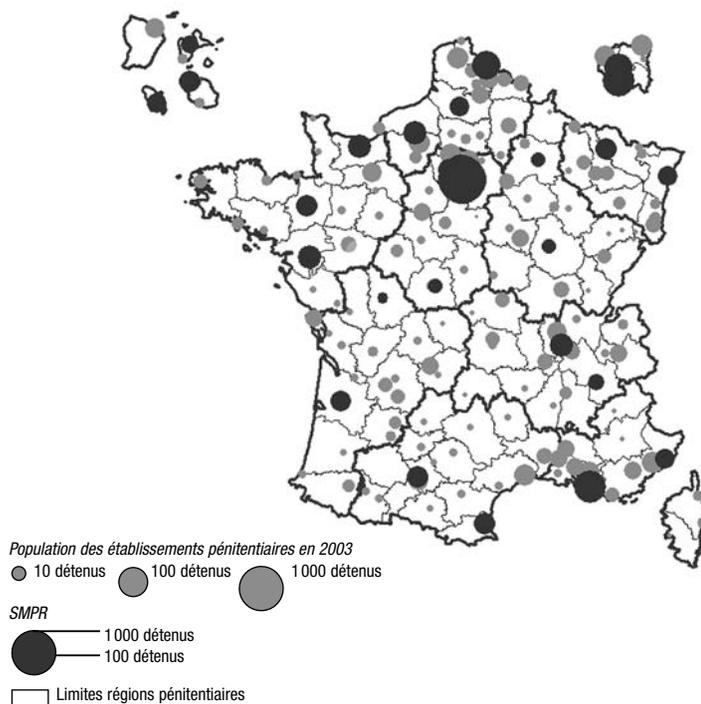
\* DREES.

1. Établissements pénitentiaires qui reçoivent les prévenus (détenus en attente de jugement) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.
2. Établissements pénitentiaires qui accueillent les condamnés d'un an et plus, considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Le régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

SMPR en raison de leur faible population pénale (carte 1). Les détenus de ces établissements sont alors suivis par les équipes des secteurs de psychiatrie générale dont ils relèvent.

CARTE 1

### Établissements pénitentiaires et SMPR en 2003



Sources • Statistiques de l'administration pénitentiaire 2003.

Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile interviennent au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) chargées des soins somatiques auprès de la population pénale. Celles-ci réalisent les soins courants dans les établissements pénitentiaires relevant de leur secteur géographique. En 2003, 129 secteurs de psychiatrie générale ont déclaré intervenir en milieu pénitentiaire, dans le cadre d'un protocole entre l'établissement de santé dont ils relèvent et l'établissement pénitentiaire.

En termes de personnels, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont mieux dotés que les secteurs de psychiatrie générale si l'on considère la population couverte, mais pas si l'on regarde le nombre de patients pris en charge, et ce pour toutes les catégories de person-

nel. En effet, si la taille de la population à couvrir par l'ensemble des SMPR est globalement proche de celle d'un secteur moyen de psychiatrie générale, la proportion de détenus utilisant le système de soins psychiatriques s'avère beaucoup plus importante. Les taux de recours aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire apparaissent 10 fois supérieurs à ceux observés en population générale.

#### ENCADRÉ 1

##### Sources

Les résultats présentés ici sont issus de l'exploitation des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et de secteurs de psychiatrie générale pour l'année 2003.

La première collecte nationale des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire a eu lieu en 2000, mais la qualité de remplissage des questionnaires n'avait pas permis son exploitation. En 2003, une version rénovée des rapports a été établie, afin d'améliorer la connaissance du fonctionnement et de l'organisation des soins de ces services, à l'aide d'éléments comparables à ceux collectés dans les rapports de secteurs de psychiatrie générale.

Pour l'exercice 2003, les 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ont répondu à l'enquête. Les réponses partielles ou données incohérentes ont été redressées au niveau national à partir des données de 2000 lorsque cela était possible ou par affectation de structures moyennes dans les autres cas.

## L'accès et le recours aux soins

### *Le premier accueil*

Dans le cadre des missions de prévention, un repérage précoce des troubles psychiques est prévu pour chaque nouvel arrivant en détention.

Dans les établissements disposant d'un service médico-psychologique régional (SMPR), un entretien d'accueil est réalisé par l'équipe du SMPR avec chaque nouvel entrant. Cet entretien permet un dépistage précoce des détresses et troubles psychiques divers, des maladies mentales avérées, ainsi que des conduites de consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments. Il permet aussi de présenter les prestations proposées par le SMPR.

En 2003, dans les 26 établissements pénitentiaires où des SMPR sont implantés, 51 680 personnes<sup>3</sup> sont entrées en détention. Parmi elles, 40 300 étaient auparavant en liberté, les autres venant d'un autre établissement. Chaque SMPR aurait donc dû voir en moyenne 2 000 entrants en détention. En pratique, les équipes n'ont rencontré que 63 % des nouveaux arrivants dans leurs établissements<sup>4</sup>. L'enquête réalisée en juin 2001 par la DREES et le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique auprès des entrants dans les établissements d'implanta-

3. Ces chiffres de l'administration pénitentiaire correspondent au nombre de détenus entrants dans l'année. Un détenu transféré dans différents établissements au cours de l'année est comptabilisé à chaque fois comme un nouvel entrant.

4. Cet écart peut s'expliquer par plusieurs raisons, mais principalement par le fait que certains entrants ne restent pas suffisamment longtemps dans l'établissement pour que cet accueil soit réalisé. Cela peut induire des biais dans les calculs effectués.

tion de SMPR avait en outre montré que 52 % de ces entretiens débouchaient sur une préconisation de suivi psychiatrique (Coldefy *et al.*, 2002).

Dans les établissements ne disposant pas de SMPR, l'entretien d'accueil est réalisé par les équipes des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), lesquelles effectuent un bilan somatique et psychiatrique. À cet entretien, s'ajoute parfois un entretien avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile. Dans ces établissements, un entrant en détention sur cinq s'est vu prescrire une prise en charge psychiatrique en 2003 (Mouquet, 2005).

La prescription est donc plus fréquente dans les établissements disposant d'un SMPR. Cela accreditte l'hypothèse selon laquelle il est plus facile, au sein de ces derniers, d'accéder à une prise en charge psychiatrique et de repérer la population concernée.

### ***Le recours des détenus aux soins de santé mentale est dix fois supérieur à celui observé en population générale***

En 2003, on peut estimer que plus de 67 000 détenus, soit 40 % de la population carcérale<sup>5</sup>, ont été vus au moins une fois par une équipe de psychiatrie, dont 54 250 par l'équipe soignante d'un SMPR. Parmi ces derniers, 38 % n'ont été vus qu'une seule fois dans l'année, la plupart du temps lors d'un entretien d'accueil à l'issue duquel un suivi psychiatrique n'a pas été jugé nécessaire ou n'a pu être mis en place (transfert, sortie ou refus du détenu). En excluant ces « mono-consultants » de la file active totale<sup>6</sup>, le taux de recours<sup>7</sup> aux soins de santé mentale atteint 271 pour 1 000 détenus en 2003. Ce taux est très supérieur à celui observé en population générale auprès des seuls secteurs de psychiatrie (27 pour 1 000 en 2003). Signalons toutefois qu'il peut y avoir des recours privés auprès de structures non sectorisées ou de psychiatres de ville. Ce fort recours aux soins psychiatriques tient en partie aux caractéristiques démographiques et sociales de la population incarcérée, qui cumule les risques de vulnérabilité (Mouquet, 2005) et au sein de laquelle les conduites addictives sont très répandues : 54 % des entrants en détention déclaraient en 2003 consommer au moins une substance psycho-active (psychotropes, alcool, drogues illicites).

En outre, l'incarcération elle-même (impliquant isolement affectif, promiscuité, inactivité, etc.) génère ou augmente certains risques. En particulier, les risques de suicide sont majorés à certains moments du parcours pénitentiaire (lors des premières semaines de détention, de placement en quartier disciplinaire, avant un jugement, etc.). Par ailleurs, la proportion de nouveaux détenus ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide dans les douze mois précédant l'incarcération est 22 fois plus élevée qu'en population générale.

5. Ce chiffre correspond aux détenus présents au 1<sup>er</sup> janvier 2003 et aux entrants dans l'année (après transferts et état de liberté). Un détenu vu dans plusieurs SMPR ou secteurs de psychiatrie générale est comptabilisé dans l'activité de chaque structure.

6. La file active est égale à la somme des patients présents au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée et des nouveaux patients vus dans l'année.

7. Nombre de patients vus plus d'une fois dans l'année rapporté à la population des détenus incarcérés en 2003 (présents au 1<sup>er</sup> janvier + entrants dans l'année).

### ***Le recours aux soins psychiatriques est trois fois supérieur dans les établissements dotés d'un SMPR***

La probabilité pour un détenu de recourir aux soins de santé mentale varie aussi fortement selon l'établissement d'incarcération. En 2003, sur 1 000 détenus dans un établissement pénitentiaire disposant d'un SMPR ou d'une antenne SMPR, 430 ont bénéficié d'une prise en charge psychiatrique, contre 144 de ceux qui étaient incarcérés dans des établissements non dotés d'un SMPR. La possibilité pour les détenus d'accéder à des soins de proximité semble donc influencer sur leur recours aux soins psychiatriques.

## **La nature de la prise en charge**

Comme les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire peut proposer une offre de soins diversifiée : il dispose généralement d'une unité d'hospitalisation à temps plein au sein même du SMPR et assure des prestations ambulatoires ainsi que des prises en charge à temps partiel (atelier thérapeutique, activité thérapeutique, hôpital de jour, etc.). Cette diversité reste cependant limitée, en partie du fait des contraintes de sécurité liées au milieu carcéral dans lequel les missions du secteur s'exercent.

Dans les établissements dotés d'un SMPR, la prise en charge ambulatoire peut prendre la forme de consultations. Ces dernières se déroulent au sein du SMPR (21 000 patients ont été soignés ainsi en 2003) ou dans les locaux de détention (plus de 11 000 patients). La prise en charge ambulatoire ou à temps partiel (type atelier ou activité thérapeutique) de patients relevant d'autres établissements pénitentiaires reste très limitée : moins de 3 % des séances ou journées de prise en charge ambulatoires ou à temps partiel étaient réalisées par le SMPR (hors entretien d'accueil) en 2003 pour de tels patients.

Lorsqu'il n'existe pas de SMPR dans l'établissement, la prise en charge ambulatoire est la seule modalité de soins proposée (à l'exception de l'hospitalisation d'office dans un établissement habilité) : près de 13 000 détenus ont été vus en consultation ou en groupe thérapeutique, le plus souvent dans les locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA).

### ***Des activités de groupe thérapeutiques inégalement développées***

Tous les SMPR déclarent réaliser des activités de groupe à visée psychothérapeutique (échange de paroles, exercice d'une activité, etc.). Selon les médecins, ce mode de prise en charge semble souvent répondre aux besoins des personnes incarcérées. Il est cependant plus difficile à met-

tre en place dans les établissements dépourvus de SMPR : seuls 30 % des secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire déclaraient mener des activités de groupe au sein de l'établissement.

Globalement, ces activités de groupe restent cependant limitées, y compris dans les établissements dotés d'un SMPR, où elles concernent moins de 10 % des détenus pris en charge plus d'une fois dans l'année par l'équipe soignante.

### *Une prise en charge à la sortie de la détention pour 4 % des détenus suivis par les équipes des SMPR*

La préparation à la sortie et le suivi post-pénal font également partie des missions des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. 81 % des SMPR ont ainsi déclaré participer à une activité individualisée de préparation à la sortie, destinée à faciliter la réinsertion des détenus et leur intégration. Cet accompagnement se fait en lien avec les services sanitaires, sociaux et pénitentiaires de l'établissement (services pénitentiaires d'insertion et de probation), dans un processus de continuité des soins.

En outre, 22 SMPR sur 26 déclaraient avoir eu une activité post-pénale pour les détenus suivis pendant leur incarcération et qui nécessitent la poursuite de leurs soins en milieu ouvert.

### *L'hospitalisation au SMPR est souvent assimilable à une hospitalisation de jour*

Dans un SMPR, l'hospitalisation avec consentement<sup>8</sup> s'effectue dans les limites liées aux contraintes pénitentiaires. Elle s'apparente de fait à une hospitalisation de jour. Dans la majorité des structures, il n'y a en effet pas de personnel soignant la nuit. Et quand il y en a, ils n'ont pas un accès direct aux patients car la cellule ne peut être ouverte que par un surveillant pénitentiaire.

Seuls les SMPR des Baumettes (Bouches-du-Rhône) et de Fresnes (Val-de-Marne) ont organisé une permanence de l'équipe soignante, avec une surveillance infirmière durant la nuit et une astreinte d'un médecin de l'équipe du secteur. En 2003, 299 patients ont ainsi été hospitalisés à temps plein dans ces deux services (82 lits au total), pour une durée moyenne de séjour (continu ou non) allant de 54 à 65 jours dans l'année selon l'établissement.

Par ailleurs, 20 SMPR sur 26 ont réalisé une hospitalisation sans permanence de nuit, même si dans certains services, le patient reste hébergé la nuit sans surveillance infirmière. 360 lits ou places sont destinés à une telle prise en charge, soit 18 en moyenne par secteur (de 5 à 29).

8. L'hospitalisation au sein d'un établissement disposant d'un SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement du détenu. Les détenus des établissements ne disposant pas de SMPR doivent quant à eux être transférés vers ces structures ou hospitalisés selon les modalités de l'hospitalisation sans consentement (au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale) dans un établissement de santé habilité.

La totalité des SMPR ne propose pas ce type de prise en charge. En 2003, 4 SMPR n'offraient que des prises en charge ambulatoires (ou à temps partiel sous forme d'atelier ou d'activité thérapeutique) et adressaient leurs patients nécessitant une hospitalisation à un autre SMPR ou à un établissement de santé habilité dans le cadre d'une hospitalisation d'office. Au total, l'hospitalisation au sein des SMPR ne concerne donc qu'un nombre limité de détenus: 1 % d'entre eux<sup>9</sup> ont été, en 2003, hospitalisés avec leur consentement dans ces structures.

### ***Des conditions d'hospitalisation liées au cadre pénitentiaire***

Les conditions d'hospitalisation en SMPR ne sont pas réellement comparables à celles des services hospitaliers. Les chambres d'hospitalisation ne se différencient pas des cellules de détention dans 17 SMPR, ce qui peut poser certains problèmes (inexistence de systèmes de réanimation de premier niveau, risques liés aux lits métalliques en cas de crise, présence de systèmes d'alerte, etc.).

### ***Des hospitalisations de courte durée en établissement psychiatrique***

L'hospitalisation au SMPR ne peut se faire qu'avec le consentement du patient. L'article D.398 du Code de procédure pénale prévoit cependant, en application de l'article L.3213-1 du Code de la santé publique, que les détenus atteints de troubles mentaux qui ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire puissent être hospitalisés d'office. Les détenus atteints de troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui compromettent, de manière grave, l'ordre public ou la sûreté des personnes, sont ainsi placés, sur décision du préfet et au vu d'un certificat médical, en hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité.

Les données issues des rapports de secteurs de psychiatrie générale en 2003 enregistraient 692 patients reçus au titre de l'article D398 du Code de procédure pénale, pour un total de 15 737 journées. Parmi eux, 583 ont été adressés par les SMPR. Ces chiffres semblent cependant sous-estimés: les données d'activité des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique recensaient en effet, pour la même année, 1 547 mesures prises au bénéfice de personnes détenues. Avec 23 jours, cette durée moyenne de séjour cumulé dans l'année apparaît inférieure à celle observée en moyenne dans les secteurs de psychiatrie générale (41 jours en 2003).

Ces derniers admettent relativement rapidement un patient suite à une demande d'hospitalisation. 89 % des SMPR parviennent toujours à faire hospitaliser le patient dans un délai inférieur ou égal à trois jours (le jour même pour 5 SMPR). Les SMPR de Fresnes (Val-de-Marne), Bordeaux (Gironde) et Fleury-Merogis (Essonne) ont rencontré davantage de difficultés, l'hospitalisation ne se faisant pas avant deux jours et certains patients ayant dû attendre plus de dix jours avant d'être admis à l'hôpital.

**9.** Patients hospitalisés rapportés aux présents au 1<sup>er</sup> janvier et aux entrants dans l'année.

En l'espace de 10 ans, le nombre de personnes détenues hospitalisées d'office a été multiplié par 15 (moins de 1 500 personnes en 2003). Cette évolution est à mettre en parallèle avec les fortes augmentations de condamnations criminelles entre 1984 et 2003 (+200%), de condamnations correctionnelles (+250%). La population carcérale, quant à elle, a progressé de 31 % entre 1990 et 2005 (Burgelin, 2005).

Du fait des limites des capacités hospitalières ou plus encore de la dangerosité criminologique des personnes et du risque d'évasion, il arrive que les séjours en secteur de psychiatrie générale ou en unité pour malades difficiles (UMD) soient rendus les plus courts possibles, ce qui ne garantit pas une qualité de soins optimale<sup>10</sup>.

### *Des recours peu nombreux aux unités pour malades difficiles*

Les unités pour malades difficiles (UMD) étaient au nombre de 4 en 2003<sup>11</sup>, pour une capacité totale de 520 lits. Elles sont destinées à recevoir en hospitalisation d'office des patients (détenus ou non) présentant pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières. Un SMPR sur deux a fait une demande de transfert de patients vers une UMD en 2003. Ces demandes ont concerné 34 patients et ont donné lieu à 31 transferts. Les demandes émanant des SMPR donnent plus fréquemment lieu à un transfert que celles émanant des secteurs de psychiatrie générale, *a priori* moins habitués à gérer ce type de patients. Ainsi, la même année, 39 % des secteurs de psychiatrie générale ont demandé à transférer leurs patients (636 au total), dont 57 % ont fait effectivement l'objet d'un transfert. En comptabilisant les secteurs de psychiatrie générale et les SMPR, 392 patients ont donc été transférés dans une des quatre UMD en 2003.

10. Extrait du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, p. 70.

11. Le projet de loi de Finances 2007 prévoit la création d'une cinquième unité pour malades difficiles.

12. Services pénitentiaires d'insertion et de probation, personnels pénitentiaires autres que les surveillants du SMPR, juges d'application des peines, services de protection judiciaire de la jeunesse, etc.

## **Les coopérations des SMPR sont surtout centrées sur les intervenants directs au sein du milieu pénitentiaire**

Pour la prise en charge des patients, les équipes des SMPR sont amenées à travailler avec d'autres intervenants du milieu pénitentiaire, que ceux-ci appartiennent au secteur sanitaire (unités de consultations et de soins ambulatoires, secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile) ou aux secteurs pénitentiaire et judiciaire<sup>12</sup>. Ces relations s'établissent, soit au moment de la prise en charge directe des patients, soit lors de réunions de coordination institutionnelle. Ces actions de coordination et de concertation constituent une part importante du travail des équipes des SMPR, et permettent une meilleure cohérence des soins et de la prise en charge du patient dans son parcours pénitentiaire.

### ***L'unité de consultations et de soins ambulatoires, partenaire essentiel***

Les relations les plus fréquentes pour la prise en charge des patients sont généralement établies avec l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), elle aussi implantée dans l'établissement pénitentiaire: 96 % des SMPR disent être « toujours » ou « souvent » en relation directe avec cette unité lorsqu'ils suivent un patient, ce qui s'explique en partie par la proximité des deux structures. Ces rencontres permettent d'échanger sur les traitements et modalités de prise en charge des patients. La prescription médicale favorise également les relations entre les unités somatiques et psychiatriques, même si un réseau informatique entre l'UCSA, le SMPR et la pharmacie n'a été mis en place qu'exceptionnellement (dans les établissements de Rennes et de Châlons-en-Champagne).

77 % des SMPR réalisent des réunions de coordination institutionnelle avec les UCSA. Généralement mensuelles, la fréquence peut varier selon les structures (d'une réunion annuelle à une réunion hebdomadaire). De façon générale, ces réunions visent à coordonner les pratiques des équipes sur les dossiers médicaux des patients, la prescription et l'administration des médicaments, la continuité des soins et des traitements.

### ***Prise en charge globale du patient en lien avec les services pénitentiaires et judiciaires***

Si les équipes des SMPR entretiennent bien sûr des relations avec les surveillants affectés au SMPR, elles ont également souvent des relations directes avec les personnels pénitentiaires: 22 SMPR sur 26 ont déclaré « toujours » ou « souvent » en relation directe pour un patient suivi.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) constitue notamment un partenaire important dans la prise en charge des patients. 21 SMPR ont ainsi déclaré avoir « toujours » ou « souvent » une relation directe avec ce service<sup>13</sup>. Des réunions de coordination institutionnelle avec les équipes du SPIP sont organisées par la plupart des SMPR (en moyenne 6 par an). Là encore, la fréquence des réunions varie (d'une à douze fois par an).

Les relations liées à la prise en charge des patients sont plus ponctuelles entre les SMPR et les juges d'application des peines ou les services de protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Les rencontres avec les premiers n'ont concerné que 11 des SMPR, dans le cadre de réunions de coordination institutionnelle (en moyenne 4 par an). En revanche, lorsque les SMPR doivent prendre en charge des mineurs, des réunions fréquentes (14 par an en moyenne) sont organisées avec les services de la PJJ.

### ***Un partenariat moins répandu avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile***

Les relations des SMPR avec les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile sont moins systématiques pour le suivi des patients et

**13.** Les SPIP sont chargés de préparer la réinsertion des détenus et des condamnés libres, grâce au recours à des dispositifs d'insertion (hébergement, emploi, suivi médical, etc.). Voir le décret n° 99-276 modifiant le Code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

la gestion des hospitalisations d'office peut accroître leur complexité. 16 SMPR sont « toujours » ou « souvent » en relation avec eux et 7 d'entre eux organisent des réunions de coordination institutionnelle avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile (en moyenne 8 rencontres annuelles). Une telle coordination avec les autres secteurs de psychiatrie apparaît toutefois indispensable à la continuité des soins à l'entrée (pour les patients déjà suivis par le système de soins) et à la sortie de détention.

La situation ici décrite concerne l'année 2003 et ne prend donc pas en considération l'évolution récente du dispositif de prise en charge psychiatrique des personnes détenues. La loi d'orientation et de programmation pour la justice n° 2002-1 138 du 9 septembre 2002<sup>14</sup> a en effet réformé les modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues, redéfinissant l'organisation globale de la prise en charge psychiatrique de ces personnes (Coldefy, 2005).

L'ancien dispositif ne répondait que de manière incomplète aux besoins de santé mentale qui sont majeurs en milieu pénitentiaire<sup>15</sup>. L'offre de soins apportée par les SMPR et les secteurs psychiatriques, dans les établissements qui n'en sont pas dotés, était jugée globalement insuffisante, inégalement répartie et ne répondant pas intégralement à la surmorbidity psychiatrique de la population carcérale. Pour remédier à cette situation, il a été prévu de créer des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir, au sein d'un établissement de santé, les personnes détenues, avec ou sans leur consentement. Ces unités, sécurisées par les personnels de l'administration pénitentiaire, devraient permettre aux personnels de santé de se recentrer sur leur seule mission de soins, et non plus, comme cela pouvait être le cas auparavant, de se charger des missions de surveillance et de prévention des évasions. Les missions des SMPR devraient en parallèle se recentrer sur les alternatives à l'hospitalisation complète et l'activité ambulatoire<sup>16</sup>. En 2006, le cahier des charges pour l'implantation et le fonctionnement des UHSA était en cours de finalisation.

La mise en place de ces unités repose sur une proposition d'organisation de soins sous contrainte<sup>17</sup> pour les personnes incarcérées, ce qui soulève certaines questions éthiques: des individus ont en effet été jugés suffisamment lucides pour assumer la responsabilité pénale de leurs comportements mais, une fois incarcérés, on découvre qu'ils ne disposent pas de la lucidité suffisante pour accéder aux soins psychiatriques dont ils ont besoin. Cette situation est complexe puisque la méconnaissance par le patient des troubles qu'il présente est souvent l'un des symptômes de la maladie mentale (Dubret, 2005).

14. En 2003, les nouvelles dispositions législatives ne sont pas encore en place.

15. La moitié des personnes détenues souffre de troubles dépressifs et le quart de troubles psychotiques (Voir plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, p. 69).

16. Extrait du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, p. 70.

17. Il peut s'agir d'hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'hospitalisation d'office.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Burgelin J.-F.**, 2005, *Santé, justice et dangerosité: pour une meilleure prévention de la récidive*, Rapport de la Commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin, La Documentation française, 196 p.
- Coldefy M.**, 2005, « *La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003* », DREES, *Études et résultats*, n° 427, septembre.
- Coldefy M., Faure P., Prieto N.**, 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *Études et résultats*, DREES, n° 181, juillet.
- Dubret G.**, 2005, « Les UHSA : une fausse bonne idée ? », Présentation au colloque Santé et Prison. Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ?
- Mouquet M.-C.**, 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, DREES, n° 385, mars.



## Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie

ÉVOLUTIONS ET DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES DÉPARTEMENTALES

Magali Coldefy\*

Depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le consentement aux soins est une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique. Néanmoins, si le consentement aux soins demeure la règle, on peut de manière exceptionnelle recourir à la contrainte pour hospitaliser des personnes souffrant de troubles mentaux, dès lors que, sur une courte durée, la conscience des troubles et donc du besoin de soin est altérée (en particulier chez les psychotiques). Ainsi, la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002<sup>1</sup>, définit le champ et les modalités d'application des mesures d'hospitalisation sans consentement (HSC) : elle considère que, dans ce cas, c'est l'absence de soins qui crée préjudice au patient et non leur mise en œuvre autoritaire. Les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles sont limitées à celles nécessitées par l'état de santé de la personne et la mise en œuvre de son traitement.

La loi distingue deux régimes : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO), et prévoit plusieurs procédures d'urgence (encadré 1).

Afin de veiller au respect des libertés et de la dignité des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, la loi du 27 juin 1990 a mis en place les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) (encadré 2). Les CDHP dressent chaque année le rapport de leur activité. Les dernières données exploitées portent sur l'année 2003 et permettent de suivre l'évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement depuis 1997. L'exploitation de ces données est présentée ici.

### Augmentation des hospitalisations sans consentement entre 1997 et 2003

En 2003, 76 856 hospitalisations sans consentement ont été décidées sur la France entière<sup>2</sup>, soit 12,7% des hospitalisations en psychiatrie

\* DREES.

1. Cette loi a aussi été reprise dans les articles L. 3212-1 et suivants, L. 3213-1 et suivants du Code de la santé publique.

2. Rapports d'activité des CDHP pour l'année 2003. Trois départements sont non-répondants en 2003 : la Haute-Corse, le Val-d'Oise et la Guyane.

cette année-là<sup>3</sup> (tableau 1). En 1997, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) en avaient déclaré 60 687<sup>4</sup>, soit 29 % de moins. Dans le même temps, le nombre total d'hospitalisations en psychiatrie générale (publique et privée) est passé de 579 000 à 617 000 pour la France entière, soit une augmentation de 7 % en 6 ans. La part relative d'hospitalisations sans consentement à l'intérieur des admissions en psychiatrie générale tend donc à croître sur la période, passant de 10,5 % en 1997 à 12,7 % en 2003.

#### ENCADRÉ 1

### Régimes et procédures de l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

La loi prévoit deux régimes.

**L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)**, prononcée par le directeur de l'hôpital au vu de deux certificats médicaux concordants et circonstanciés. Le premier certificat ne peut être rempli que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. La loi mentionne la présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation, la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier. La demande est présentée soit par un membre de la famille, soit par un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement d'accueil. La demande d'admission doit être manuscrite et signée de la personne qui la formule (notion de tiers signataire, voir l'article p. 233).

**L'hospitalisation d'office (HO)**, prononcée par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié qui ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du malade. Pour l'HO, la loi se réfère à la présence de troubles mentaux, la nécessité de soins, l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

En résumé, la loi fait référence à la nécessité de soins pour l'HDT et à la nécessité de soins et la dangerosité pour l'HO. À noter qu'il n'existe pas de critères pour définir dans la loi le concept de « nécessité de soins » : il est donc recommandé de se référer aux critères cliniques et de recourir à l'hospitalisation sans consentement si le refus d'hospitalisation peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié (HAS, 2005). Enfin, contrairement à d'autres pays, la loi n'écarte aucun diagnostic psychiatrique.

Dans les deux cas, il existe de plus des procédures d'urgence :

– **L'HDT d'urgence** introduit la notion de péril imminent, c'est-à-dire de « risque de dégradation grave de l'état de santé de la personne en l'absence d'hospitalisation ». Ce constat peut être fait par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du malade. Dans ce cas, le directeur d'hôpital peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical. Cette procédure d'urgence ne requiert donc pas nécessairement d'avis médical extérieur.

– **L'HO d'urgence** introduit la notion de danger imminent pour la sûreté des personnes, lequel doit être attesté par un avis médical, ou à défaut par la notoriété publique. Dans ce cas, le maire (et les commissaires de police à Paris) arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge au préfet d'en référer dans les 24 heures.

3. Sources : DREES, SAE, données statistiques 2003, taux calculé sur 97 départements répondants.

4. L'ensemble des départements de France entière sont répondants en 1997 (les calculs d'évolution sont effectués sur les répondants les deux années, soit 59 721 HSC en 1997).

Les maintiens en **HDT ou HO** sont soumis à la rédaction de certificats de suivi médical à différents stades de la procédure. Ils précisent la nature et l'évolution des troubles et indiquent clairement si les conditions d'hospitalisation sont toujours réunies. Ce type de certificat, rédigé dans les trois derniers jours de la première quinzaine d'hospitalisation autorise le maintien en hospitalisation pour une durée maximale d'un mois. Il est ensuite révisé au moins une fois par mois.

### **Sorties d'HDT et levées d'HO**

Dans le cas des HDT, les sorties peuvent se faire sur avis médical : le psychiatre, au vu de l'amélioration clinique, « certifie que les conditions de l'HDT ne sont plus réunies » ; elles peuvent aussi être adressées par un tiers, ou par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), ou enfin sur ordre du préfet en cas de disparition des troubles ayant justifié la mesure, d'amélioration clinique ou d'absence des certificats de suivi médical exigés.

La **levée de la mesure d'HO** se fait, quant à elle, sur décision préfectorale, après avis motivé du psychiatre de l'établissement, soit par décision préfectorale sur proposition de la CDHP, soit par décision judiciaire. La levée d'HO n'entraîne pas obligatoirement une sortie de l'établissement : le patient peut en effet, après la levée de l'HO, être hospitalisé librement ou à la demande d'un tiers.

Les **sorties d'essai** constituent une étape vers une sortie d'hospitalisation sous contrainte, en aidant à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle de la personne. Sur proposition du médecin hospitalier et avec l'accord du préfet, le patient, tout en restant sous le régime de la contrainte, est alors suivi en soins ambulatoires.

## **ENCADRÉ 2**

### **Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP)**

Afin de veiller au respect des libertés et de la dignité des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, la loi du 27 juin 1990 a mis en place les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Depuis la loi du 4 mars 2002, elles sont composées de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants d'associations d'usagers et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, et d'un médecin généraliste. Ces commissions sont informées de « toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ». Les CDHP sont également chargées de visiter deux fois par an les établissements accueillant des patients hospitalisés sans leur consentement.

Les CDHP dressent chaque année le rapport de leur activité. Les dernières données exploitées portent sur l'année 2003 et permettent de suivre l'évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement depuis 1997.

TABLEAU 1

**Hospitalisations sans consentement en psychiatrie générale 1997-2003**

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de départements répondants	100	100	98*	99*	100	ND	97***
Nombre total d'HSC	60 687	65 580	66 593	71 731	72 519	ND	76 856
Nombre total d'HDT	52 034	55 033	57 325	62 560	62 894	ND	65 840
Nombre d'HO	8 653	8 817	9 268	9 171	9 625	ND	11 016
Nombre d'entrées en hospitalisation temps plein en psychiatrie générale	579 035	580 543	594 489	608 094	610 156	ND	606 106
Nombre de lits en psychiatrie générale	68 787	66 307	63 065	60 332	59 841	ND	55 635
Part d'HSC dans les admissions en psychiatrie générale	10,5 %	11,0 %	11,2 %	11,8 %	11,9 %	ND	12,7 %
Part des HDT dans les admissions en psychiatrie générale	9,0 %	9,5 %	9,6 %	10,3 %	10,3 %	ND	10,9 %
Part des HO dans les admissions en psychiatrie générale	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,5 %	1,6 %	ND	1,8 %

\* Départements non répondants en 1999 : Côte-d'Or, Loire-Atlantique

\*\* Départements non répondants en 2000 : Indre

\*\*\* Départements non répondants en 2003 : Haute-Corse, Val d'Oise, Guyane

Sources • Rapports d'activité des CDHP pour l'année 2003, SAE données statistiques 2003.

L'augmentation du nombre des hospitalisations sans consentement concerne autant les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), +30% entre 1997 et 2003, que les hospitalisations d'office (HO), +29%. Les HDT représentaient en 1997, comme en 2003, 86% des mesures d'hospitalisation sans consentement.

Dans sa circulaire parue en 2004<sup>5</sup>, la Direction générale de la santé (DGS) avance plusieurs hypothèses pour expliquer cette augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement: « Le recours plus fréquent à des soins psychiatriques a un impact sur le nombre d'admissions potentielles en hospitalisation complète, quel qu'en soit le mode et notamment celui de l'hospitalisation sans consentement. » Ce recours plus fréquent ne permet cependant pas d'expliquer la part croissante d'hospitalisations sans consentement à l'intérieur des hospitalisations psychiatriques.

« L'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement peut également être liée à des réadmissions selon ces mêmes modalités. En effet, les données disponibles concernent des décisions et non des patients. Une croissance du nombre de mesures ne signifie donc pas que le nombre de patients concernés a crû dans les mêmes proportions, une personne pouvant être hospitalisée plusieurs fois au cours d'une année. » Là aussi, les données ne permettent pas de mesurer l'étendue de la pratique des réadmissions en hospitalisation libre ou en hospitalisation sous contrainte. On peut cependant supposer qu'avec le développement de l'activité ambulatoire pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, l'hospitalisation psychiatri-

5. Circulaire D65/S96C/237 du 24 mai 2004, transmettant le bilan des rapports d'activité pour les années 2000 et 2001 et réalisant une synthèse des rapports sur la période 1992-2001.

que est de plus en plus utilisée dans des situations de crise. L'absence de consentement aux soins est alors plus fréquent et l'on envisage plus souvent le recours à l'hospitalisation sous contrainte.

« Les caractéristiques des patients et leur évolution peuvent également influencer dans le recours à une hospitalisation sans consentement. De nombreuses CDHP font ainsi état de patients davantage désocialisés ou isolés qu'auparavant, avec un soutien familial et social moindre et des conditions de vie précarisées. Ces paramètres influent sur la demande de soin, le recours aux soins et la qualité du suivi. Les représentations sociales de la psychiatrie favorisent cette situation. »

« La part de l'évolution de l'offre de soins dans le recours croissant à l'hospitalisation sans consentement n'est pas évidente à apprécier. L'hypothèse est parfois avancée du recours à une hospitalisation sans consentement afin de favoriser une hospitalisation en service de psychiatrie (...). Le recours à l'hospitalisation sans consentement serait alors détourné de son objectif initial pour non plus obliger le patient aux soins mais obliger l'hôpital à admettre un patient qu'il aurait sinon différé ou refusé du fait de sa sur-occupation. »

« Le rôle des services d'accueil des urgences (SAU) dans le recours ou non à l'hospitalisation sans consentement doit également être pris en compte au regard de leur implication de plus en plus forte dans le déclenchement des hospitalisations à la demande d'un tiers, comme en témoigne la qualité des médecins qui établissent les certificats initiaux (environ 34% des médecins ayant établi des certificats d'HO ou d'HDT en 2001 étaient des médecins des services des urgences), notamment dans les départements ruraux. »

Interrogés au sujet de l'augmentation des mesures d'hospitalisation sans consentement (Mission nationale d'appui en santé mentale, 2003), les professionnels (de santé, usagers, judiciaires) invoquent quant à eux les arguments suivants :

- « une dérive par facilité » en situation de crise et « un retard à l'accompagnement » en amont de l'hospitalisation, lié en partie à la diminution des moyens de la psychiatrie, et donc des activités de prévention et du travail au plus près du lieu de vie du patient ;
- une meilleure connaissance de ces mesures, du fait de la rénovation de la loi de 1838 par la loi de 1990 et de sa large diffusion auprès des services d'urgence, des médecins généralistes et de la population générale ;
- l'évolution des pratiques dans le sens d'un souci porté aux dimensions médico-légales ;
- les hospitalisations sans consentement répondraient à « l'inquiétude, à la mobilisation des proches, en écho aux termes de cette loi qui retient la notion de dangerosité en raison d'un état pathologique, induisant une confusion fondée sur les représentations mentales collectives » ;
- une préoccupation plus forte des proches, qui supporteraient de moins en moins « l'abstention thérapeutique ».

Enfin, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans son rapport de mai 2005 sur la réforme de la loi de 1990<sup>6</sup>, recense quelques facteurs pouvant expliquer cette augmentation des hospitalisations sans consentement :

- une meilleure connaissance des solutions que peut apporter la psychiatrie pour la population et les acteurs institutionnels, qui hésiteraient moins à y recourir ;
- une plus grande intolérance sociale à l'égard des problèmes de santé mentale, ainsi qu'une augmentation des situations d'exclusion ;
- « le besoin général accru de sécurité, ajouté à une conception toujours plus extensive du principe de précaution conduirait à recourir davantage aux mesures de contrainte ».

## Des procédures d'urgence qui deviennent l'ordinaire

Les mesures qui ont le plus augmenté sur la période sont les mesures d'urgence (encadré 1), prononcées dans le cas d'une HDT en raison d'un péril imminent (+87% entre 1997 et 2003, voir tableau 2). Les mesures d'urgence prononcées pour les HO n'ont augmenté que de 23 % sur la période. La proportion de mesures d'urgence parmi les mesures d'HDT est passée de 30 % à 43 % entre 1997 et 2003, et de 68 % à 65 % parmi les mesures d'HO.

TABLEAU 2

### Mesures d'urgence prononcées pour les hospitalisations sans consentement 1997-2003

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre total d'HDT*	49 112	53 044	54 320	55 814	55 886	ND	64 573
Nombre d'HDT d'urgence	14 776	15 637	18 359	20 898	22 615	ND	27 888
Proportion de mesures d'urgence parmi les HDT	30,1 %	29,5 %	33,8 %	37,4 %	40,5 %	ND	43,2 %
Nombre de départements répondants	96	96	94	90	90	ND	96
Nombre total d'HO*	7 475	8 595	9 107	8 775	8 975	ND	10 314
Nombre d'HO d'urgence	5 136	5 342	5 548	5 845	5 904	ND	6 713
Proportion de mesures d'urgence parmi les HO	68,7 %	62,2 %	60,9 %	66,6 %	65,8 %	ND	65,1 %
Nombre de départements répondants	92	98	97	96	95	ND	94

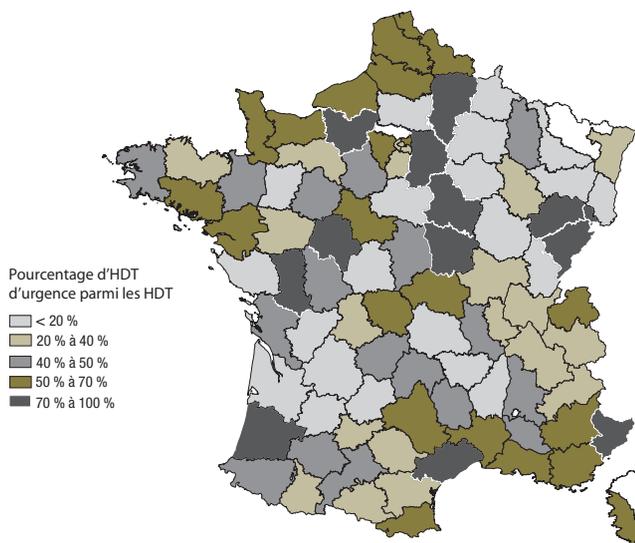
\* Pour les départements ayant renseigné le nombre de mesures d'urgence.

Sources • Rapports d'activité des CDHP.

6. Rapport IGAS-IGSJ, mai 2005, Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

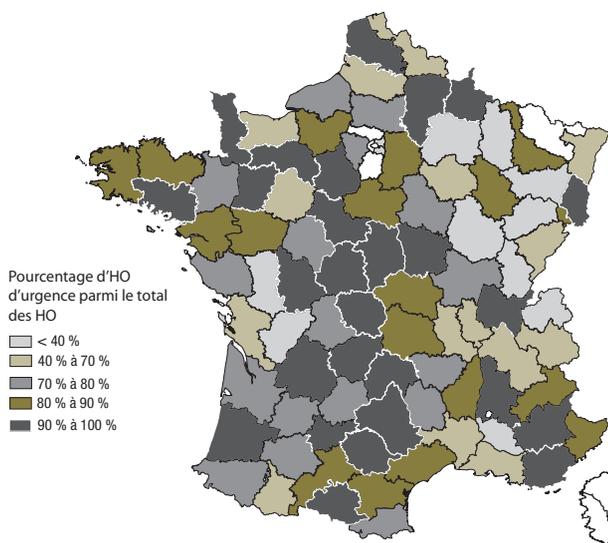
Dans 30 départements, plus de 50 % des HDT sont prononcées en utilisant la procédure d'urgence (carte 1). Et dans 29 départements, les HO d'urgence (prononcées en raison d'un danger imminent) représentent plus de 90 % des HO totales : il semble donc que la procédure d'urgence soit devenue la procédure ordinaire d'hospitalisation d'office (carte 2).

## CARTE 1

**Proportions d'HDT d'urgence parmi les HDT prononcées en 2003**

Sources • Rapports d'activité des CDHP 2003.

## CARTE 2

**Proportions d'HO d'urgence parmi les HO prononcées en 2003**

Sources • Rapports d'activité des CDHP 2003.

Les CDHP ont aussi constaté une tendance à l'augmentation, voire à la banalisation de l'utilisation des procédures d'urgence. Certaines considèrent qu'il s'agit d'une utilisation excessive voire abusive de ces procédures. Plusieurs raisons sont principalement évoquées pour expliquer cette recrudescence des mesures d'urgence :

- la complexité de la procédure d'HDT, car il est difficile d'obtenir le second certificat médical (notamment dans les départements ruraux, où il n'est pas toujours facile d'obtenir le certificat émanant d'un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil) ;
- la difficulté de cerner précisément la notion de « péril imminent » ;
- certains hôpitaux acceptent beaucoup plus facilement l'admission de personnes sous HDT selon la procédure d'urgence que d'autres hôpitaux ;
- le profil des personnes pour lesquelles une hospitalisation sous contrainte est mise en œuvre tend à s'élargir : l'hospitalisation sous contrainte n'est pas tant décidée en raison de troubles psychiatriques, que pour des situations et problèmes comportementaux (personnes suicidantes, abus et excès de produits toxiques, troubles de comportement liés à la précarité sociale, etc.) ;
- les chercheurs et professionnels de santé confirment le constat des CDHP. Ainsi selon Philippe Bernardet, chargé de recherches au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), « le recours plus fréquent à la procédure d'urgence traduit une volonté de simplifier la procédure d'admission, en dispensant l'administration de recourir au certificat médical du médecin extérieur »<sup>7</sup>.

Pour Serge Kannas, médecin psychiatre, les admissions en urgence sous HDT sont un moyen de « forcer la main » aux hôpitaux qui ont tendance à différer les hospitalisations faute de places (MNASM, 2003).

Enfin, Hélène Strohl et Martine Clément (*Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, 1997) écrivaient qu'« aucun élément ne permet d'apprécier si le recours aux procédures d'urgence est toujours justifié par une réelle situation d'urgence ou par la simplification de la mesure, notamment un seul certificat pour l'HDT ou notoriété publique pour l'HO, qui ne nécessite même pas obligatoirement un avis médical ».

## Des disparités départementales importantes

Comme nous venons de le voir, la pratique des mesures d'urgence pour les HO et les HDT est très disparate sur le territoire français. À un niveau global, on observe également des disparités géographiques pour l'ensemble des pratiques d'hospitalisation sans consentement.

### *Variation du taux d'hospitalisation sans consentement*

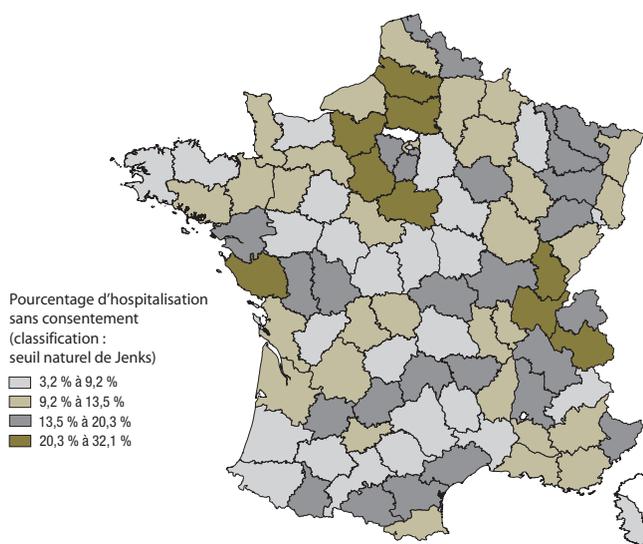
La part de l'hospitalisation sans consentement dans l'hospitalisation en psychiatrie générale varie fortement d'un département à l'autre, et ces

7. (Réunions des 22 juin et 6 juillet 2005 du groupe d'études parlementaire sur l'hospitalisation psychiatrique).

disparités sont stables dans le temps. Ainsi, si la moitié des départements ont un taux compris entre 8,8% et 15,3%, cette part varie tout de même de 1 à 10 selon les départements (carte 3). Les départements qui pratiquent en proportion le moins d'hospitalisations sans consentement (inférieur ou égal à 5% des admissions en psychiatrie) sont les Hautes-Alpes, la Haute-Garonne, le Territoire de Belfort, le Gard, la Charente, la Haute-Corse, le Calvados et le Gers.

### CARTE 3

#### Parts d'hospitalisation sans consentement parmi les hospitalisations en psychiatrie générale en 2003



Sources • Rapports d'activité des CDHP 2003, SAE données statistiques 2003.

En revanche, dans certains départements, le taux d'hospitalisations sans consentement dépasse régulièrement 25% dans l'année. Il s'agit de l'Oise, des Hauts-de-Seine, de la Savoie, de l'Eure-et-Loir, de la Seine-Saint-Denis et de l'Ain. Pour les départements franciliens et l'Oise, les règles de la sectorisation psychiatrique sont souvent avancées pour expliquer ces taux importants. En effet, la plupart des secteurs psychiatriques de Paris sont rattachés à des établissements hospitaliers situés en Seine-Saint-Denis, dans l'Essonne et le Val-de-Marne : c'est donc dans ces départements et non à Paris que les hospitalisations sont comptabilisées. Le cas des Hauts-de-Seine est particulier car, même si la plupart des secteurs de ce département sont rattachés aux établissements du Val-d'Oise, de l'Oise et du Val-de-Marne, le taux d'hospitalisation sans consentement reste élevé. À noter cependant

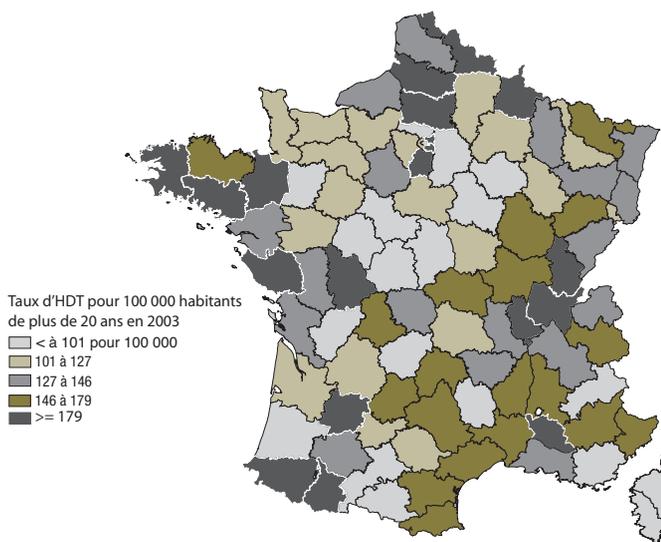
que cette notion de « départements d'accueil » des patients parisiens est aussi valable pour l'hospitalisation libre. Les taux d'hospitalisation sans contentement (rapportés aux entrées totales en psychiatrie) ne devraient donc pas être sujets à ce biais. En revanche, ils pourraient être liés à la structure par âge de la population des départements, car ces hospitalisations touchent des populations en moyenne plus jeunes (voir les articles suivants p. 223 et p. 233).

### *Des modes d'hospitalisation divers*

On constate également des disparités départementales selon le mode d'hospitalisation. Ainsi, le taux d'HDT pour 100 000 habitants de 20 ans et plus variait en 2003 de 46 dans les Hautes-Alpes à 331 dans le Jura, soit un écart de 1 à 7,2 (carte 4). Au niveau des HO, le taux pour 100 000 habitants de 20 ans et plus correspondait à la même date à 6 dans la Drôme contre 73 dans le Lot-et-Garonne, soit un écart de 1 à 12 (carte 5).

CARTE 4

### **Taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers pour 100 000 habitants de plus de 20 ans en 2003**



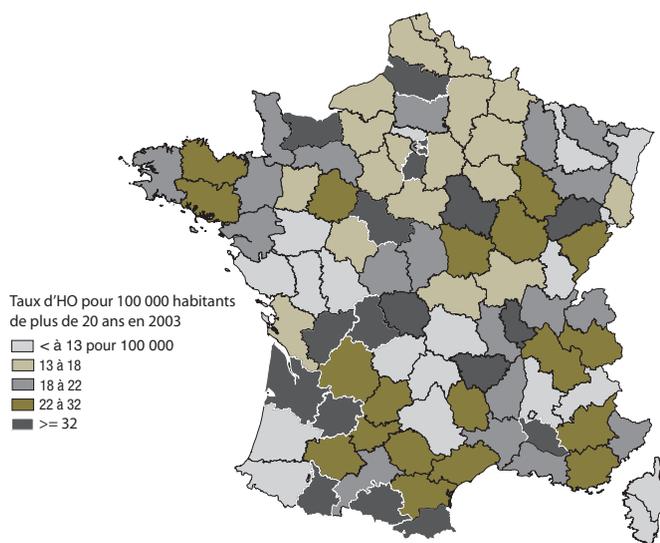
Sources • Rapports d'activité des CDHP 2003, INSEE-Estimations localisées de population 2003.

Comme l'a souligné l'Inspection générale des affaires sociales (Rapport IGAS-IGSJ, 2005), ces disparités sont trop importantes pour ne pas être interrogées. Selon ce rapport, les différences de morbidité, de pratiques, d'organisation et de moyens sont probablement en cause et méri-

teraient d'être davantage étudiées pour une meilleure connaissance de leurs implications relatives sur les mesures d'hospitalisation sans consentement. Pour mieux appréhender ces disparités géographiques, nous avons donc essayé de dresser une typologie des pratiques départementales en matière d'hospitalisation sans consentement.

#### CARTE 5

### Taux d'hospitalisation d'office pour 100 000 habitants de plus de 20 ans en 2003



Sources • Rapports d'activité des CDHP 2003, INSEE-Estimations localisées de population 2003.

### Typologie des pratiques départementales en matière d'hospitalisation sans consentement

La classification, réalisée à partir d'une analyse en composantes principales (encadré 3), a permis de distinguer six types de départements (carte 6).

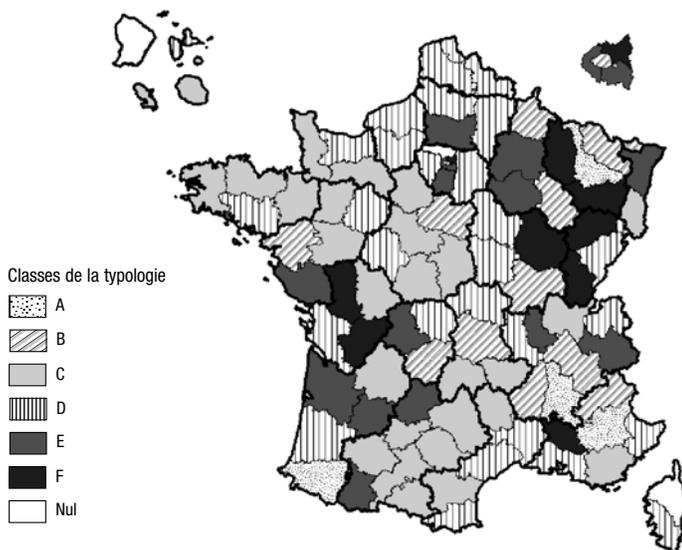
#### *Classe A. De forts taux d'HO et d'HDT de très longue durée*

Ce premier groupe, très réduit, se détache nettement du reste des départements. Il rassemble les Alpes-de-Haute-Provence, la Drôme, la Meurthe-et-Moselle et les Pyrénées-Atlantiques.

Ces départements se distinguent par de fortes proportions d'HO ou d'HDT de très longue durée (rapportées aux hospitalisations de l'année), alors que les taux d'hospitalisation sans consentement ne se démarquent pas de la moyenne nationale.

## CARTE 6

### Typologie des pratiques départementales en matière d'hospitalisation sans consentement



Sources • Rapports d'activité des CDHP 2003, INSEE-Estimations localisées de population 2003.

## ENCADRÉ 3

### Typologie des pratiques départementales en matière d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

Une analyse en composantes principales (ACP) a d'abord été réalisée sur les 97 départements ayant renvoyé leurs rapports d'activité des CDHP en 2003. Les variables actives de l'analyse ont fait l'objet de redressement pour les données manquantes (par affectation de la structure observée en 2000 ou 2001 ou par l'application de taux moyen observé en 2003, en fonction des données disponibles et de leur stabilité dans le temps).

Les variables actives ayant participé à la construction des classes sont les suivantes :

- taux d'hospitalisations sans consentement (HSC) parmi la population de plus de 20 ans ;
- part des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) supérieures à 3 mois (soit des HDT renouvelées au moins trois fois à la fin de la première quinzaine) ;
- part des HDT d'urgence ;
- part des hospitalisations d'office (HO) dans les HSC ;
- part des HO supérieures à 4 mois (HO ayant fait l'objet d'au moins un renouvellement de 6 mois à la fin des 4 premiers mois) ;
- part des HO d'urgence ;
- part des HSC dans les hospitalisations temps plein en psychiatrie.

Les variables suivantes n'ont pas participé à la construction des classes de la typologie mais ont été utilisées comme aide à l'interprétation de ces classes :

- part des levées d'HDT ;
- part des levées d'HO ;
- part des HO (L. 3213-7, Code de la santé publique) ;
- part des HO (D.398, Code de la procédure pénale) ;
- densité de population ;
- taux d'hospitalisation en psychiatrie chez les plus de 20 ans ;
- densité de personnel médical salarié exerçant en psychiatrie ;
- densité de lits en psychiatrie générale ;
- part des lits rattachée au secteur public ou sous dotation globale ;
- part des lits rattachés à des établissements spécialisés ;
- densité de personnels soignants non médecins ;
- densité de psychiatres libéraux ;
- densité de psychiatres totaux ;
- part des sorties d'essai dans les HDT ;
- part des sorties d'essai dans les HO ;
- part des secteurs ayant des unités d'hospitalisation fermées ;
- évolution des lits de psy entre 2000 et 2003 ;
- densité de population pénale.

#### Résultats de l'analyse en composantes principales

Les 5 premiers axes expliquent 85 % de l'inertie et les 3 premiers, 61 %. Le premier axe résume 26 % de l'information et oppose les départements à forte part d'HSC parmi les hospitalisations sous contrainte ou parmi la population aux départements ayant une forte proportion d'HO d'urgence.

Le 2<sup>e</sup> axe (20 % de l'information) fait état de la notion de durée des HSC, en opposant les départements à forte part d'HO ou d'HDT de plus de 4 et 3 mois aux autres départements.

Le 3<sup>e</sup> axe distingue les départements comptant une forte proportion d'HO parmi les HSC.

Le 4<sup>e</sup> axe va discriminer les départements en utilisant beaucoup les mesures d'urgence pour les HDT, tandis que le 5<sup>e</sup> axe épinglera les mesures d'urgence pour les HO.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) a été fondée sur cette analyse et a permis de distinguer les six groupes de départements décrits dans le texte.

Ces départements ont aussi des taux très importants de levée et de sortie d'essai des HO<sup>8</sup>. Pour rappel, les sorties d'essai (encadré 1) constituent une étape vers une sortie d'hospitalisation sous contrainte, en aidant à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle de la personne. Elles sont également fréquentes pour les HDT, contrairement aux levées. C'est surtout dans la Drôme que les sorties d'essai sont fréquentes, reflétant probablement des pratiques locales spécifiques.

Dans les trois premiers départements du groupe, plus de 90 % des HO font l'objet de mesures d'urgence : ces dernières ne nécessitent pas de certificat médical de la part d'un psychiatre extérieur à l'établissement, difficile à obtenir dans ces départements où la densité de psychiatres, salariés comme libéraux, est très réduite (voir l'article p. 83). Ces

8. Quand un patient est en sortie d'essai, la mesure d'HO ou d'HDT court toujours.

départements comptent également une faible proportion de lits rattachés à des établissements spécialisés en psychiatrie et seule la moitié des secteurs de ces départements disposent d'unité d'hospitalisation fermée, plus adaptée à recevoir des patients hospitalisés sans consentement. Cette offre adaptée réduite limite donc peut-être le « turnover » des patients, privilégiant l'accueil des patients ayant les pathologies les plus sévères pour des plus longues périodes.

Trois groupes de départements se détachent ensuite. Ils présentent des taux d'hospitalisation sans consentement inférieurs à la moyenne nationale.

### ***Classe B. Le plus faible taux d'hospitalisation sans consentement***

Ce groupe compte 12 départements. Il présente le plus faible taux d'hospitalisation sans consentement, qu'il soit rapporté aux entrées en psychiatrie ou à la population âgée de plus de vingt ans (14,2 hospitalisations sans consentement pour 10 000 habitants contre 16,6 pour l'ensemble des départements). Dans ces départements, la part des HO dans les hospitalisations sans consentement est moins élevée qu'ailleurs (11,9% contre 15,2% en moyenne). En revanche, elles sont souvent plus longues que dans le reste du pays : si l'on rapporte les HO renouvelées au 4<sup>e</sup> mois en 2003 aux HO de l'année<sup>9</sup>, on obtient un taux de 50% contre 30% pour l'ensemble des départements. La faible proportion d'hospitalisations d'office en application de l'article D.398<sup>10</sup> du Code de procédure pénale (4,2% des HO prononcées en 2003 contre 14% pour l'ensemble des départements) s'explique en partie par la faible densité de population pénale dans ces départements. D'autre part, les procédures d'amission d'urgence pour les HDT sont moins fréquentes.

Excepté Paris, les départements de ce groupe se distinguent par une faible densité de population, une offre hospitalière en psychiatrie plutôt réduite et essentiellement rattachée au secteur public ou participant au secteur public et une offre réduite en psychiatrie libérale.

Il semble donc que, dans ce groupe, l'offre apparemment limitée en matière de professionnels comme d'équipement n'incite pas à prendre des mesures de contrainte pour faciliter l'hospitalisation d'un patient.

### ***Classe C. Faible taux d'hospitalisation sans consentement, mais avec une forte part d'HO***

Ce groupe concentre 28 départements, qui présentent également des taux d'hospitalisations sans consentement inférieurs à la moyenne. En revanche, ils se différencient des premiers par une forte part d'HO parmi les hospitalisations sans consentement. 91% des HO sont prises en urgence (et donc provisoirement par le maire) en raison d'un danger imminent pour la sûreté des personnes (65% pour l'ensemble des départements).

9. Certains renouvellements pouvant concerner des admissions prononcées l'année précédente, ce taux est donc fortement surestimé.

10. Voir l'encadré 4.

En revanche, ces départements n'engagent pas plus de procédures d'urgence pour les hospitalisations à la demande d'un tiers. Les proportions de renouvellement d'HO ou d'HDT pour des durées supérieures à 3 ou 4 mois sont inférieures à la moyenne, tandis que les levées de mesures sont plus fréquentes, ce qui semble indiquer une rotation plus importante des patients.

Ces départements sont plutôt situés dans l'ouest de la France. Il s'agit essentiellement de départements ruraux. L'offre médicale libérale et salariée est inférieure à celle des autres départements, alors que l'offre hospitalière est relativement importante. Ce déficit en psychiatres peut-il expliquer ce recours plus fréquent aux HO d'urgence? Et dans ce cas, pourquoi ne s'applique-t-il pas aux HDT? Les CDHP, interrogées par la Direction générale de la santé en 2001, ont indiqué que les certificats d'HO étaient majoritairement rédigés par des médecins généralistes. Ce sont eux qui se trouvent présents au moment de la nécessité d'une telle hospitalisation ou qui sont requis par les maires dans le cadre de mesures provisoires.

***Classe D. Faible proportion d'hospitalisation sans consentement, mais avec une forte part d'HDT d'urgence***

Dans les 29 départements de cette classe comme dans les deux groupes précédents, la proportion d'hospitalisation sans consentement est faible. En revanche, les mesures d'urgences prises dans le cas des HDT sont très fréquentes (67 % contre 42 %).

L'offre hospitalière publique en psychiatrie est inférieure à celle des autres départements et ces équipements sont moins souvent situés dans des établissements spécialisés en psychiatrie. Or ces derniers sont plus adaptés à la prise en charge de patients hospitalisés sans leur consentement. La faible proportion de secteurs à disposer d'unités d'hospitalisation fermées confirme ce constat.

Il se pourrait ici que les mesures d'urgence soient prises pour faciliter l'hospitalisation du patient. Elles constituent ainsi une réponse à l'insuffisance de l'offre et de structures de prise en charge adaptées.

On note par ailleurs une proportion importante de détenus hospitalisés au titre de l'article D.398 du Code de procédure pénale (encadré 4), notamment dans deux départements: l'Eure et l'Aisne. Pour l'Eure, ce taux élevé (31 % contre 14 % en moyenne) peut s'expliquer par l'existence d'un service médico-psychologique régional dans la maison d'arrêt de Val-de-Reuil. Dans ce secteur de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire, il n'y avait en 2003 aucun lit d'hospitalisation permettant l'hospitalisation libre des détenus dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire. Dans l'Aisne, le centre pénitentiaire de Château-Thierry accueille historiquement des détenus souffrant de schizophrénies et psychopathologies graves, qui ont besoin d'être hospitalisés en établissement de santé.

Les deux dernières classes se distinguent par leur fort taux d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie.

### ***Classe E. Fort taux d'hospitalisation sans consentement, notamment d'HO***

Cette classe compte 15 départements. Elle présente un très fort taux d'hospitalisation sans consentement, que l'on considère la population de plus de 20 ans ou les hospitalisations en psychiatrie. Les hospitalisations en HDT comme en HO font moins souvent l'objet de mesures d'urgence que dans les autres groupes. Les HO de plus de 4 mois sont rares et les HDT longues ne se démarquent pas de la moyenne nationale.

Ces départements se distinguent en revanche par de fort taux d'HO au titre de l'article L. 3213-7 (encadré 4) et de D.398. Cela s'explique en grande partie par l'importance de la population pénale dans certains de ces départements (Aube, Savoie, Val-de-Marne, etc.).

Au niveau de l'offre de soins, la grande majorité des lits d'hospitalisation en psychiatrie sont rattachés à des établissements spécialisés. La densité de médecins salariés exerçant en psychiatrie est importante, de même que la densité totale de psychiatres. Le nombre d'entrées totales en psychiatrie rapporté à la population est légèrement inférieur à la moyenne. Cela pourrait confirmer l'hypothèse d'une pratique d'accueil de ces patients sous contrainte, l'offre hospitalière permettant d'absorber davantage la demande que dans d'autres départements.

#### ENCADRÉ 4

#### **Les cas particuliers des hospitalisations d'office**

##### **Les hospitalisés d'office aux termes de l'article D398 du Code de procédure pénale**

«Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique. Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.» Cette législation a été amendée par l'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la Justice du 9 septembre 2002 et, s'agissant du transport des malades en vue d'une hospitalisation sans consentement, par l'article 120 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

##### **Les hospitalisés d'office au titre de l'article L. 3213-7 du Code de la santé publique**

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du Code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le représentant de l'État dans le département, lequel prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée.

### **Classe F. Le plus fort taux d'hospitalisation sans consentement et un très faible recours aux HO d'urgence**

Elle compte 9 départements et présente le taux moyen d'hospitalisation sans consentement parmi la population générale le plus élevé des 6 groupes.

Cette classe se distingue des autres par un très faible recours aux mesures d'urgence pour les HO (11 % en moyenne contre 65 % en général), alors que pour les HDT le taux des mesures d'urgence est proche de la moyenne nationale.

L'offre de soins de ces départements se distingue par une faible densité de psychiatres libéraux et de psychiatres en général. En revanche, l'offre en personnel non médical salarié est très importante, et la densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie est forte. De plus, l'offre est essentiellement publique ou sous dotation globale et la plupart des lits sont rattachés à des établissements spécialisés. Plus de 85 % des secteurs de psychiatrie générale de ces départements disposent d'unité d'hospitalisation fermée, permettant d'accueillir les patients sous contrainte. Ces départements se différencient également par une plus forte croissance de leurs entrées en psychiatrie et, dans le même temps, une diminution plus importante du nombre de lits. Cette situation a pu entraîner une tension sur l'offre, ce qui explique ce recours plus important à l'hospitalisation sans consentement, pour hospitaliser simplement des patients le nécessitant.

Cette typologie permet de mettre en évidence certaines pratiques médicales ou administratives. Ces dernières diffèrent selon les départements, en fonction notamment de l'offre disponible. Mais beaucoup d'interrogations demeurent. Il manque en particulier des éléments relatifs à la morbidité (variations géographiques de nature épidémiologique dont certaines sont connues, comme l'alcoolisme, le suicide, la toxicomanie, etc.), mais les disparités géographiques de l'état de santé mentale sont encore très mal identifiées. Les deux articles suivants apportent quelques éléments de connaissance sur la morbidité des patients hospitalisés sans consentement. Les représentations de la maladie mentale et la tolérance de la population face à ses symptômes peuvent également varier selon les lieux.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASH magazine, 2004, n° 2364, juin.

Briot M., 2004, *Rapport de l'Assemblée nationale fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de résolution (n° 1459) de M. Georges Hage, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France*, n° 1598.

- Coelho J.**, 2006, *Hospitalisations psychiatriques sous contrainte*, Les études hospitalières, collection « Tout savoir sur ».
- Dupont M.**, 2005, *Soins sous contrainte en psychiatrie*, « Les guides de l'AP-HP », Lamarre.
- Haute autorité de santé (HAS)**, 2005, *Recommandations pour la pratique clinique: Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, avril.
- Mission nationale d'appui en santé mentale**, 2003, *Les commission départementales des hospitalisations psychiatriques: 10 ans après*, *Pluriels*, MNASM, n° 35.
- Rapport IGAS-IGSJ**, 2005, *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, mai.
- Salize H. J., Dressing H.**, 2005, *Placement Adn Treatment of Mentally Oll Offenders. Legislation and Practice in EU Member States*, Final Report, European Commission, february.
- Salize H. J., Dressing H.**, 2004, *Epidemiology of Involuntary Placement of Mentally Ill People across the European Union*, *British Journal of Psychiatry*, 184:163-168.
- Salize H. J., Dressing H., Peitz M.**, 2002, *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU Member States*.

# Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET MORBIDITÉ DES PATIENTS<sup>1</sup>

**Philippe Le Fur\***, **Sandrine Lorand\***,  
**Véronique Lucas-Gabrielli\***, **Julien Mousquès\***

Comme nous l'avons montré précédemment, les hospitalisations sans consentement sont en augmentation absolue depuis plus de 20 ans (voir l'article p. 205) et les taux rapportés à l'ensemble des admissions en psychiatrie présentent de fortes disparités départementales.

Cette étude décrit les caractéristiques des patients hospitalisés à temps plein un jour donné dans les secteurs de psychiatrie générale en fonction de leur mode d'hospitalisation. L'objectif est de savoir si les caractéristiques des patients hospitalisés sans consentement se distinguent ou non de celles des patients hospitalisés librement. Nous esquisserons alors des pistes d'explication possibles à ces disparités départementales.

## Les hospitalisations sans consentement représentent un cinquième des hospitalisations à temps plein

Parmi les patients hospitalisés à temps plein<sup>2</sup> dans les secteurs de psychiatrie générale le 20 janvier 2003, 73,2 % étaient hospitalisés librement, 15,2 % l'étaient à la demande d'un tiers et 6,2 % étaient hospitalisés d'office; on ne dispose pas d'information sur le mode d'hospitalisation des 5,3 % restants. On peut donc estimer que les hospitalisations sans consentement représentent au moins un cinquième des hospitalisations à temps plein un jour donné.

Une forte concentration des patients pris en charge à temps complet sur un nombre limité d'établissements a précédemment été mis en évidence (voir l'article p. 145). On peut observer le même phénomène lorsque l'on s'intéresse spécifiquement aux hospitalisations sans consentement (graphiques 1 et 2). Ces dernières ne sont d'ailleurs globalement pas plus concentrées que les hospitalisations libres: 10% des établissements concentrent environ 37% des hospitalisations sans consentement et 10% prennent en charge un tiers des hospitalisations libres. Seules les

\* IRDES.

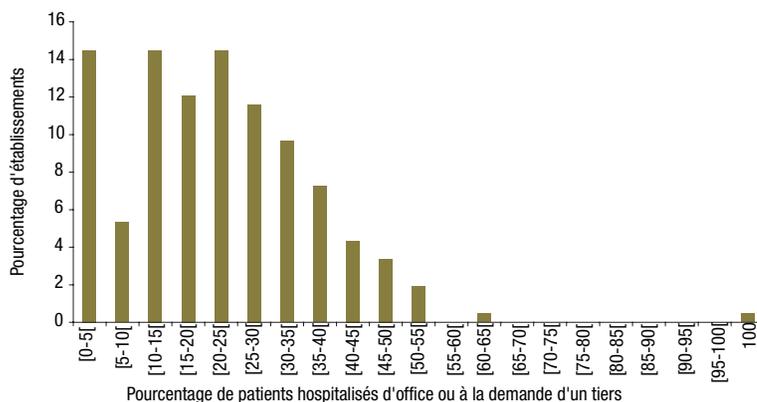
1. Les travaux présentés s'appuient sur un travail méthodologique réalisé avec le concours de Marc Perronin et Isabelle Leroux (IRDES). Les auteurs remercient Magali Coldefy (DREES) pour sa relecture attentive et ses remarques constructives.

2. L'hospitalisation à temps plein représente la modalité principale de prise en charge à temps complet, les autres modalités étant l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en appartement thérapeutique, les centres de post-cure, l'hospitalisation à domicile.

hospitalisations d'office (voir l'encadré p. 206) se démarquent, puisque 10% des établissements concentrent presque la moitié (47%) des hospitalisations d'office (HO).

GRAPHIQUE 1

### Concentration des patients dans les établissements, selon le mode d'hospitalisation



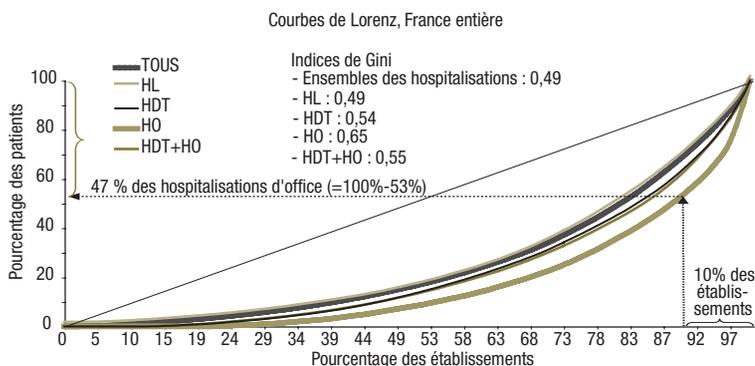
**Lecture** • 14% des établissements accueillent entre 0% à 5% de patients hospitalisés sans consentement.

**Champ** • Hospitalisations à temps plein des adultes dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003, expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

GRAPHIQUE 2

### Concentration des patients dans les établissements, selon le mode d'hospitalisation



**Lecture** • 7% des patients hospitalisés d'office sont hospitalisés dans seulement 10% des établissements.

**Champ** • Hospitalisations à temps plein des adultes dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003, expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

## **Les personnes hospitalisées sans consentement sont plus souvent des hommes jeunes vivant seuls**

La part des hommes en hospitalisation sans consentement (HSC) est plus importante qu'en hospitalisation libre (65,5 % contre 56,3 %), ce qui est dû essentiellement à la forte proportion des hommes dans les hospitalisations d'office (81,8 %).

Les patients hospitalisés sans consentement sont en moyenne plus jeunes qu'en hospitalisation libre (42 ans, contre 48 ans), ce qui provient d'une surreprésentation des 20-34 ans, notamment chez les hommes. En conséquence, le premier contact avec la psychiatrie (hospitalière ou de ville) est moins ancien pour les patients hospitalisés sans consentement. Mais parmi les hospitalisations sans consentement, les hospitalisations d'office (HO) se distinguent des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) par un premier contact avec la psychiatrie plus ancien (10,7 ans contre 8,4 ans).

Les patients hospitalisés sans consentement sont plus nombreux à vivre seuls ou à être célibataires que ceux qui sont hospitalisés librement (respectivement 39 % et 68 % contre 30 % et 64 %), ce qui tient aussi en partie à leur plus jeune âge. Les patients hospitalisés d'office sont plus nombreux dans ce cas : les problèmes de logement (absence de résidence stable ou absence de logement) concernent 20 % à 21 % des patients en hospitalisation libre comme en hospitalisation d'office, mais moins de 12 % des patients hospitalisés à la demande d'un tiers.

Les patients hospitalisés sans consentement qui ne vivent pas seuls habitent beaucoup plus fréquemment chez leurs parents que les patients en hospitalisation libre (21 % contre 11 %). Inversement, ils sont beaucoup moins nombreux en institution, notamment pour personnes âgées, (11 % contre 22 %), ce qui là encore s'explique en partie par la différence d'âge de ces deux populations.

Globalement, les patients hospitalisés sans consentement ne se distinguent pas des patients en hospitalisation libre sur la question des allocations de ressources (revenu minimum d'insertion, allocation aux adultes handicapés, pension d'invalidité, etc.). En revanche, les patients qui sont hospitalisés d'office sont significativement plus nombreux à bénéficier d'une ou de plusieurs allocations de ressources : ils sont 68 % dans ce cas, contre 58 % des patients hospitalisés à la demande d'un tiers.

## **Les pathologies affectant les patients hospitalisés sans consentement**

L'hospitalisation est motivée par le diagnostic principal qui peut être lié à un diagnostic longitudinal, c'est-à-dire au diagnostic psychiatrique associé sur le long terme (voir l'article p. 145). Il a donc semblé plus

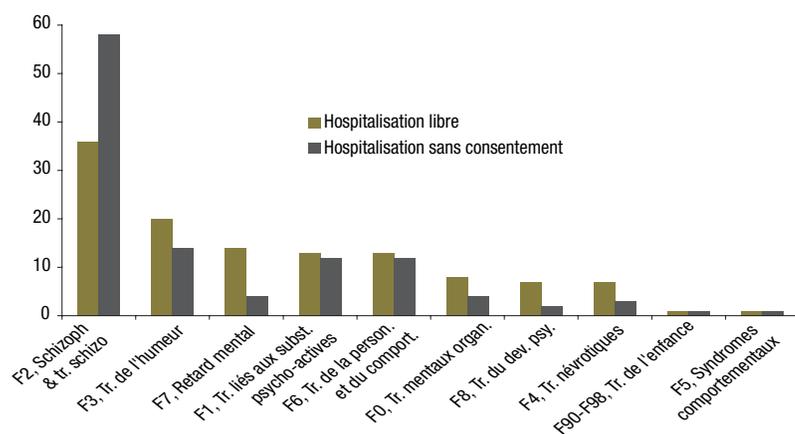
intéressant de traiter l'ensemble de la morbidité des patients hospitalisés sans consentement plutôt que les seuls diagnostics principaux, qui ne sont pas forcément seuls à l'origine de l'hospitalisation mais constituent le motif prévalent le jour de l'enquête. À noter que les patients hospitalisés sans consentement ne sont pas plus nombreux à présenter un diagnostic psychiatrique longitudinal que les patients en hospitalisation libre (respectivement 18 % et 22 %).

### Prédominance des troubles schizophréniques

La morbidité des patients hospitalisés sans consentement diffère de celle des patients en hospitalisation libre sur un point essentiel : 58 % d'entre eux présentent une schizophrénie ou un trouble apparenté, alors que ces affections concernent 36 % des patients en hospitalisation libre (graphique 3 et tableau 1).

GRAPHIQUE 3

#### Les différentes pathologies des patients en hospitalisation libre et sans consentement



Champ • Hospitalisations à temps plein des adultes dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, France métropolitaine.

Sources • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003, expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Les troubles de la personnalité et du comportement ainsi que les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives sont proportionnellement aussi fréquents dans les deux cas. Mais parmi les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, la part des patients ayant des problèmes liés à l'alcool est un peu moins importante en hospitalisation sans consentement qu'en hospitalisation libre (9 % contre 11 %) ; en revanche, elle est un peu plus élevée chez les patients ayant des problèmes liés aux autres drogues (3,3 % contre 1,8 %).

TABLEAU 1

**Patients concernés par les différents diagnostics (principaux et longitudinaux)\* en hospitalisation libre et sans consentement**

Diagnostic	Hospitalisation libre (71 %)		Hospitalisation sans consentement (21 %)						Inconnu (5 %)		Ensemble	
			Ensemble des HSC		HDT (15 %)		HO (6 %)					
	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%
F2, Schizophr. & tr. schizo	7331	36	3467	58	2279	54	1188	68	400	26	11200	40
F3, Tr. de l'humeur	4043	20	844	14	704	17	140	8	186	12	5073	18
F7, Retard mental	2778	14	267	4	193	5	74	4	81	5	3126	11
F1, Tr. liés aux subst. psychoactives	2615	13	742	12	599	14	143	8	79	5	3436	12
F6, Tr. de la person. et du comport.	2575	13	737	12	492	12	245	14	103	7	3417	12
F0, Tr. mentaux organ.	1576	8	247	4	207	5	40	2	46	3	1868	7
F8, Tr. du dev. psy.	1426	7	125	2	103	2	22	1	37	2	1588	6
F4, Tr. névrotiques	1335	7	205	3	172	4	33	2	87	6	1626	6
F90-F98, Tr. de l'enfance	265	1	65	1	45	1	20	1	8	1	339	1
F5, Syndromes comportementaux	180	1	40	1	34	1	6	0	26	2	247	1
Autres et non déclaré	821	4	344	6	201	5	143	8	605	40	1767	6
<b>Nombre de patients</b>	<b>20419</b>	<b>100</b>	<b>5988</b>	<b>100</b>	<b>4233</b>	<b>100</b>	<b>1755</b>	<b>100</b>	<b>1516</b>	<b>100</b>	<b>27923</b>	<b>100</b>

**Lecture** • 36 % des patients en hospitalisation libre souffrent de schizophrénie ou de troubles apparentés; ils sont 58 % parmi les personnes hospitalisées sans consentement.

\* La somme des pourcentages est supérieure à 100 puisque certains patients peuvent avoir 2 diagnostics, un diagnostic principal et un diagnostic longitudinal.

**Champ** • Hospitalisations à temps plein des adultes dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003, expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATH, 2003; exploitation IRDES.

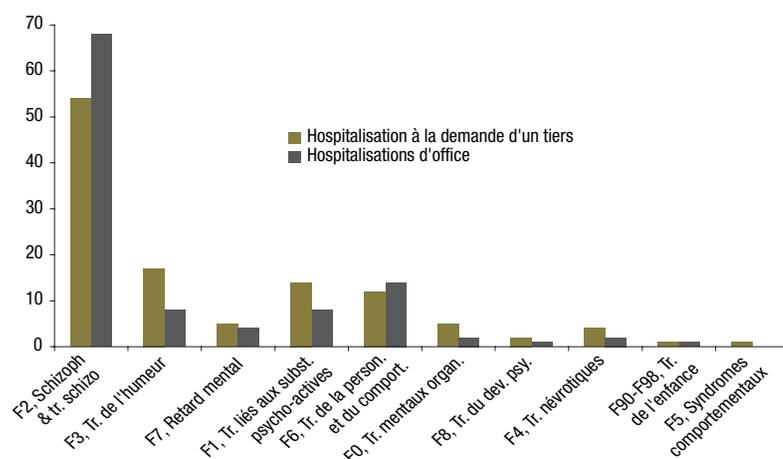
Les autres affections sont proportionnellement beaucoup moins fréquentes chez les patients hospitalisés sans consentement: il y a trois fois moins de diagnostics de retard mental et de troubles du développement psychologiques (autisme) qu'en hospitalisation libre; il y a également deux fois moins de troubles mentaux organiques (démences) et de troubles névrotiques parmi les patients hospitalisés un jour donné.

### Les diagnostics diffèrent selon le mode d'hospitalisation

Il existe d'importantes différences de diagnostics entre les patients hospitalisés à la demande d'un tiers et ceux qui sont hospitalisés d'office. Sept patients hospitalisés d'office sur dix présentent une schizophrénie ou un trouble apparenté, alors qu'ils ne sont que cinq patients hospitalisés à la demande d'un tiers sur dix (voir graphique 4 et tableau 1). Les retards mentaux sont aussi peu fréquents pour les HO et les HDT et les troubles de la personnalité et du comportement, un peu plus fréquents en HO.

GRAPHIQUE 4

### Les différentes pathologies des patients hospitalisés à la demande d'un tiers et hospitalisés d'office



Champ • Hospitalisations à temps plein des adultes dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, France métropolitaine.

Sources • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003, expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

En dehors de ces affections, toutes les autres sont proportionnellement plus représentées chez les patients hospitalisés à la demande d'un tiers: c'est particulièrement le cas pour les troubles de l'humeur (17% contre 8% pour les patients hospitalisés d'office) et les troubles liés à la consommation de substances psycho-actives (respectivement 14% et 8%). À eux seuls, les troubles liés à l'alcool concernent 11% des hospitalisés à la demande d'un tiers (comme en hospitalisation libre) et 5% des patients hospitalisés d'office. Quant aux troubles associés à la consommation d'autres drogues, leur fréquence est proche en HO et en HDT (environ 3%). Par ailleurs, les tentatives de suicide l'année précédant l'enquête sont à peine plus fréquentes en HDT qu'en hospitalisation libre (11% des patients contre 9%). En revanche, elles sont nettement moins fréquentes en HO (5%).

## Les facteurs environnementaux associés à une hospitalisation sans consentement

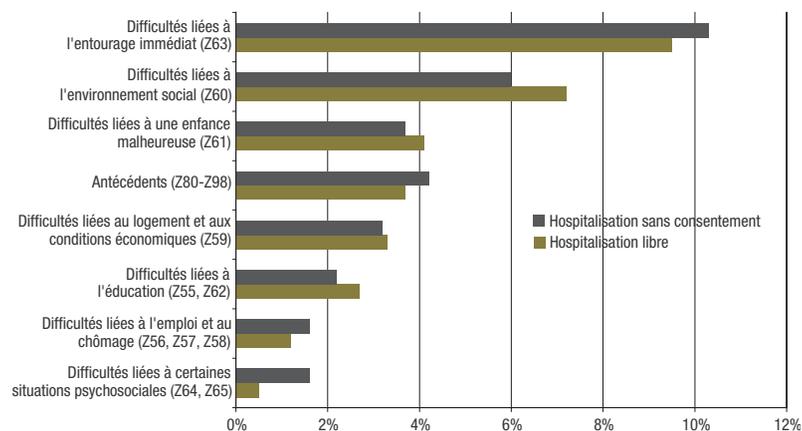
Parallèlement aux diagnostics psychiatriques principal et longitudinal, il était demandé à l'équipe soignante de noter, pour chaque patient, d'éventuels facteurs environnementaux susceptibles de menacer leur santé<sup>3</sup> : il peut s'agir de certaines conditions psychosociales (grossesse non désirée, incarcération, condamnation, libération, difficultés juridiques, etc.), de certains événements de vie (enfance malheureuse, ruptures, décès, etc.) ou encore de conditions socio-économiques défavorables (logement, emploi, etc.). Il paraît utile de s'intéresser à ces facteurs dans le cadre des hospitalisations sans consentement, car ils peuvent influencer sur la décision de faire ou non hospitaliser une personne.

De manière générale, il y a autant de patients pour lesquels a été repéré un facteur environnemental en hospitalisation libre ou en hospitalisation sans consentement, environ un tiers (graphique 5 et tableau 2).

Ces facteurs environnementaux ne sont pas fondamentalement différents selon le mode d'hospitalisation (libre ou sans consentement). Dans les deux cas, les facteurs les plus cités sont les difficultés liées à l'entourage immédiat (difficultés avec le conjoint, les parents, divorce, etc.) et à l'environnement social (solitude, exclusion, etc.).

GRAPHIQUE 5

### Les facteurs environnementaux chez les patients en hospitalisation libre ou sans consentement



**Champ** • Hospitalisations à temps plein des adultes dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003, expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

3. Codés avec la CIM-10.

TABLEAU 2

### Les facteurs environnementaux chez les patients en hospitalisation libre ou sans consentement

Diagnostic	Hospitalisation libre (71 %)		Hospitalisation sans consentement (21 %)						Inconnu (5 %)		Ensemble	
			Ensemble des HSC		HDT (15 %)		HO (6 %)					
	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%
Difficultés liées à certaines situations psychosociales (Z64, Z65)	111	0,5	98	1,6	19	0,4	79	4,5	1	0,1	210	0,8
Difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56, Z57, Z58)	244	1,2	95	1,6	82	1,9	13	0,7	7	0,5	348	1,2
Difficultés liées à l'éducation (Z55, Z62)	550	2,7	132	2,2	92	2,2	40	2,3	10	0,7	692	2,5
Difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59)	672	3,3	193	3,2	127	3,0	66	3,8	9	0,6	875	3,1
Antécédents (Z80-Z98)	752	3,7	253	4,2	190	4,5	63	3,6	6	0,4	1 011	3,6
Difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61)	841	4,1	224	3,7	155	3,7	69	3,9	18	1,2	1 083	3,9
Difficultés liées à l'environnement social (Z60)	1 474	7,2	357	6,0	256	6,0	101	5,8	19	1,3	1 850	6,6
Difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63)	1 941	9,5	619	10,3	499	11,8	120	6,8	32	2,1	2 592	9,3
Autres ou non déclaré	13 833	67,7	4 016	67,1	2 811	66,4	1 205	68,7	1 414	93,3	19 264	69,0
Ensemble	20 419	100	5 988	100	4 233	100	1 755	100	1 516	100	27 923	100

**Lecture** • 9,5 % des patients en hospitalisation libre sont confrontés à des difficultés liées à l'entourage immédiat. Ils sont 10,3 % à rencontrer de telles difficultés parmi les personnes hospitalisées sans consentement.

**Champ** • Hospitalisations à temps plein des adultes dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, France métropolitaine.

**Sources** • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003, expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

On trouve cependant davantage de difficultés psychosociales (grossesse non désirée, emprisonnement, difficultés juridiques, condamnation, etc.) lors des hospitalisations sans consentement (1,6% des patients contre 0,5% en hospitalisation libre) et ce sont surtout des patients hospitalisés d'office (4,5% contre 0,4% des patients hospitalisés à la demande d'un tiers). Enfin, ces difficultés sont pour l'essentiel présentes chez les hommes. Inversement, les difficultés liées à l'entourage immédiat concernent un peu plus souvent les patients hospitalisés à la demande d'un tiers (12% contre 9,5% des patients en hospitalisation libre et 7% des patients hospitalisés d'office).

En résumé, les patients hospitalisés à temps plein sans consentement se distinguent des autres par un mode de vie plus solitaire et des difficultés psychosociales ou avec l'entourage plus prononcées. Ils se démarquent par une morbidité très spécifique. La fréquence de la schizophrénie et des troubles apparentés est nettement plus importante chez les patients hospitalisés sans consentement. Ces affections sont par ailleurs beaucoup plus fréquentes chez les patients hospitalisés d'office que chez ceux hospitalisés à la demande d'un tiers.

On note également que, contrairement à ce qui est parfois avancé, la fréquence des problèmes liés à l'utilisation de substances psycho-actives lors des hospitalisations sans consentement n'est pas plus importante que lors des hospitalisations libres, et n'est pas en augmentation par rapport à ce qui était observé par le passé<sup>4</sup>.

4. Dans le rapport du Central Institute of Mental Health (Salize H. J., Dreßing H., Peitz, 2002, *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU-Member States*, Central institute of mental Health, Mannheim, p 75-81), Vivianne Kovess *et al.* estiment, sur la base d'une étude réalisée en 1998 auprès de 122 secteurs participant à l'expérimentation du PMS-Psychiatrie, que 12,6% des hospitalisations sans consentement étaient associées à un problème lié à l'utilisation de substances psycho-actives.



# Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie

LES PATIENTS HOSPITALISÉS AU CENTRE HOSPITALIER DU VINATIER (69)

Céline Piégay\*, Pierre-François Godet\*\*, Cécile Zaragoza\*\*\*

La loi du 27 juin 1990, modifiée par celle du 4 mars 2002, définit les principes de l'hospitalisation sans consentement, dérogation au principe général selon lequel tout soin nécessite le consentement du patient (voir l'encadré p. 206). Les hospitalisations sous contrainte (par opposition aux hospitalisations libres) sont de plus en plus fréquentes et des disparités régionales existent. Mais les données épidémiologiques disponibles ne permettent pas d'analyser finement cette évolution.

## ENCADRÉ 1

### Méthode, champ et sources

Cette étude inclut tous les patients hospitalisés au CHV au moins un jour dans l'année 2005 dans un service de psychiatrie et résidant sur le secteur du CHV. Sont exclus de l'étude les patients exclusivement pris en charge par le service pénitentiaire ou le service de médecine interne.

L'originalité de l'étude est d'être centrée sur le patient et non sur le séjour. Pour ce faire, chaque patient est pris en compte une fois et une seule au cours de l'année. Lorsque le patient fait plusieurs séjours au cours de l'année, sous plusieurs modes d'hospitalisation, c'est le mode d'hospitalisation le plus contraignant qui est pris en compte. Ainsi, un patient hospitalisé au moins une fois en hospitalisation d'office (HO) au cours de l'année est considéré comme « patient en HO ». Un patient hospitalisé au moins une fois à la demande d'un tiers (HDT) et jamais en HO est considéré comme « patient en HDT ». Enfin, un patient hospitalisé exclusivement en hospitalisation libre (HL) est considéré comme « patient en HL ». Les données relatives à ces patients et à leur prise en charge sont issues du recueil réalisé par tous les services du CHV dans le cadre de l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie, mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2002 (voir l'article p. 267). Certaines informations concernant leurs hospitalisations proviennent du dossier administratif.

Pour étudier l'évolution de la décennie 1995-2005, la file active est calculée annuellement. Ainsi, un patient hospitalisé au cours de plusieurs années est pris en compte chaque année. Son mode d'hospitalisation est défini comme précédemment pour l'année considérée : un patient pourra par exemple être considéré une année en HDT et l'année suivante en HL.

\* Praticien hospitalier.

\*\* Praticien hospitalier, psychiatre coordinateur du DIM, Centre hospitalier du Vinatier.

\*\*\* Statisticienne, DIM, Centre hospitalier du Vinatier.

En effet, elles concernent essentiellement le nombre d'admissions et non le nombre de patients. Cela ne permet donc pas d'affirmer que la hausse de la fréquence de ce mode d'hospitalisation est liée à l'augmentation du nombre de patients concernés.

L'originalité de cette étude est d'être centrée sur le patient et non sur le séjour (encadré 1). Il s'agit d'analyser des disparités d'hospitalisation à une échelle locale très fine (niveau communal et infra-communal) au sein d'un même établissement, le centre hospitalier du Vinatier (encadré 2).

Après une description détaillée des patients et de leur prise en charge au cours de l'année 2005 au centre hospitalier du Vinatier (CHV), une analyse de l'évolution des hospitalisations au cours des dix dernières années sera présentée.

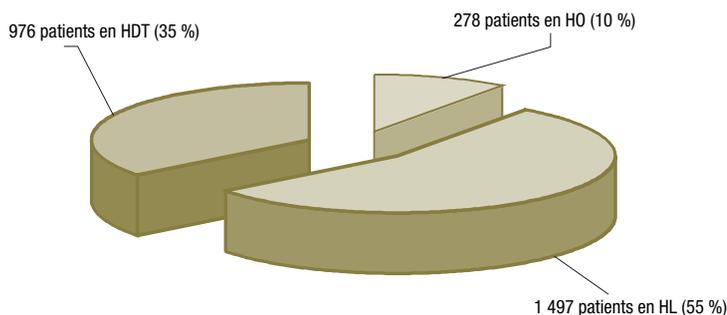
### Caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés sous contrainte

En 2005, 3 211 patients ont été hospitalisés au CHV. Parmi eux, 2 753 résidaient dans le secteur du CHV, soit 85,7% des patients accueillis. Les patients hors secteur sont essentiellement hospitalisés en mode libre (74%). L'analyse ici présentée ne porte que sur les patients résidant dans le secteur.

Parmi les 2 753 patients sectorisés, près d'un sur deux (45%) est hospitalisé au moins une fois dans l'année sans son consentement, dont 35% en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et 10% en hospitalisation d'office (HO) [graphique 1].

GRAPHIQUE 1

#### Répartition des patients sectorisés par mode d'hospitalisation



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

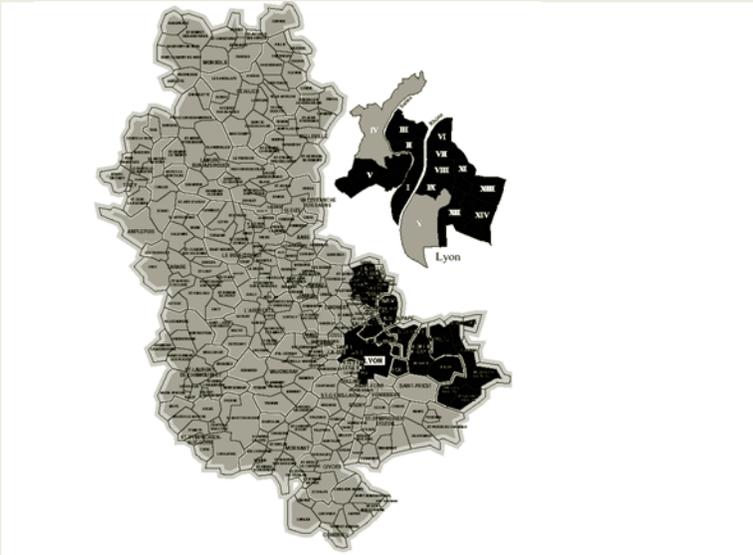
## ENCADRÉ 2

**Le centre hospitalier du Vinatier (CHV)**

Le CHV est un établissement public spécialisé sectorisé, situé dans le département du Rhône (69) sur la commune de Bron, une commune limitrophe à celle de Lyon. Les 11 secteurs rattachés au CHV couvrent une population de 735 158 habitants, dont 591 253 de plus de 16 ans. Ils comprennent sept arrondissements de Lyon, la zone Est et Nord-Est du département du Rhône. Ces secteurs urbains et périurbains sont peu étendus en superficie mais leur densité démographique est importante. Deux autres établissements spécialisés couvrent le reste du département du Rhône (voir carte).

**L'offre départementale**

Ce département se caractérise par une offre de soins en psychiatrie propre aux départements urbains, qui disposent d'un centre hospitalier universitaire (CHU) : l'offre ambulatoire y est très importante et supérieure à la moyenne nationale (1 psychiatre pour 3 070 habitants contre une moyenne nationale de 1 pour 4 502). Les deux tiers des psychiatres exercent en libéral. L'offre hospitalière est légèrement supérieure à la moyenne nationale, avec 150 lits et places pour 100 000 habitants (contre 132), répartie pour moitié entre le secteur public et le secteur privé.

**La sectorisation dans le Rhône**

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

Les caractéristiques des patients hospitalisés sans leur consentement diffèrent de celles des patients hospitalisés exclusivement en mode libre. En d'autres termes, le profil sociodémographique des patients n'est pas le même selon le type de contrainte.

### ***Les hommes sont plus nombreux que les femmes en HO, contrairement aux HDT***

Tout d'abord, la répartition par sexe varie selon le type de contrainte (graphique 2). Le sexe ratio est proche de 1 pour les patients en HL. En HO, les trois quarts des patients sont des hommes. Inversement, en HDT, les hommes sont moins nombreux que les femmes: le ratio hommes/femmes est de 0,85 tous âges confondus et diminue parmi les patients plus âgés (0,46 pour les patients en HDT de plus de 60 ans).

Les patients hospitalisés sans leur consentement sont en moyenne plus jeunes que ceux qui sont hospitalisés en HL: la moyenne d'âge est de 41,5 ans pour les HO, 46,5 ans pour les HDT et 50,1 ans pour les HL.

L'effet de l'âge diffère selon le sexe. Chez les hommes, l'hospitalisation sans consentement diminue avec l'âge (graphique 3): six patients de moins de 30 ans sur dix sont hospitalisés au moins une fois dans l'année sous contrainte et 46 % de 30 à 60 ans. On observe une même tendance chez les femmes en HO, mais le pourcentage de femmes hospitalisées en HDT reste important quelle que soit la classe d'âge considérée.

Au total, les patients en HO sont majoritairement des hommes jeunes. Deux profils de patients peuvent être distingués parmi les patients en HDT: les hommes jeunes et les femmes plus âgées.

### ***Un patient hospitalisé d'office sur deux vit seul***

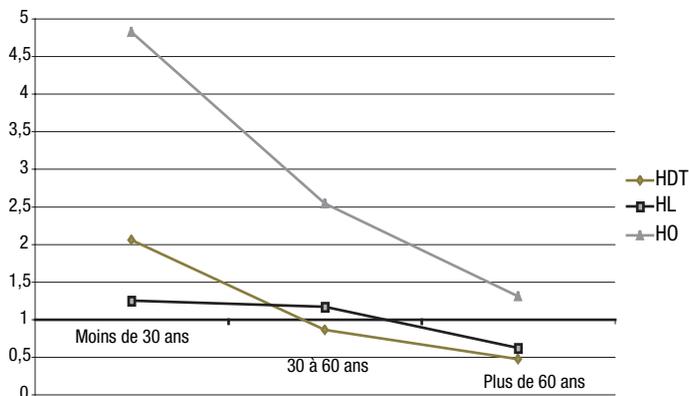
Les patients en HO sont beaucoup plus souvent isolés (graphique 4): un sur deux vit seul. Les patients en HDT vivent quant à eux plus souvent en famille. Un quart des patients sans domicile fixe qui sont hospitalisés au centre hospitalier du Vinatier sont hospitalisés au moins une fois en HO au cours de l'année (graphique 5), contre 10% des patients ayant un domicile.

Les patients sans activité professionnelle sont moins souvent hospitalisés sous contrainte que les autres (40% contre 50%). Cela peut s'expliquer par le fait que la moyenne d'âge de ces patients est plus élevée, donc le risque d'hospitalisation sans consentement est de fait plus bas. Si l'on se limite aux patients âgés de 25 à 55 ans, ceux qui sont en HO ont moins souvent une activité professionnelle que les patients en HL. La proportion de patients exerçant une activité est en revanche plus élevée pour les patients en HDT âgés de 25 à 55 ans (graphique 6).

Il semble donc que les patients en HO soient plus fréquemment dans des situations d'exclusion sociale (seul, sans logement et sans travail). Les patients en HDT sont mieux insérés au niveau familial et professionnel.

GRAPHIQUE 2

### Évolution du sexe ratio selon l'âge

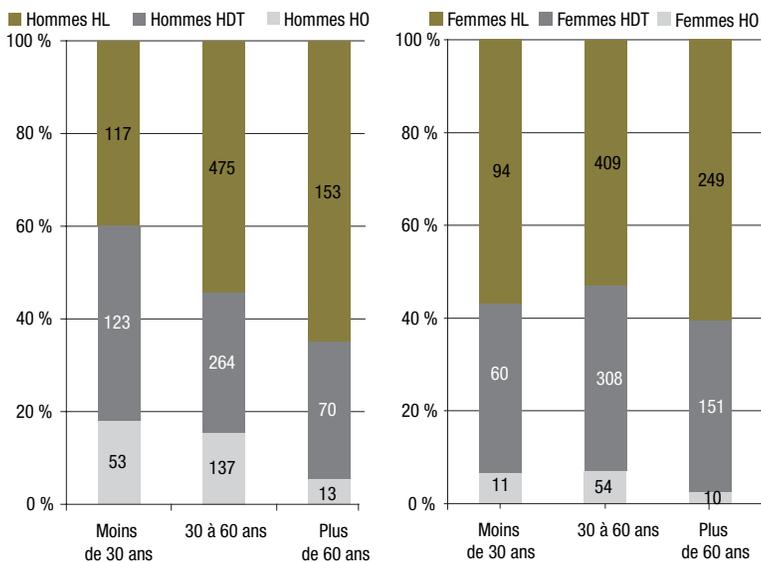


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental; fiche par patient pour les données antérieures à 2002.

GRAPHIQUE 3

### Répartition des patients par classe d'âge

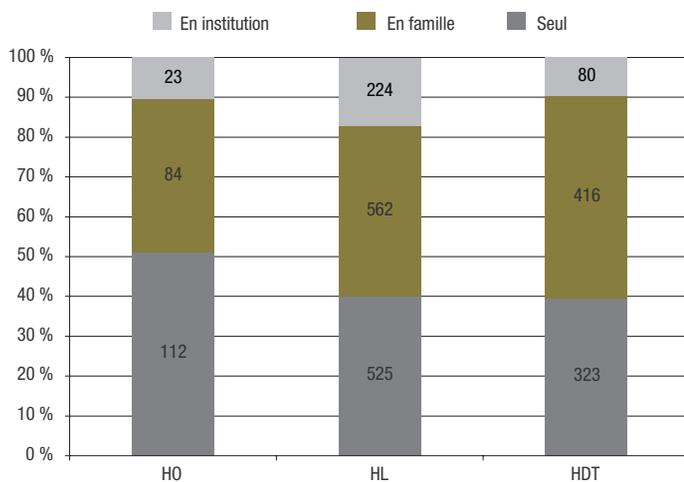


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 4

## Mode de vie selon le mode d'hospitalisation

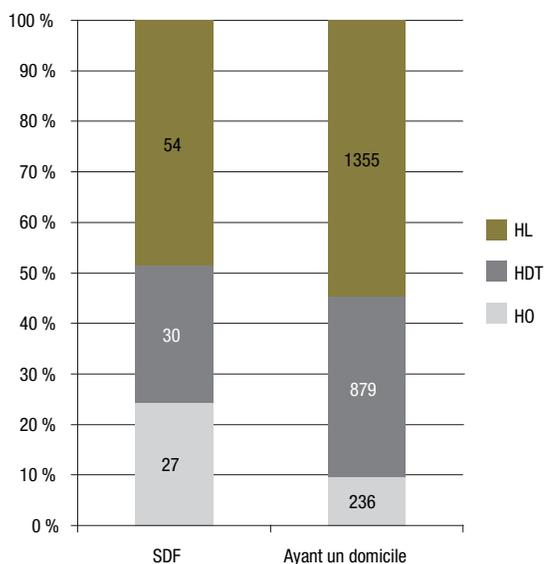


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 5

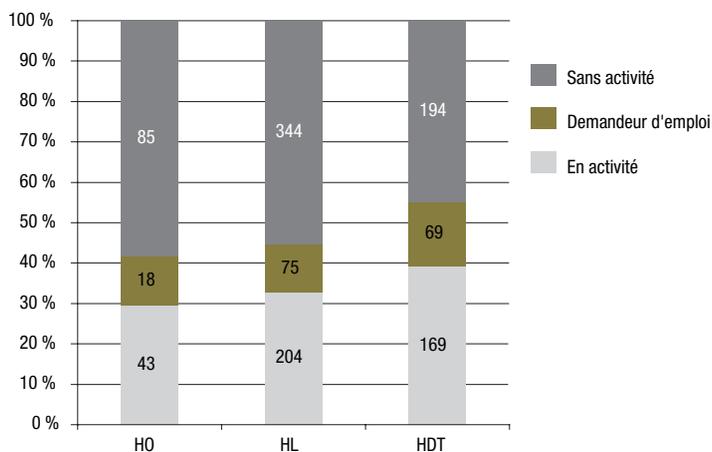
## Mode d'hospitalisation selon la disposition ou d'un domicile



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

## GRAPHIQUE 6

**Activité des patients de 25 à 55 ans selon le mode d'hospitalisation**

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

## Disparités des taux d'hospitalisation selon les communes

Le taux d'hospitalisation est inégal selon les communes (carte 1). La représentation cartographique met en évidence trois zones :

- les communes les plus éloignées de Lyon (Genas, Pusignan, Cailloux-sur-Fontaines, etc.) présentent un faible taux de patients hospitalisés (2 patients pour 1 000 hab.);
- la partie Est de Lyon et la proche banlieue (8<sup>e</sup> arrondissement de Lyon, Bron, Vaulx-en-Velin, etc.) présentent un taux très élevé de patients hospitalisés (6 patients pour 1 000 hab.);
- la partie Sud-Ouest, correspondant au centre de Lyon présente un taux d'hospitalisation intermédiaire (3,5 patients pour 1 000 hab.).

Il existe également une corrélation positive entre le taux d'hospitalisation et la densité d'habitants de la commune<sup>1</sup>. Les communes à habitat dispersé ont un faible taux d'hospitalisation au CHV. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces taux d'hospitalisation disparates : état de santé différencié des populations des zones de recours, recours différencié, possibilité de recours à d'autres acteurs du champ de la santé mentale (psychiatres libéraux, offre privée, etc.), existence d'une offre médico-sociale, proximité d'un centre hospitalier, etc.

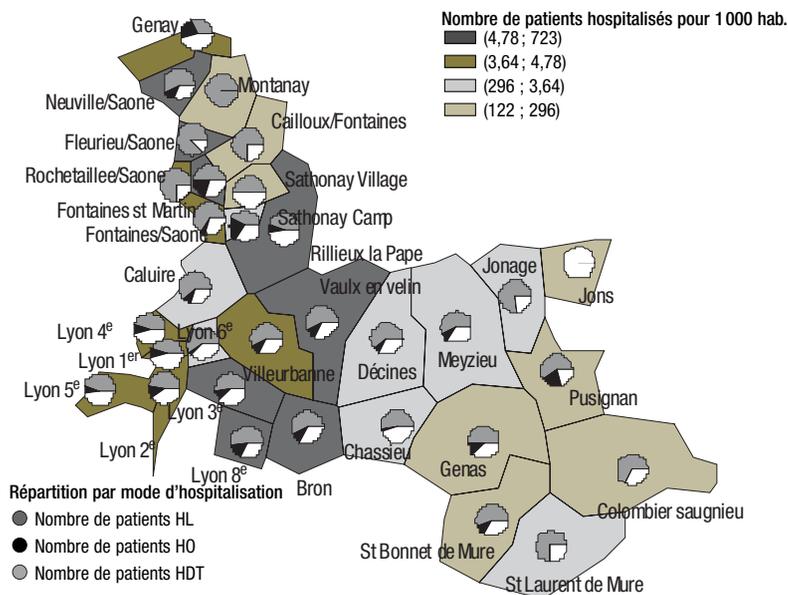
Les patients hospitalisés sans leur consentement, notamment en HO, sont proportionnellement plus nombreux dans les zones où les taux

1. Test de Spearman, R = 0,44 et p < 0,05.

d'hospitalisation sont importants. Toutefois, dans les petites communes, le taux d'hospitalisation sous contrainte peut varier d'une année sur l'autre du fait du faible effectif de patients.

CARTE 1

### Hospitalisation sous contrainte en 2005 - Patients secteur Vinatier



### Morbidité des patients hospitalisés sous contrainte

Les patients hospitalisés en HO souffrent majoritairement de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique (graphique 7). La proportion de troubles de la personnalité et du comportement est également plus élevée parmi les patients en HO.

Parmi les patients en HDT, on retrouve une forte proportion de troubles psychotiques, mais cette tendance est moins marquée que parmi les patients en HO. Le recours à l'HDT est également fréquent pour les patients présentant des troubles de l'humeur ou des démences. Au total, 60% des patients psychotiques sont hospitalisés au moins une fois sous contrainte au cours de l'année, dont un quart en HO.

### Prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte

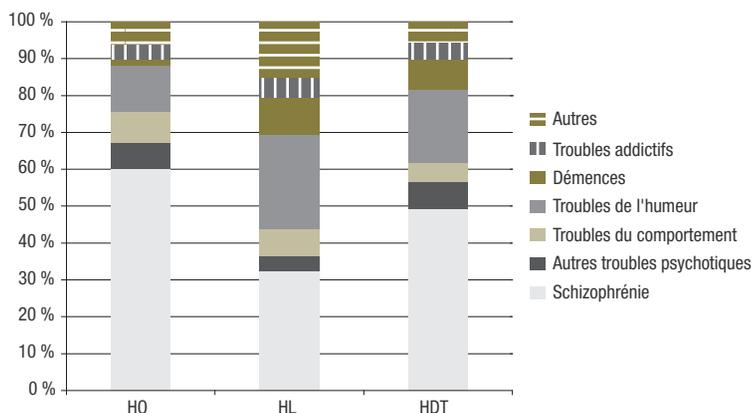
Les patients hospitalisés se trouvent majoritairement dans leurs premières années de suivi psychiatrique, le suivi antérieur ayant pu être de

nature libérale ou hospitalière. Ainsi, le risque d'hospitalisation diminue avec la durée de la prise en charge psychiatrique.

La répartition des types d'hospitalisation en fonction de l'ancienneté de prise en charge est globalement homogène, hormis pour la première année de suivi (graphique 8) : les patients en HDT sont plus souvent dans leur première année de prise en charge en psychiatrie (mode d'entrée dans le soin plus fréquent). Les patients en HO sont au contraire moins souvent dans leur première année de prise en charge.

GRAPHIQUE 7

### Répartition selon le diagnostic

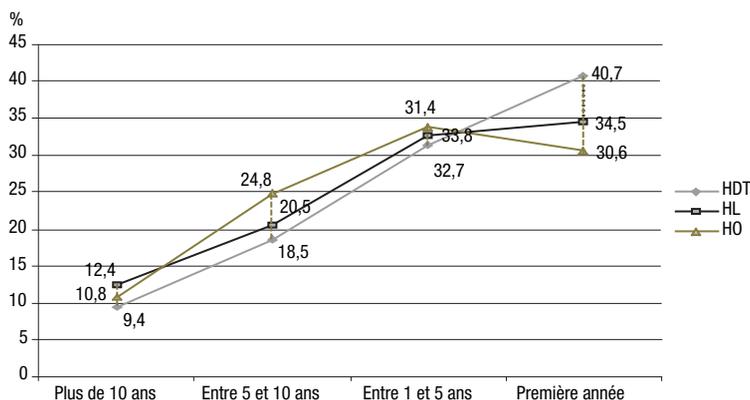


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 8

### Ancienneté du suivi psychiatrique selon le mode d'hospitalisation



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

### *Les patients en HDT sont moins nombreux à avoir été hospitalisés l'année précédente (2004)*

L'étude ne considère maintenant que la prise en charge antérieure réalisée au CHV. La majorité des patients hospitalisés en HO (52,5 %) ont plus souvent déjà fait un séjour hospitalier l'année précédente (graphique 9). Ils sont moins nombreux à avoir bénéficié d'un suivi ambulatoire ou d'une prise en charge en hôpital de jour.

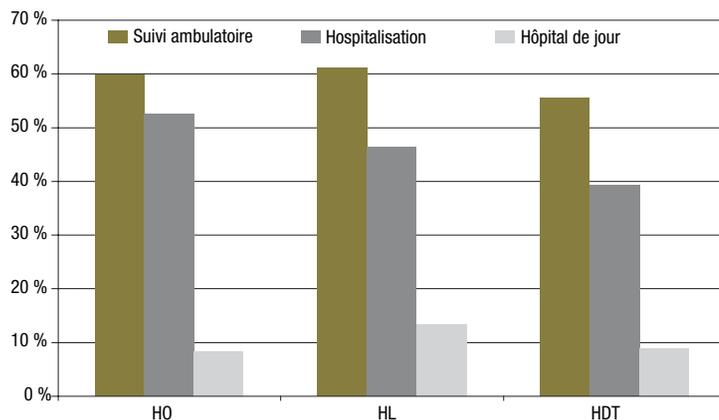
Les patients en HDT sont significativement moins nombreux à avoir été pris en charge l'année précédente, quel que soit le mode d'hospitalisation (39,3 % des patients hospitalisés l'année précédente). Cela confirme que l'hospitalisation en HDT est un mode d'entrée fréquent dans le soin psychiatrique. Au total, 36,7 % des patients en HO n'ont eu aucune prise en charge l'année précédente, 32,8 % des patients en HL contre 42,8 % des patients en HDT.

### *La durée moyenne de séjour d'un patient hospitalisé sous contrainte est plus longue*

Les 2 753 patients étudiés ont été hospitalisés en moyenne une fois et demi au cours de l'année 2005. Les séjours sont plus longs mais moins fréquents pour les patients hospitalisés sous contrainte, ce qui se traduit par une différence proportionnellement moindre entre la durée moyenne de séjour (DMS) et la durée moyenne d'hospitalisation (DMH<sup>2</sup>). Ainsi la DMS d'un patient en HL est de 40,6 jours alors qu'elle passe à 52,9 jours (soit 30 % de plus) pour les patients en HDT et 57,7 jours (soit 42 % de plus) pour les patients en HO (graphique 10).

GRAPHIQUE 9

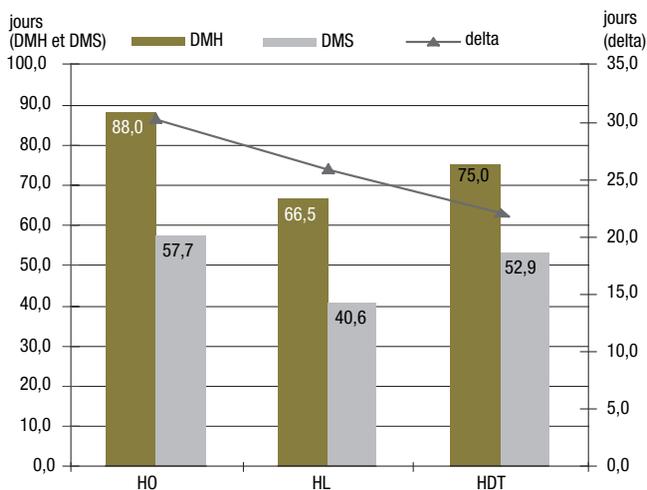
#### Prises en charge en 2004 des patients hospitalisés en 2005



2. La durée moyenne d'hospitalisation correspond au nombre de jours d'hospitalisation sur l'année, quel que soit le nombre de séjours.

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV. Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 10

**DMH et DMS (en jours)**

Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

Enfin, après l'hospitalisation, le suivi ambulatoire l'année de leur prise en charge hospitalière est plus fréquent pour les patients hospitalisés sous contrainte. 97,1 % d'entre eux bénéficient d'un suivi ambulatoire, contre 93 % pour les patients en HL.

## Diminution du nombre de patients hospitalisés à partir de 2002

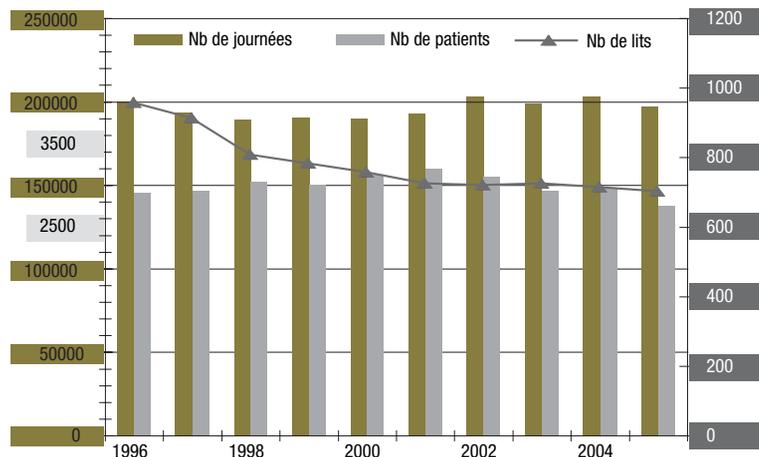
Le nombre de patients hospitalisés a augmenté jusqu'en 2001, avant de diminuer sensiblement à partir de 2002 (graphique 11). En 2005, le nombre de patients hospitalisés est inférieur de 13 % par rapport à 1996. Durant cette période, une politique de réduction très importante du nombre de lits d'hospitalisation a été menée : de 956 lits en 1996 à 701 lits en 2005, soit une baisse de 25 % des capacités d'hospitalisation. Le nombre de journées réalisées est malgré tout resté relativement stable et le taux d'occupation a connu une hausse importante. La durée annuelle d'hospitalisation a donc augmenté depuis 2001.

Si l'on examine l'évolution par mode d'hospitalisation, on observe une augmentation des patients en hospitalisation sous contrainte en proportion mais aussi en valeur absolue. Le nombre de patients en HO a doublé en 10 ans, passant de 170 à 316 patients par an (graphique 12). L'augmentation a été progressive et constante. Concernant les patients

en HDT, on observe une forte augmentation jusqu'en 2002, puis une tendance à la baisse les années suivantes; le nombre d'HDT reste cependant plus élevé entre 2000 et 2005 que les 5 années antérieures.

GRAPHIQUE 11

### Évolution de l'hospitalisation temps plein au cours de la dernière décennie

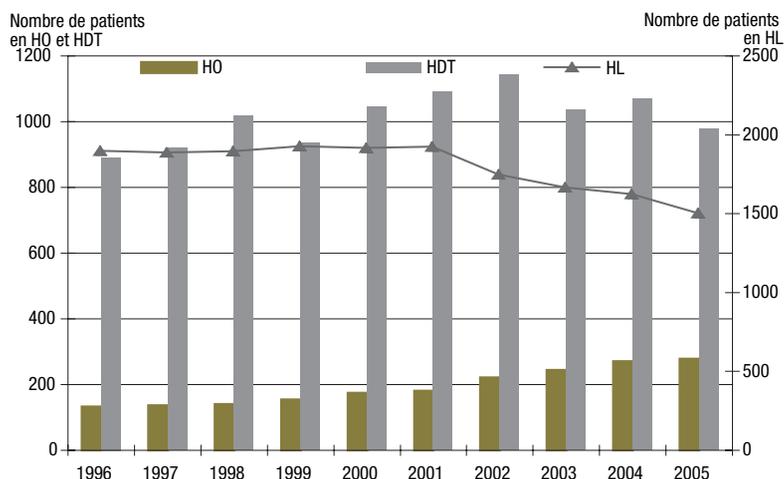


Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

GRAPHIQUE 12

### Évolution du nombre de patients hospitalisés



Champ • Secteurs de psychiatrie générale du CHV.

Sources • PMSI-Psychiatrie expérimental.

## Discussion

L'étude confirme une augmentation du nombre d'hospitalisations sous contrainte au cours des dernières années, notamment pour les HO. Le profil clinique et sociodémographique des patients hospitalisés diffère selon la modalité de leur hospitalisation.

### *L'hospitalisation sous contrainte, indice de la clinique*

La proportion importante (60 %) de patients psychotiques hospitalisés sous contrainte dans l'année renvoie directement à la nature même de la psychose, en tant que perturbation fondamentale (actuelle ou définitive) du rapport à la réalité.

L'HO relevant de l'atteinte à la sûreté des personnes ou du trouble grave à l'ordre public, les résultats observés reflètent en somme la gravité de la pathologie et de son expression. La sur-représentation de l'HO chez les hommes jeunes renvoie aux formes de la psychose chez l'homme, et notamment de la schizophrénie : les formes paranoïdes sont en effet moins fréquentes chez les hommes que les formes désorganisées. De plus, l'appréciation ou l'expression de la dangerosité pourront différer entre homme et femme : une patiente associera peut-être plus facilement la contrainte en HDT à un argument d'autorité du soin, alors qu'un homme jeune pourra déplacer la problématique morale de la contrainte sur le terrain du rapport de force explicite.

La plus grande fréquence des critères d'isolement social, voire d'exclusion parmi les patients hospitalisés d'office (plus de patients vivant seuls, moins d'insertion professionnelle, proportion élevée d'HO parmi les SDF hospitalisés) semble liée à des pathologies plus sévères. La DMS plus élevée des HO confirme que la stabilisation serait plus difficile à obtenir. Le recours à l'HO viendrait donc signifier la gravité de la pathologie.

Le mode d'hospitalisation est bien entendu révélateur de la difficulté d'obtenir une alliance thérapeutique. Ainsi, les patients admis en HO sur l'année en cours ont plus souvent été hospitalisés l'année précédente : l'hospitalisation en HO serait donc un indice de la difficulté à obtenir un soin autrement qu'à temps plein. Par ailleurs, on constate que les patients actuellement en HDT ont moins souvent bénéficié d'une prise en charge sectorielle pendant l'année précédente. L'HDT serait donc une modalité d'entrée dans le soin plus fréquente, mais aussi une modalité plus propice à l'obtention d'une alliance thérapeutique, au moins sur l'année en cours : on observe ainsi une DMH et une DMS plus courtes en HDT qu'en HO, et un écart plus faible entre DMH et DMS en HDT (22,1 jours) qu'en HO (30,3 jours).

### *L'hospitalisation sous contrainte, indice du risque juridique*

Le recours à l'un ou l'autre mode d'hospitalisation sous contrainte (HO ou HDT) pourrait également être lié aux conditions de sa mise en place. L'HDT implique le recours à un tiers signataire de la demande d'hospitalisation<sup>3</sup>. Or on observe, d'une part, que l'HO est plus fréquente parmi les patients vivant seuls ou SDF et, d'autre part, que les patients vivant en famille sont plus nombreux parmi les HDT. Les établissements de la région lyonnaise sont, comme ailleurs, sensibilisés à l'invalidation des HDT en justice du fait de la qualité du signataire. Ces considérations légitimes autant que légales pourraient expliquer que l'on recourt davantage à l'HO par défaut de tiers conforme pour une HDT.

Cette hypothèse soulève des questions de nature éthique et sociétale.

Au plan éthique, la nécessité clinique de soins immédiats, confrontée au risque juridique, suffit-elle à justifier le recours à une mesure administrative plus lourde pour le patient? Ni la bonne foi des médecins ni leur appréciation clinique d'une nécessité d'hospitalisation sous contrainte ne sont évidemment en cause. Mais le risque juridique se trouve simplement déplacé, de la non-conformité du tiers pour une HDT, vers l'éventualité d'une invalidation ultérieure de l'HO pour absence de trouble mental compromettant réellement la sûreté des personnes ou portant effectivement atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Au plan sociétal, se pose la question de la définition d'un « tiers social<sup>4</sup> » lorsque le patient se retrouve totalement isolé: le strict respect des textes et l'évolution de la jurisprudence en matière d'HDT placent un certain nombre de ces patients dans un dénuement certain et les privent en quelque sorte de leur droit à bénéficier d'une HDT. Ces situations confrontent les médecins à un conflit entre la déontologie et le droit – conflit qui pourrait trouver son issue dans la consécration, dans certaines situations, du procureur de la République en tant que tiers.

### *L'hospitalisation sous contrainte, indice d'une évolution de l'offre de soin*

Au-delà de ces considérations relatives aux patients eux-mêmes, l'étude permet d'observer certaines évolutions de l'offre de soins.

Il apparaît tout d'abord que la fréquence de l'hospitalisation diminue significativement avec l'ancienneté de la prise en charge: cela suggère que la prise en charge extra-hospitalière antérieure, qu'elle soit sectorielle ou libérale, permet de diminuer efficacement le risque d'hospitalisation.

Après le séjour hospitalier, la prise en charge sectorielle est la règle, puisqu'elle concerne près de 95 % des patients pendant l'année de l'hospitalisation. L'orientation en cabinet libéral, en tout cas directement après l'hospitalisation, fait ainsi figure d'exception. De plus,

3. Qu'il s'agisse de la question du lien de subordination de l'assistance sociale de secteur, ou de la notion de relations antérieures avec le patient pour le soignant d'établissement général.

4. Un tiers social doit pouvoir justifier de l'existence de relations antérieures à la demande d'hospitalisation lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

l'orientation sur le secteur est plus fréquente au décours d'une hospitalisation sous contrainte (97,1 %) que d'une hospitalisation libre (93 %). Cette différence peut s'expliquer par les sorties d'essai (voir l'encadré p. 207), mais aussi par la sévérité des pathologies.

Le profil de l'hospitalisation au CHV se modifie également sur la dernière décennie. Le nombre de lits diminue de 25 % et le nombre de patients hospitalisés de 13 %. Avec un nombre de journées d'hospitalisation globalement stable, la DMH augmente. Ainsi, la diminution du nombre de lits ne modifie pas le nombre de journées d'hospitalisation : si le nombre de patients hospitalisés librement diminue, la proportion comme la valeur absolue des hospitalisations sous contrainte continue d'augmenter. L'augmentation est linéaire pour les HO. Elle est moins régulière pour les HDT, mais celles-ci sont plus nombreuses sur la seconde moitié de la décennie.

On assiste donc à une modification du profil de la prise en charge hospitalière au CHV et sans doute de la nature des prises en charge : les patients hospitalisés sous contrainte sont plus nombreux, les taux d'occupation plus élevés et les séjours plus longs. Compte tenu de l'orientation très fréquente vers les secteurs, cette tendance à l'alourdissement des prises en charge s'étend probablement à l'ensemble des suivis de secteur de psychiatrie générale.

Ces constatations d'ensemble interrogent tout d'abord l'évolution de la demande et des besoins d'hospitalisation, mais aussi leur rapport avec l'évolution de l'offre hospitalière publique.

La diminution du nombre de lits pourrait ainsi diminuer le recours à l'hospitalisation par les secteurs eux-mêmes. L'augmentation de la part relative de l'hospitalisation sous contrainte s'expliquerait en partie par la diminution des lits. Cette hypothèse mériterait d'être confrontée avec l'évolution de l'hospitalisation psychiatrique privée, qui représente la moitié des lits du département. La diminution régulière de la part de patients hospitalisés pour troubles de la lignée dépressive vient corroborer cette éventualité.

L'augmentation de la valeur absolue des hospitalisations sous contrainte traduit quant à elle une augmentation des besoins, quelles qu'en soient les causes : augmentation effective des troubles mentaux relevant de l'hospitalisation sous contrainte, psychiatrisation de la réponse sociale, saturation des lits en service de post-urgence, etc. Seule une analyse qualitative des hospitalisations sous contrainte permettrait d'en affiner les causes. On peut enfin se demander dans quelle mesure le recours à l'HDT ne constitue pas, dans certaines situations, le moyen d'assurer l'admission du patient dans un établissement où le nombre de lits diminue. Là encore, une analyse qualitative éclairerait cette problématique.

## Conclusion

L'analyse des 3 211 patients hospitalisés au CHV en 2005, sous l'angle de leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques et des particularités de leur prise en charge, souligne l'importance du suivi des hospitalisations sous contrainte comme indicateur de l'état de santé des populations desservies. Malgré son caractère purement épidémiologique, l'étude présentée soulève également quelques interrogations sur les évolutions actuelles des missions et pratiques de la psychiatrie publique de secteur, soulignant leur resserrement sur la prise en charge des patients les moins coopérants.

Cette étude amène évidemment d'autres interrogations, auxquelles elle n'est pas en mesure de répondre. Tout d'abord, une bonne connaissance de l'évolution parallèle de l'hospitalisation privée éclairerait la perspective épidémiologique, et partant, la planification de l'offre de soins. Ensuite, le recentrement apparent de l'offre sur les patients réputés plus difficiles ne doit pas faire négliger le devenir et l'analyse épidémiologique du devenir des patients moins « bruyants », moins demandeurs, ou suscitant moins la demande des tiers, tels que les patients psychotiques dont la symptomatologie est dominée par le repli social. Enfin, les disparités importantes des besoins de l'hospitalisation de secteur en fonction de la commune d'origine justifieraient à elles seules une étude plus détaillée et la prise en compte de critères géographiques et démographiques supplémentaires.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**Coldefy M.**, 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », DREES, *Études et Résultats*, n° 443, novembre.

**Haute autorité de santé (HAS)**, 2005, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, Service des recommandations professionnelles, avril.

[http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c\\_272435](http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272435)

**Loi n° 90-527 du 27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SPSX8900129L>

**Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<http://www.admi.net/jo/20020305/MESX0100092L.html>

## Partie IV

---

### **LES SOURCES**

### **ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION EN PSYCHIATRIE**



CETTE dernière partie est consacrée aux recueils d'informations statistiques ou administratives mobilisables dans les études quantitatives sur l'offre de soins et la morbidité en santé mentale.

François Chapireau retrace tout d'abord l'histoire de la statistique psychiatrique au cours du xx<sup>e</sup> siècle. Il distingue trois périodes en fonction du type de données recueillies (capacités, personnels, patients présents, entrées et sorties) et des acteurs chargés de cette collecte. Les données se médicalisent entre les années 1950 et la fin des années 1970 avec l'Institut national d'hygiène puis l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Enfin, le ministère chargé de la Santé recueille l'information sur l'activité, l'organisation et les patients accueillis dans les établissements de santé participant à la psychiatrie sectorisée.

Magali Coldefy décrit ensuite le système d'informations tel qu'il se met actuellement en place. Articulé autour de plusieurs sources, il permet de décrire de façon complémentaire et cohérente les établissements, les structures, mais aussi les prises en charge et les patients.

Enfin, l'utilisation du recueil expérimental du PMSI-Psychiatrie par deux établissements lorrains (centre hospitalier spécialisé de Jury-lès-Metz et centre hospitalier de Thionville) permet d'illustrer l'utilisation locale de données dans la conduite d'un projet interétablissements.

En annexe, des fiches décrivent d'autres recueils d'informations mobilisés dans les études de la DREES sur la prise en charge de la santé mentale.



## La statistique publique psychiatrique au xx<sup>e</sup> siècle

---

François Chapiro\*<sup>\*</sup>

Trois périodes peuvent être distinguées dans le recueil d'informations statistiques concernant la psychiatrie. Au cours de chacune d'entre elles, le recueil des données s'est progressivement adapté aux changements des pratiques à décrire. Ainsi, il existe une continuité entre les données recueillies par la Statistique générale de France (SGF) et celles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Cette première période de comptes sur les capacités, les personnels, le nombre de patients présents et les entrées et sorties remonte au xix<sup>e</sup> siècle et s'achève en 1964 (encadré 1).

Après un chevauchement de 1953 à 1964, lui succède jusqu'en 1978 une information plus axée sur les données médicales, dans le cadre de l'Institut national d'hygiène (INH), bientôt remplacé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). À partir de 1977, la Direction générale de la santé (DGS) recueille des informations sur les ressources et sur l'activité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. La première publication détaillée date de 1985. C'est la troisième période de recueil, lequel est géré par le ministère chargé de la Santé, d'abord sous l'impulsion de la DGS, puis au Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), transformé ensuite en Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Ainsi, d'une période à l'autre, la statistique concernant la psychiatrie change d'institution responsable du recueil : institut de statistique, institut de recherche, administration centrale. Chaque passage est l'occasion d'une refonte de la méthodologie, de modifications du champ suivi, de la nature même de certaines données collectées.

### **Les recueils de données de la Statistique générale de France (SGF) et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE): les institutions d'assistance**

La SGF puis l'INSEE ont été chargés des recueils statistiques concernant les institutions dites d'assistance, en raison de leur mode de financement, en grande partie basé sur les crédits de l'aide sociale. Lorsque ce financement

\* DREES.

a évolué, le recueil de données a été confié à d'autres organismes. En juin 1976, l'INSEE publie ses *Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale* (INSEE, 1976). Le tome I porte sur les statistiques sociales; il donne une vue d'ensemble des modes de recueil et des informations disponibles, y compris (malgré le titre) avant la Seconde Guerre (voir l'encadré 1 sur le bilan des statistiques du mouvement hospitalier). Deux dates marquent des modifications importantes dans la méthodologie des instituts de statistique: en 1943, les données recueillies sont considérablement enrichies; en 1958, le champ de l'enquête est étendu.

### Les données recueillies

Jusqu'en 1943, la statistique des institutions d'assistance comporte un chapitre intitulé « Asiles d'aliénés ». Un tableau annuel détaillé par catégorie d'établissement comporte de nombreuses données sur les patients admis, sur les présents, les sorties et les décès (tableau 1). Un autre donne la répartition par classe d'âges et par diagnostic des « aliénés restant au 31 décembre et des aliénés décédés ». Plusieurs modifications sont mises en œuvre en 1943: les résultats ne sont plus ventilés par catégorie d'établissement; en revanche, est désormais publiée par diagnostic la répartition par tranche d'âges des « aliénés admis dans l'année ». Une nouvelle simplification intervient à partir des données pour 1949: les catégories « admis », « sortis » et « décédés » cessent d'être subdivisées par sous-type (voir tableau 1: les « admis » sont subdivisés en « admis pour la première fois; par suite de rechute; venant d'un autre asile; etc. »; les « sortis », en « sortis par guérison; par amélioration; par évasion; etc. »; et les « décédés » en « décédés par maladie; par accident; par suicide »).

TABLEAU 1

### Liste des variables publiées pour chaque année civile sous forme de tableau dans la statistique des institutions d'assistance (jusqu'en 1943)

En ligne	En colonne : existants au 1 <sup>er</sup> janvier*
<i>Pour chaque catégorie d'établissement:</i> <b>Asile national (Saint-Maurice)</b> <b>Asiles départementaux</b> <b>Quartiers d'hospices</b> <b>Asiles privés faisant fonction de public</b> <b>Asiles privés proprement dits</b> <b>Ensemble</b>	<b>Admis dans l'année</b> Pour la première fois Par suite de rechute Par réintégration après évasion ou sortie après guérison Venant d'un autre asile ou transféré Total des existants et des admis <b>Sortis</b> Par guérison Par amélioration Par évasion Pour cause de transfèrement Pour autres causes Total des sortis <b>Décédés</b> Par maladie Par accident Par suicide Total des décès <b>Total des sortis et des décédés restant au 31 décembre</b>
<i>Les données sont classées en fonction de neuf diagnostics:</i> Idiotie, crétinisme, imbecillité Manie, mélancolie, délire de persécution Épilepsie Folie des dégénérés sans antécédent alcoolique Folie des dégénérés avec antécédent alcoolique Alcoolisme aigu ou chronique Paralyse générale Démence sénile, organique, etc. Autres maladies mentales.	

\* Pour toutes les données, les résultats sont répartis selon le sexe.

## ENCADRÉ 1

**Le bilan des statistiques du mouvement hospitalier réalisé par l'INSEE**

Extrait de *Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale*, tome I, juin 1976.

**« 1. Établissements publics : équipement, personnel, et mouvement hospitalier**

Les statistiques du mouvement hospitalier ont été publiées, de 1833 à 1964, par la Statistique générale de France (SGF), puis par le Service national des statistiques (SNS) et enfin par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)<sup>1</sup>. Elles comprenaient des renseignements succincts sur l'équipement, le personnel et sur le mouvement des malades (entrées, sorties, décès) dans les hôpitaux, hospices et établissements psychiatriques publics. Elles étaient établies à partir d'états départementaux remplis par les préfetures. Elles faisaient partie des statistiques d'assistance jusqu'en 1954. Le ministère de la Santé publique a pris en charge les statistiques des hôpitaux publics à partir de 1961<sup>2</sup> et celles des hospices et maisons de retraite publics à partir de 1965. Ces statistiques sont obtenues par exploitation de questionnaires remplis par les établissements. Les renseignements sont beaucoup plus détaillés (ventilation par discipline en particulier) et comprennent notamment depuis 1974, les informations sur les équipements lourds et les résultats de gestion.

**2. Établissements privés**

Depuis 1972, il existe une enquête exhaustive sur les établissements d'hospitalisation privés donnant des informations très complètes sur l'équipement, le personnel et l'activité.

**3. Hôpitaux publics : morbidité**

L'assistance publique à Paris publiait depuis 1896 la répartition par sexe, âge et nature de la maladie des malades sortis dans l'année, dans les établissements relevant de son autorité. Cette statistique a été étendue, à partir de 1969, par le ministère de la Santé publique, à l'ensemble du secteur des hôpitaux publics ; depuis 1973, elle comprend de plus la durée de séjour par maladie.

**4. Établissements psychiatriques publics : morbidité**

Les statistiques du mouvement hospitalier des établissements hospitaliers publics, établies par la SGF, puis par le SNS et enfin par l'INSEE, comprenaient une répartition des malades des établissements psychiatriques suivant la cause d'internement. De 1943 à 1959, on y trouve également les éléments d'une statistique de morbidité. L'Institut national d'hygiène (INH), devenu par la suite Institut de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a pris en charge cette statistique de morbidité à partir de 1955 (premier essai en 1943). Un questionnaire par établissement a été mis en service en 1961.

1. Le Bureau de statistique générale créé en 1833, prend en 1840 le nom de Statistique générale de la France (SGF). En 1941, le Service national des statistiques (SNS) fusionne la SGF, le Service d'observation économique, l'Institut de conjoncture et le Service de la démographie. En 1946, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) résulte de la fusion du SNS et des services d'études économiques et de documentation du ministère de l'Économie (Sources : INSEE).

2. En 1961, a été créé au ministère de la Santé un bureau statistique dirigé par Paul Damiani, administrateur de l'INSEE.

### *Les ambiguïtés des définitions*

Les définitions des rubriques « entrées » ou « sorties » de patients comportent des ambiguïtés, pointées après 1943. Concernant les malades admis, il est écrit dans la *Statistique du mouvement hospitalier* (INSEE, 1963) : « restent comptées comme admissions les réadmissions pour rechutes ou récidives en cours d'année ayant fait l'objet d'une nouvelle procédure d'admission (cette remarque concerne spécialement les malades mentaux) ». En toute rigueur de termes, cette définition ne porte pas sur le nombre de malades admis dans l'année, mais bien plutôt sur le nombre d'admissions. De plus, selon cette définition, les malades sont considérés comme admis pour la première fois dès lors qu'il s'agit de la première hospitalisation dans l'année, même s'il y a eu un séjour hospitalier précédemment.

Par ailleurs, les tableaux publiés comportent une colonne « malades soignés dans l'année », définie comme la somme des existants comptés au 1<sup>er</sup> janvier et des admissions dans l'année (donnée donc hétérogène).

En ce qui concerne les malades sortis dans l'année, « il s'agit des malades sortis par guérison, ou amélioration ou pour toute autre cause à l'exception du décès et, en principe, du transfèrement dans un autre établissement hospitalier » (INSEE, 1963). Dans ce chapitre, il n'y a pas de distinction entre malades sortis pour la première fois et malades sortis après une réadmission dans l'année, qui sont manifestement comptés ensemble. Il s'agit donc de sorties plutôt que de malades sortis.

Les tableaux publiés comportent une colonne « existants au 31 décembre », définie comme le nombre de malades déjà présents au 1<sup>er</sup> janvier de la même année, auquel sont ajoutés les admissions, et retirés les sorties ainsi que les décès observés dans l'année. Jusqu'en 1944, cette variable calculée n'est pas identique au chiffre constaté des existants au 1<sup>er</sup> janvier suivant, mais s'en écarte peu. Le nombre de patients sortis plus d'une fois dans l'année n'est donc pas très différent du nombre de patients entrés plus d'une fois. Pendant longtemps, les malades hospitalisés à nouveau (dans l'année ou par la suite) sont restés peu nombreux. Lorsque la fréquence des réadmissions a augmenté, le problème a été identifié, et en 1961 la définition a été modifiée, sous l'égide de l'Institut national d'hygiène.

Une autre difficulté porte sur les entrées et sorties par transfert. Il est logique, pour éviter les doubles comptes, que les transferts entre établissements psychiatriques apparaissent séparément. Ils ont longtemps été nombreux, certains établissements se spécialisant dans l'accueil des malades hospitalisés au long cours, souvent dans des départements éloignés du lieu d'origine des patients. Toutefois, les transferts concernent aussi les malades venant d'autres établissements non psychiatriques ou s'y rendant. Le regroupement dans une seule catégorie de l'ensemble des transferts rend les données difficiles à interpréter.

### La classification diagnostique

La classification diagnostique utilisée jusqu'en 1943 est tombée en désuétude, au point d'être devenue difficile à comprendre (tableau 1). Certains vocables sont totalement sortis d'usage (« folie des dégénérés »), d'autres ont changé de sens (« manie »); enfin, la catégorie « autres maladies mentales » regroupe davantage de malades que plusieurs autres (18 % des hommes et 14 % des femmes présents le 1<sup>er</sup> janvier 1934). À partir de 1943, suite à la réunion interministérielle du 11 octobre 1943, une nouvelle classification diagnostique est utilisée (tableau 2). Pour la première fois, en 1958, est publiée une table d'équivalence avec la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – la sixième révision avait été réalisée en 1948.

### Le champ et les niveaux de restitution des données

Jusqu'à la publication de l'activité de 1958, le champ de la statistique inclut « les établissements privés autorisés à recevoir les malades mentaux placés en application de la loi de 1838 sur le placement des aliénés. N'échappent donc à cette statistique des établissements psychiatriques que les maisons de santé non soumises au contrôle de la loi de 1838<sup>1</sup> sur le placement des aliénés et les services libres des hôpitaux. On peut estimer que cette lacune n'excède pas 2 % (en 1958) du nombre total des lits réservés aux malades mentaux<sup>2</sup> ». Plus loin, est donnée la liste des catégories incluses : « Hôpitaux psychiatriques publics, quartiers d'hospices, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'hôpitaux psychiatriques publics, établissements privés (maisons de santé) autorisés<sup>3</sup> ». Le champ de l'enquête s'étend en 1958, avec l'inclusion des patients en hospitalisation libre, à la suite de la création des services libres par circulaire du 1<sup>er</sup> mars 1949.

### L'Institut national d'hygiène (INH) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : la médicalisation du recueil

Pour les années 1953 à 1964, des données sont publiées à la fois par l'INSEE et par l'INH (puis par l'INSERM). Les chiffres inscrits sous les mêmes en-têtes sont notablement différents. Ainsi, par exemple, l'INSEE compte 94 520 patients présents au 1<sup>er</sup> janvier 1954, cependant que l'INH recense 100 593 patients présents la veille, le 31 décembre 1953. Il est difficile d'expliquer ces écarts, qui portent sur l'ensemble des variables : présents, entrées et sorties.

De 1958 à 1961, dans le *Bulletin de l'Institut national d'hygiène* (INH), sont publiées annuellement<sup>4</sup> les statistiques médicales des hôpitaux psy-

1. La loi de 1838 faisait obligation à chaque département d'ouvrir un asile d'aliénés, décrivait en détail les procédures d'internement en « placement volontaire » (à la demande d'un proche) ou en « placement d'office » (par arrêté préfectoral) et prévoyait plusieurs types de contrôles et de recours.

2. En 1966, le ministère de la Santé publique et de la Population publie dans son bulletin trimestriel *Statistiques* un recensement des maisons de santé privées pour maladies mentales. Cette étude ponctuelle ne sera pas renouvelée avant plusieurs années. Le rapport indique 6 866 patients présents au 31 décembre 1963 (parmi lesquels certains relèvent de la loi du 30 juin 1838). Par comparaison, le nombre de patients présents le 1<sup>er</sup> janvier 1964 dans les établissements psychiatriques est de 114 408.

3. Les données de certains départements manquent selon les années et la liste en est donnée (*Statistique des institutions d'assistance*, INSEE, 1958).

4. Sous la signature du docteur J. Lauzier et de mademoiselle D. Lafage.

TABLEAU 2

**Nomenclature des maladies mentales (11 octobre 1943)**

Numéros	Maladie	Numéros correspondants (1) de la nomenclature internationale des maladies de l'OMS (révision 1948)
1	Idiotie	325 (0, 4, 5)
2	Imbécillité	325 (1)
3	Débilité mentale	325 (2: partie, 3)
4	Crétinisme (myxœdème)	325 (2: partie)
5	Troubles du caractère et du comportement	320 (0-3, 7), 321 (1-5), 324, 326.
6	Troubles de l'émotivité	321 (0)
7	Perversions instinctives	320 (4-6)
8	Psychonévroses (neurasthénie, psychasthénie, etc.)	310-318
9	État maniaque	301 (0)
10	État mélancolique	301 (1)
11	Psychose périodique	301 (2)
12	Délires aigus (bouffées délirantes)	309 (partie)
13	Délie chronique hallucinatoire	} 303, 309 (partie)
14	Délie chronique d'interprétation	
15	Délie chronique de revendication	
16	Délie chronique d'imagination	
17	Démence précoce (schizophrénie, confusion mentale chronique)	300
18	Confusions mentales aiguës	309 (partie)
19	Alcoolisme aigu (2)	322 (0)
20	Alcoolisme chronique (2)	} 307, 322 (1, 2)
21	Alcoolisme démentiel (2)	
22	Autres intoxications	323
23	Paralysie générale	025
24	Syphilis cérébrale	026
25	Troubles mentaux du tabès	024
26	Démence organique par artériosclérose cérébrale	306
27	Démence organique par lésion circonscrite	308 (0, 2)
28	Démence sénile	304
29	Psychoses séniles ou d'involution	302, 305
30	Démences secondaires (vésaniques)	309 (partie)
31	Épilepsie	308 (1)
32	Psychopathies de l'encéphalite épidémique	083 (1, 2)
33	États psychopathiques atypiques	309 (partie)
34	Non aliéné (3)	793 (0)
35	Simulateur	795 (1)
N.D.	Maladie mentale non mentionnée	309 (partie)

(1) Correspondance approximative : les chiffres entre parenthèses sont les subdivisions de la nomenclature internationale.

(2) Alcoolisme ayant motivé l'internement; non compris l'alcoolisme « d'appoint » accompagnant l'affection mentale ayant motivé l'internement, qui est classé à la rubrique correspondante.

(3) Reconnu non aliéné après mise en observation, non compris les simulateurs (classés au numéro 35).

chiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale. Ces quatre livraisons couvrent l'activité de 1953 à 1959. « Les renseignements chiffrés que nous publions ont plusieurs origines. Les uns sont tirés des questionnaires recueillis par l'Institut national de la statistique (état modèle MS 5), les autres des divers états transmis par les établissements au septième bureau de la Direction générale de la santé publique au ministère de la Santé, suivant les instructions des circulaires des 28 mai 1958 et 30 avril 1959<sup>5</sup>. » Comme l'indique le titre des rapports, des données sont publiées à propos des dispensaires d'hygiène mentale: nombre de points de consultation, nombre de séances de consultation et nombre de consultants examinés. En ce qui concerne l'hospitalisation, un tableau distingue les malades présents au 31 décembre, les entrées directes (non compris les transferts), les rentrées, les sorties directes, les décès et la population traitée dans l'année<sup>6</sup>. D'autre part, la répartition par tranches d'âges est présentée pour les entrées, les décès et les présents au 31 décembre. Enfin, la répartition des malades présents en fin d'année est indiquée par sexe et par diagnostic, sur la base d'une liste de douze catégories.

### À partir de 1961, interviennent plusieurs modifications importantes

Il n'y a pas de donnée publiée pour les années 1960 et 1962. À partir des données portant sur 1963, elles paraissent annuellement<sup>7</sup>. La première publication date de 1964; elle a lieu dans le *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, auquel succède l'année suivante le *Bulletin de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale*, sans interruption de la numérotation des tomes.

En premier lieu, le recueil des données est réalisé à l'aide de nouveaux états statistiques, « mis en service en 1962 par la section de psychiatrie de l'Institut national d'hygiène (pour les données de l'année 1961). Comme on le sait, cet organisme assume depuis cette date en matière de statistique psychiatrique les responsabilités incombant précédemment à l'Institut national de la statistique et des études économiques » (Sadoun, 1964; Sadoun *et al.*, 1982).

En deuxième lieu, les rapports annuels sont intitulés « Statistiques médicales des établissements psychiatriques » (Sadoun, 1964; Sadoun *et al.*, 1982). L'activité des dispensaires d'hygiène mentale cesse d'être recueillie<sup>8</sup>. Ce fait mérite d'être noté, car la période de 1966 à 1987 est précisément celle où se met en place la composante ambulatoire de la psychiatrie de secteur. Comment expliquer ce manque de curiosité de la part des praticiens, des scientifiques comme des décideurs? Les publications de l'époque témoignent de la préoccupation à propos de l'importante surpopulation des services de psychiatrie<sup>9</sup>.

Les informations portent sur les malades présents, les entrées, les sorties et les décès, en fonction de l'âge, du sexe, du diagnostic et des divers croisements que ces variables peuvent susciter.

5. *Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale* (Lauzier, Lafage, 1958).

6. Le champ couvert et les définitions utilisées ne sont pas mentionnés.

7. Sous la signature du Dr Sadoun, jusqu'à 1978, mais aussi, à partir de 1966 (activité de 1964), du Dr Quémada; M<sup>me</sup> Daguin se joint à eux à partir de 1967 et M<sup>me</sup> Chassagne en 1969.

8. En parallèle avec les publications de l'INH et de l'INSERM, l'*Annuaire statistique du ministère de la Santé publique et de la Population* donne le nombre de points de consultation et de consultants par région sanitaire et par département pour 1961, 1962 et 1966. Il n'y aura plus de publication au sujet des soins ambulatoires avant 1987.

9. En 1961, le Dr Lauzier note que: « en 1957, le pourcentage de l'excédent de population des hôpitaux psychiatriques par rapport à leur capacité réglementaire d'hospitalisation était de 29% ». C'est seulement en 1970 que le nombre de malades présents un jour donné a cessé globalement d'être supérieur au nombre de lits autorisés.

Le champ de l'enquête est le territoire métropolitain: « les établissements psychiatriques dont les services sont tenus d'établir annuellement un état SP 5/S sont les établissements psychiatriques publics: hôpitaux psychiatriques départementaux ou autonomes, établissement national de Saint-Maurice, quartiers psychiatriques d'hôpital général ou d'hospices, établissements psychiatriques privés faisant fonction d'établissements publics, colonies familiales, et centres de rééducation pour alcooliques ». Plus précisément, « les données concernant les deux types de service (fermé et libre) ont été réunies dans ce rapport » (Sadoun, 1964). Chaque état est rempli au niveau du service concerné, sous la responsabilité du médecin chef, garant de son caractère médical.

L'information méthodologique et la définition de toutes les variables sont données de manière détaillée et reproduites annuellement dans chaque volume de résultats. Ainsi, à compter des données concernant l'année 1961, « sont considérés comme existants au 31 décembre tous les malades qui, à cette date, sont effectivement présents dans un service, en permission ou en sortie d'essai, quelle que soit la durée de celle-ci ». D'autre part, « doit être comptée comme admission pour la première fois, toute entrée d'un malade qui, autant qu'il est possible de le savoir, n'a jamais été hospitalisé antérieurement dans un service fermé ou libre d'établissement psychiatrique public ou privé, dans un service d'hôpital général spécialisé en neuropsychiatrie ou dans une maison de santé privée spécialisée. [...] Doit être comptée comme une admission par transfert, toute entrée d'un malade transféré d'un établissement psychiatrique public ou privé, d'un service d'hôpital général spécialisé en neuropsychiatrie ou d'une maison de santé privée spécialisée. [...] Doit être comptée comme autre admission toute entrée d'un malade ne correspondant pas aux définitions données ci-dessus. » (Sadoun, 1964). Les sorties sont distinguées selon qu'il s'agit de sortie définitive, de transfert (dans un autre établissement psychiatrique) ou d'évasion.

Ce changement de définition est révélateur d'une évolution des pratiques. Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les hospitalisations sont rares et les réadmissions, plus rares encore. Après la guerre, la transformation profonde des processus de soins s'accompagne d'une fréquence croissante des admissions, et surtout des réadmissions, pour des durées plus courtes dans les deux cas. Avant guerre, le phénomène observé était celui des réadmissions dans l'année; ensuite, c'est la ré-hospitalisation d'une personne qui a déjà été hospitalisée dans le passé, quelle qu'en soit la date.

Il est précisé que « pour les entrées, les sorties et les décès, le choix du groupe d'âges dans lequel doit figurer le cas est déterminé par l'âge du malade, en années révolues, le jour de l'entrée, de la sortie ou du décès » (Sadoun, 1964). Pour les existants au 31 décembre, il s'agit de leur âge à cette date. À la différence des statistiques de l'INSEE, les groupes d'âge sont établis de 10 en 10 ans, de 15 à 75 ans. Au-dessous et au-dessus de ces deux âges, les patients sont regroupés.

Toutefois, les services pour enfants ne sont plus inclus dans le champ de l'enquête, d'où, en 1961, une apparente diminution du nombre des présents et des admis. Il semble bien que la baisse de l'effectif total soit plus importante que ce qui aurait été attendu du fait de l'omission des services pour enfants, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'une période de croissance du nombre des présents.

Une nouvelle liste de catégories diagnostiques est désormais utilisée, étant précisé qu'elle a seulement un but statistique et qu'il ne s'agit pas d'une classification (tableau 3). « Pratiquement, lors du choix de la catégorie diagnostique dans laquelle on classera le malade, on doit toujours choisir celle qui représente la meilleure référence nosologique pour le cas, celle qui désigne le mieux la nature du fond psychopathologique, de la structure fondamentale sur laquelle évolue la symptomatologie. Dans le cas où plusieurs références diagnostiques peuvent être choisies et où aucune d'entre elles ne peut être considérée comme principale, c'est la symptomatologie pour laquelle le malade est hospitalisé et traité qui doit guider le choix de la catégorie diagnostique » (Sadoun, 1964). Pour chacun des diagnostics proposés, des remarques sont formulées en quelques lignes pour en faciliter l'utilisation. Par ailleurs, « le diagnostic pris en considération pour le choix de la catégorie diagnostique doit toujours être, soit le diagnostic de sortie ou au décès lors de l'enregistrement des données du mouvement, soit le dernier diagnostic fait, pour les existants au 31 décembre ».

TABLEAU 3

### Liste de catégories diagnostiques utilisées par l'INSERM de 1961 à 1969

- Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies.
- États confusionnels aigus ou subaigus.
- Syndromes délirants aigus. Bouffées délirantes.
- Schizophrénies chroniques. Démence précoce.
- Délires chroniques systématisés.
- Psychoses alcooliques.
- Alcoolisme chronique (en dehors des psychoses alcooliques)\*.
- Paralysie générale. Autres troubles mentaux de la syphilis.
- Troubles mentaux de l'épilepsie. Épilepsie.
- États démentiels de la sénilité et démences préséniles.
- Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autre que citées.
- Névroses. États névrotiques. Affections psychosomatiques.
- États de déséquilibre mental. Personnalités psychopathiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme).
- États d'arriération. Oligophrénies.
- États non classables dans les catégories précédentes.

\* Malades relevant d'un traitement en centre ou section de rééducation pour alcooliques et placés dans un hôpital psychiatrique en l'absence de ces formations.

En janvier 1969, sont mis en service les états SP 6/S (médicaux) et SP 6/E (administratifs), pour recueillir l'activité à partir de l'année 1968. Ces états « permettent de distinguer plusieurs types d'existants, d'admission et

de sortie ». Les définitions varient peu par rapport à celles des états SP 5. La principale innovation est celle-ci : avec les états SP 6, est inaugurée la *Classification française des troubles mentaux*, qui sert désormais au codage des diagnostics (tableau 4). Des définitions sont fournies. Un tableau de correspondance avec la liste de 15 diagnostics jusque-là en vigueur est établi. Dans les tableaux publiés annuellement, plusieurs codes sont regroupés par deux, par exemple les diagnostics 5 (psychoses alcooliques) et 12 (alcoolisme en dehors des psychoses alcooliques). De ce fait, le nombre total de catégories utilisées reste de 15. Des données restent manquantes, les établissements ne répondant pas toujours.

Il n'y a aucune parution en 1980 et 1981. En 1982, sont publiées des statistiques pour l'année 1978 ; elles sont basées sur un échantillon de 50% des services, qui « a résulté d'un tirage au sort au fur et à mesure de l'arrivée des états » (Sadoun *et al.*, 1982).

TABLEAU 4

#### **Classification française des troubles mentaux utilisée par l'INSERM de 1969 à 1978**

1. Psychoses maniaques et dépressives.
2. Schizophrénies chroniques.
3. Délires chroniques.
4. Psychoses délirantes aiguës et états confusionnels.
5. Psychoses alcooliques.
6. Troubles mentaux de l'épilepsie.
7. États d'affaiblissement de la sénilité et démences préséniles.
8. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale autre que citées.
9. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection somatique autre que citées.
10. Névroses et états névrotiques.
11. Personnalités et caractères pathologiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme).
12. Alcoolisme (en dehors des psychoses alcooliques).
13. États dépressifs non psychotiques.
14. Troubles psychosomatiques. Troubles somatiques vraisemblablement psychogènes.
15. Troubles isolés non classables ailleurs.
16. Niveau limité.
17. Débilité mentale.
18. Arriération mentale moyenne (imbécillité).
19. Arriération mentale profonde (idiotie).
20. États non classables dans les catégories précédentes.

#### ***L'évolution des diagnostics n'est pas d'interprétation simple***

De la nomenclature de 1943 à la liste des catégories diagnostiques de 1961 et à la *Classification française des troubles mentaux* de 1968, le libellé de certaines catégories évolue, d'autres catégories disparaissent, d'autres encore sont introduites. Toutefois, pour les plus fréquentes, il n'y a pas de rupture radicale. Même si les correspondances terme à terme sont rarement possibles, les regroupements permettent certaines comparaisons. Pour autant, il n'est pas certain qu'un même regroupement de dénominations désigne les mêmes réalités cliniques sur une longue période. La profonde transformation des méthodes de soins peut modifier

l'évolution comme les caractères cliniques des troubles. De plus, les pratiques diagnostiques des médecins changent. L'évolution est d'autant mieux perceptible que la comparaison porte sur des pratiques anciennes. Ainsi, jusqu'en 1961, le nombre élevé de troubles classés comme états délirants aigus, malgré une durée d'hospitalisation supérieure à un an, fait penser que ces patients recevraient maintenant un diagnostic de schizophrénie. Pour la même période, le nombre élevé de patients recevant les diagnostics d'état maniaque ou mélancolique, distincts de la psychose périodique, suggère qu'une certaine proportion parmi ces patients recevrait maintenant un diagnostic de trouble schizo-affectif, ou serait classée parmi les troubles maniaco-dépressifs, voire parfois parmi les névroses.

### **La Direction générale de la santé (DGS) et la fiche par patient mise en place : une description couvrant l'ensemble des activités de secteur**

À partir de 1977, les rapports annuels de secteur (RAS), remplis par les chefs de secteur de psychiatrie, sont adressés à la Direction générale de la santé (DGS), bureau 3C. Outre des informations détaillées portant sur les structures de soins et sur le personnel, ils mentionnent des données tirées de la fiche par patient.

Toutefois, « l'exploitation de l'enquête s'est faite jusqu'en 1984 de façon manuelle, ce qui empêchait une exploitation complète des questionnaires<sup>10</sup> ». Ainsi, les données détaillées sont publiées à partir de 1985 (tableau 5). La gestion des rapports annuels de secteur a été assurée jusqu'en 1990 par la DGS, puis par le SESI, devenu en 1999 la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Les rapports annuels ont donné lieu à trois types de publications : en premier lieu, un numéro de *Documents statistiques* paraît tous les deux ans. Ces parutions présentent les résultats détaillés. Elles sont complétées par des synthèses dans *Informations rapides* puis *Études et Résultats*. Enfin, des études approfondies utilisent ces données pour décrire les variations dans la durée (Guilmin *et al.*, 2000), dans l'espace (Alluard et Coldefy, 2005a et 2005b), ou encore pour dresser une typologie des secteurs (Coldefy *et al.*, 2002).

Le recueil des données est profondément renouvelé. Le rapport annuel de secteur contient des informations sur l'équipement, l'activité et le personnel. Deux innovations importantes ouvrent le champ de la statistique : d'une part, la notion de file active de secteur<sup>11</sup> permet de prendre en compte les soins à temps partiel et les soins ambulatoires au même titre que les soins à temps plein ; d'autre part, l'activité de psychiatrie infantile trouve enfin son expression quantitative. Par définition, toutes les données concernent les soins de secteur. Sont donc exclus quelques services publics non sectorisés, une partie du secteur privé participant au

10. Circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie. *Bulletin officiel* n° 86-6 bis.

11. Nombre de personnes vues au moins une fois par l'un des soignants des équipes du secteur.

service public (pour son activité non sectorisée) et la totalité du secteur privé ne participant pas au service public. Les deux premières de ces trois exclusions sont des restrictions par rapport au champ de l'enquête hospitalière de l'INH puis de l'INSERM; leur ampleur est modérée. De plus, jusqu'en 2000, les rapports annuels de secteur prennent mal en compte les structures intersectorielles, de plus en plus nombreuses.

Les informations concernant les patients sont recueillies sur la fiche par patient mise en place dans les établissements sectorisés. Sur le recto de cette fiche se trouvent des données sociodémographiques et cliniques qui ne sont pas transmises en dehors de l'établissement. Sur le verso, sont notés les actes de soin; à partir de ce relevé, des données agrégées par secteur sont transmises aux tutelles, en quatre chapitres: la file active (globale), l'activité ambulatoire, l'activité à temps partiel et l'activité à temps complet (tableau 5). Chaque type d'acte comporte le nombre de patients concernés et le nombre d'actes. Deux « notes explicatives de la fiche par patient » ronéotées, d'une dizaine de pages chacune, sont diffusées, l'une pour la psychiatrie générale et l'autre pour la pédopsychiatrie. Les règles de codage y sont définies; elles sont restées en vigueur pendant 20 ans.

L'extension du champ de l'enquête s'accompagne de la disparition de certaines informations: le diagnostic est saisi localement mais n'est pas transmis en dehors des établissements, exceptées des remontées ponctuelles (les enquêtes sur la population suivie en psychiatrie, « coupes transversales » réalisées par la DGS, l'INSERM et le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé – OMS); l'âge et le sexe des patients ne sont connus que dans la file active globale; le nombre et les caractères des patients en soins un jour donné sont absents, de même que les sorties de l'hôpital; il n'y a plus de distinction entre première et nouvelle admission à l'hôpital.

À partir de 2000, le questionnaire est refondu, des informations sur les pratiques sont recueillies. En 2006-2007, est mis en place le relevé d'information médicale en psychiatrie (voir l'article p. 267).

#### ENCADRÉ 2

#### **Les enquêtes complémentaires du SESI**

Trois enquêtes complémentaires réalisées par le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI) ont pu être recensées. Elles portent sur:

- la répartition par âge, sexe et mode de placement des personnes présentes au 15 janvier 1988;
- la répartition par mode de placement des entrées et journées d'hospitalisation en 1988;
- l'ancienneté du séjour en hospitalisation complète (moins de 2 mois, 2 mois à 1 an, 1 à 10 ans, plus de 10 ans);
- la situation en termes de résidence et l'origine géographique;
- le mode d'hospitalisation (hospitalisation libre, sur demande d'un tiers ou d'office) au 8 octobre 1991.

TABLEAU 5

### Liste des informations portant sur l'activité de soins dans les rapports annuels de secteur\*

<b>Psychiatrie générale</b>	<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>
<b>File active globale</b>	<b>File active globale</b>
File active	File active
Nbre de patients vus pour la 1 <sup>re</sup> fois au cours de l'année	Nbre de patients vus pour la 1 <sup>re</sup> fois au cours de l'année
Nbre de patients vus une seule fois au cours de l'année	Nbre de patients vus une seule fois au cours de l'année
Répartition de la file active par sexe et âge	Répartition de la file active par sexe et âge
<b>Soins ambulatoires</b>	<b>Soins ambulatoires</b>
Nbre de patients pris en charge en ambulatoire	Nbre de patients pris en charge en ambulatoire
Nbre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire	Nbre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire
CO : soins en CMP ou unité de consultation de secteur	CO : soins en CMP ou unité de consultation de secteur
SD : soins, intervention à domicile	SD : soins, intervention à domicile
SI : soins, interventions en institution substitutives au domicile	SI : soins, interventions en institution substitutives au domicile
SU : soins, intervention en unité d'hospitalisation somatique	SU : soins, intervention en unité d'hospitalisation somatique
	ME : soins et interventions en établissement médico-éducatif
	MI : soins et interventions en PMI
	MS : soins et interventions en milieu scolaire
AA : Soins ambulatoires autres	AA : soins ambulatoires autres
<b>Soins à temps partiel</b>	<b>Soins à temps partiel</b>
Nbre de patients pris en charge à temps partiel	Nbre de patients pris en charge à temps partiel
Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel	Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps partiel
NU : hospitalisation de nuit	NU : hospitalisation de nuit
JO : hospitalisation de jour	JO : hospitalisation de jour
TT : accueil, soins en atelier thérapeutique	
CA : accueil, soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	CA : accueil, soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
AJ : accueil, soins à temps partiel autre	AJ : accueil, soins à temps partiel autre
<b>Soins à temps plein</b>	<b>Soins à temps plein</b>
Nbre de patients pris en charge à temps complet	Nbre de patients pris en charge à temps complet
Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps complet	Nbre de patients exclusivement pris en charge à temps complet
Nbre de patients exclusivement pris en charge en hospitalisation à plein temps	Nbre de patients exclusivement pris en charge en hospitalisation à plein temps
PT : hospitalisation à plein temps en psychiatrie	PT : hospitalisation à plein temps en psychiatrie
PC : accueil et soins en centre de post-cure	
AT : accueil, soins en appartement thérapeutique	
PF : placement familial thérapeutique	PF : placement familial thérapeutique
HD : hospitalisation à domicile	HD : hospitalisation à domicile
AP : accueil et soins à temps complet autres	AP : accueil et soins à temps complet autres

\*Pour chaque type d'acte est relevé le nombre de patients concernés et le nombre d'actes.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alluard O., Coldefy M.**, 2005a, « Atlas régional de psychiatrie générale. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, DREES, n° 75.
- Alluard O., Coldefy M.**, 2005b, « Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, DREES, n° 76.
- Coldefy M., Bousquet F., Rotbart G.**, 2002, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, DREES, n° 163.
- Guilmin A., Parayre C., Boisguérin B., Niel X., Bonnafous E., Gallot A-M.**, 2000, « Bilan de la sectorisation psychiatrique », *Document de travail*, DREES, n° 2.
- INSEE, 1976, *Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale*, tome I: A, « Statistiques sociales ».
- INSEE, 1963, *Statistique du mouvement hospitalier. Années 1955 à 1958*.
- INSEE, 1958, *Statistique des institutions d'assistance. Années 1949 à 1954*.
- Lauzier J., Lafage D.**, 1958, « Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale (1955-1957) », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, 13, 4, 891-911.
- Sadoun R.**, 1964, « Statistiques médicales des établissements hospitaliers psychiatriques. Année 1961 », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, 19, 4, 585-627.
- Sadoun R., Quémada N., Chassagne M-M.**, 1982, *Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1978*, INSERM.

## L'actualité des sources statistiques en psychiatrie

---

Magali Coldefy\*

Plusieurs systèmes d'informations coexistent actuellement afin de décrire la prise en charge de la santé mentale au sein des établissements de santé. Ils obéissent à des objectifs différents, couvrent des champs différents et recueillent des informations de nature différente.

Quatre sont ici présentés :

- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les rapports d'activité des secteurs (RAS) de psychiatrie, qui interrogent le producteur de soins (établissement ou secteur de psychiatrie), s'intéressent plutôt aux structures de prise en charge et décrivent essentiellement l'offre proposée aux patients ;
- les enquêtes nationales sur les populations suivies en psychiatrie et le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-Psy), qui suivent une approche « patient », permettant de recueillir des données à la fois sociodémographiques et cliniques.

### **La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et la mise en place d'un bordereau d'enquête spécifique à l'activité psychiatrique<sup>1</sup>**

Mise en place en 1994, la SAE est une enquête administrative annuelle qui concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et départements d'outre-mer). Elle n'est pas spécifique à la psychiatrie, ce qui permet de comparer les données relatives à la psychiatrie à celles des autres disciplines de soins. La SAE a été refondue en 2000 pour mieux rendre compte des facteurs de production de soins et de l'arrivée du PMSI-MCO (programme de médicalisation des systèmes d'information, un recueil sur les séjours hospitaliers et les patients en médecine, chirurgie ou obstétrique), mais aussi pour harmoniser les données entre les établissements publics et privés et améliorer les délais de production et de restitution (grâce à une collecte par internet).

\* DREES.

1. Un exemple d'exploitation de ces données peut être trouvé dans l'article p. 61.

L'unité interrogée est l'établissement (entité juridique ou géographique selon le statut privé ou public de l'établissement, sa qualité mono ou pluri-établissement et son implantation dans un ou plusieurs départements, en particulier pour la psychiatrie). La SAE est issue des « déclarations administratives obligatoires » destinées à recenser et localiser les équipements et personnels – répondant ainsi aux préoccupations de l'administration centrale (organisation de l'offre de soins hospitalière). Elle obéit à un souci de constituer des séries (continuité de concept indispensable). Ses origines la rendent héritière à la fois de la carte sanitaire (au travers des items de type capacité, taux d'occupation, durée moyenne de séjour ou encore équipements lourds), mais aussi des systèmes d'information, hospitaliers essentiellement, articulés autour de la facturation (comptage des journées et des lettres clés). La SAE est commune à toutes les disciplines sanitaires mais permet, pour les données relatives à l'activité et aux équipements, de distinguer ce qui relève de la psychiatrie sectorisée ou non sectorisée, de la psychiatrie générale ou infanto-juvénile. La spécificité de la psychiatrie, son interrogation singulière dans les autres systèmes d'information et la généralisation du recueil d'information médicalisée en psychiatrie au 1<sup>er</sup> juillet 2006 (voir *infra*) ont fait apparaître la nécessité de faire évoluer certains éléments de la SAE. Ces modifications cherchent également à prendre en compte l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (suppression de la carte sanitaire et raisonnement en objectifs quantifiés de l'offre de soins), ainsi que les besoins d'indicateurs nécessaires à l'évaluation du plan Santé mentale mis en place par le ministère de la Santé pour les années 2005-2008.

En 2006, un bordereau d'enquête spécifique à l'autorisation d'activité en psychiatrie a été élaboré. C'est la première véritable évolution de la SAE touchant la prise en charge de la psychiatrie.

### ***Évolution en termes de comptage des capacités d'accueil***

Jusqu'en 2005 en effet, les données permettant de mieux connaître l'activité psychiatrique au sein des établissements de santé dans la SAE se limitaient à la collecte d'informations sur les capacités d'accueil par type de séjour, décrites de la manière suivante :

- pour les prises en charge hospitalières (type hospitalisation temps plein ou de semaine, hospitalisation de jour ou de nuit, hospitalisation à domicile [HAD]) : en nombre de lits ou places installées et de journées-lits ou journées-places exploitables (dénominateur utilisé pour le calcul des taux d'occupation),
- pour les prises en charge dans des structures extra-hospitalières (type accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de post-cure, centre de crise) : en nombre de lits ou places uniquement.

Ce comptage des capacités avait l'avantage de concerner l'ensemble des établissements de santé publics et privés ayant une autorisation d'activité en psychiatrie générale ou infanto-juvénile. En revanche, il ne donnait aucune information sur les structures ambulatoires telles que les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les ateliers thérapeutiques et les centres médico-psychologiques (CMP), structures pivots de la psychiatrie de secteur. Le bordereau spécifique à la psychiatrie mis en place pour l'année 2006 permet de combler ces lacunes, en recensant également le nombre de structures d'accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques, de CMP ouverts moins de 5 jours par semaine et de CMP ouverts 5 jours et plus par semaine.

D'autre part, jusqu'en 2005, la SAE ne faisait la distinction qu'entre psychiatrie générale et infanto-juvénile et ne permettait pas d'identifier l'activité psychiatrique en milieu pénitentiaire et l'activité intersectorielle<sup>2</sup>, en fort développement ces dernières années et très mal mesurée par les systèmes d'information actuels.

La SAE 2006 propose donc de décrire ces capacités d'accueil selon qu'elles sont affectées à des services de psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire ou encore à des dispositifs intersectoriels formalisés.

Afin de disposer chaque année du nombre effectif de secteurs de psychiatrie et de dispositifs intersectoriels et de suivre les éventuels redécoupages de secteurs, modifications de rattachement d'un secteur à un établissement de santé, la SAE 2006 interroge également les modalités de participation à la sectorisation psychiatrique.

### ***Nouvelles règles de comptage de l'activité***

Pour l'activité réalisée, l'information recueillie était limitée jusqu'en 2005 au nombre :

- de journées et d'entrées (directes et totales) en hospitalisation temps plein et de semaine,
- de venues en hospitalisation de jour et de nuit, en accueil de jour,
- de journées de prise en charge en HAD,
- de journées réalisées en accueil familial thérapeutique, en appartement thérapeutique, en centre de post-cure, en centre de crise,
- de prestations sur le lieu de vie (soins à domicile ou en institution substitutive au domicile),
- de séances de traitements et cures ambulatoires, correspondant pour la psychiatrie aux actes ambulatoires réalisés par du personnel non médical,
- de consultations et soins externes, correspondant pour la psychiatrie aux consultations médicales,
- à la file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année).

2. C'est-à-dire couvrant la population de plusieurs secteurs de psychiatrie dans l'objectif de mutualiser des moyens et prendre en charge une population ou une forme de soins spécifiques.

Dans les faits, l'information recueillie ne s'avérait exploitable que pour les données relatives à l'hospitalisation temps plein et partielle (de jour

et de nuit). Les autres données, facultatives pour la plupart jusqu'en 2000 ou aux contours mal définis, ne présentaient pas jusqu'alors une qualité permettant leur diffusion.

En 2006, comme pour la partie relative aux capacités d'accueil, il est demandé aux établissements de décliner leur activité selon qu'elle se fait dans des services de psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire ou dans le cadre de dispositifs intersectoriels.

Afin de prendre en compte la généralisation du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-Psy) et la nouvelle nomenclature des formes d'activité en lien avec l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003, les établissements devront désormais comptabiliser :

- des journées pour les prises en charge à temps complet, de type hospitalisation temps plein (y compris de semaine), placement familial thérapeutique, accueil en appartement thérapeutique, accueil en centre de post-cure, accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences, en hospitalisation à domicile (HAD) et en séjours thérapeutiques,
- des venues en hospitalisation de jour, de nuit et en accueil en CATTP et atelier thérapeutique,
- des actes, soins et interventions en CMP ou dans l'unité de consultation du secteur, à domicile, en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique (y compris les services d'urgences) et en établissement médico-social, protection maternelle infantile (PMI) ou milieu scolaire.

Les règles de comptage de ces journées, venues et actes seront, dans la SAE 2006, adaptées au recueil d'information qui se met en place (RIM-Psy) et s'avèrent homogènes avec celles des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie (voir *infra*).

Les données relatives à la file active seront également affinées, puisqu'il faudra désormais renseigner :

- la file active totale de l'établissement,
- la file active exclusivement ambulatoire,
- la file active hospitalisée à temps plein dans l'année,
- le nombre de personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an.

Ces données permettront, à partir de la SAE 2006, d'élaborer une synthèse annuelle de l'activité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et d'observer son évolution. Elles devraient contribuer à l'évaluation des effets du plan Santé mentale en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein et de réduction du nombre de personnes hospitalisées au long cours, pour lesquelles la prise en charge sanitaire s'avère inadéquate.

En revanche, la SAE n'apporte pas d'informations sur les structures médico-sociales d'accueil pour les personnes handicapées psychiques, même quand ces dernières sont rattachées à une entité juridique sanitaire. Les structures médico-sociales sont recensées par l'enquête Établissements sociaux (ES). Les deux enquêtes (SAE et ES) s'intéressant surtout aux structures, il est difficile d'avoir une approche globale de la prise en charge de la santé mentale dans sa continuité entre les structures.

Les données relatives aux modes « légaux » d'hospitalisation des patients en psychiatrie (hospitalisation libre, à la demande d'un tiers, d'office, etc.) font aujourd'hui fortement défaut dans le système d'information français. Les seules remontées actuelles proviennent de la Direction générale de la santé (DGS) via les rapports d'activité des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique (CDHP, voir *infra*). Ne portant pas sur des personnes mais sur des mesures, ces données ne permettent pas de savoir si l'augmentation du nombre de mesures correspond à une augmentation du nombre de patients. L'évolution du système d'enregistrement administratif (« HOPSY » pour les hospitalisations en psychiatrie) devrait permettre de répondre à cette question prochainement. Ces données sont également intégrées dans le nouveau bordereau de la SAE.

### ***Nouvelles données sur les personnels psychiatriques***

Jusqu'en 2005, les données sur les personnels exerçant en établissement de santé permettaient de recenser :

- les psychiatres exerçant en établissement de santé quelle que soit la discipline (en effectif pour les salariés et libéraux et équivalent temps plein pour les salariés), selon leur sexe (uniquement depuis 2000) et leur statut (hospitalo-universitaires, praticiens hospitaliers, assistants, attachés, etc.),
- les médecins selon leur statut (mais sans distinction de leur spécialité) et leur secteur (psychiatrie générale ou infanto-juvénile),
- les personnels non médicaux en équivalent temps plein (ETP) exerçant en psychiatrie générale ou infanto-juvénile.

Pour l'année 2006, des items relatifs au personnel exerçant en psychiatrie ont été placés à l'intérieur du bordereau spécifique à cette autorisation d'activité de soins, ce qui permettra de relier directement les personnels à la seule activité de psychiatrie.

Les données demandées permettront de distinguer et de comptabiliser les ETP exerçant en psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire ou dans le cadre de dispositifs intersectoriels formalisés, à savoir :

- des médecins psychiatres,
- des médecins non-psychiatres,
- des infirmiers et cadres,

- des aides-soignants,
- des psychologues,
- des personnels de rééducation (incluant masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, etc.),
- des personnels éducatifs et sociaux (éducateurs spécialisés, assistants de service social, etc.).

Au-delà de la distinction selon la nature du service de psychiatrie dans lequel les personnels exercent, il est également demandé quelle part occupent ces différentes catégories de personnels exerçant en unité d'hospitalisation temps plein. Cet indicateur fait partie de ceux demandés dans le cadre du suivi du plan Santé mentale, ainsi que des critères de bonne pratique recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de santé mentale.

L'exploitation de ces données annuelles devrait permettre de mieux suivre la façon dont les établissements répondent aux difficultés de démographie médicale et infirmière qui se posent à eux, ainsi qu'aux transferts de compétences qui se mettent ou non en place entre les différentes catégories professionnelles.

Pour le suivi et l'évaluation de la mise en place du plan Santé mentale 2005-2008, ainsi que pour améliorer la connaissance et les besoins émergents en matière de données relatives à la santé mentale, la SAE 2006 recense également :

- le nombre de conseils de secteurs,
- la participation de l'établissement à un réseau de santé mentale,
- la participation de l'établissement aux urgences de l'hôpital général,
- l'existence d'une équipe mobile spécialisée,
- l'existence d'une unité spécialisée de géro-psycho-geriatrie,
- l'existence d'une unité spécialisée de prise en charge des adolescents,
- l'existence d'une unité spécialisée dans la prise en charge des patients agités ou difficiles.

### **Les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie (RAS) et la collecte prévue en 2008<sup>3</sup>**

Les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie (RAS) sont une enquête spécifique à la psychiatrie sectorisée. L'unité interrogée est plus fine que dans la SAE puisqu'il s'agit du secteur (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire et dispositifs intersectoriels formalisés). Cela permet d'observer les spécialisations de secteurs selon la prise en charge de tel ou tel types de patients, selon les différentes modalités de prise en charge, ou à l'intérieur d'un même établissement.

3. Des exemples d'exploitation de ces données peuvent être trouvés dans les articles p. 23, p. 47 et p. 193.

Les rapports d'activité des secteurs ayant été mis en place à la fin des années 1970, les premières publications comprenant des remontées nationales sont disponibles à partir de 1985. La périodicité de recueil a varié selon les époques. Bisannuel jusqu'en 1999, le questionnaire a été refondu en 2000 suite aux travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) et du centre collaborateur de l'OMS sur l'évaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés; depuis, la collecte a été décalée. La dernière remontée date de 2003 et la prochaine est prévue en 2008 (sur l'année 2007).

### ***Collecte spécifique aux établissements ayant une activité de psychiatrie***

Dans cette prochaine collecte, les rapports d'activité seront étendus à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. L'unité interrogée restera le secteur pour les établissements participant à la psychiatrie sectorisée et sera l'établissement géographique pour les établissements non sectorisés (établissements privés, services psychiatriques de certains centres hospitalo-universitaires, etc.).

Cette collecte, spécifique aux établissements ayant une activité de psychiatrie, permettra d'avoir tous les 3 ou 4 ans des données plus détaillées sur l'organisation de la prise en charge de la santé mentale par les établissements de santé.

### ***Recueil de données sur l'organisation de la prise en charge de la santé mentale***

Les informations recueillies portent sur l'équipement, l'activité et le personnel, mais aussi sur les modalités d'accueil et d'organisation et le fonctionnement du secteur ou du service.

La partie concernant l'activité et la population suivie était jusqu'alors remplie à partir des éléments recueillis dans la fiche par patient mise en place par la Direction générale de la santé (DGS) en 1988. Elle sera dans la collecte de 2008 renseignée à partir du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-Psy, voir *infra*) mis en place au 1<sup>er</sup> juillet 2006.

Les RAS étant à l'origine spécifiquement dédiés à la psychiatrie sectorisée, l'analyse de l'organisation de la prise en charge de la maladie mentale dans ces structures y est beaucoup plus fine que dans la SAE et est plus adaptée à la spécificité de la discipline psychiatrique. Le recueil annuel de ces informations détaillées ne s'avère pas utile pour le suivi des politiques de santé, mais il est important de pouvoir décrire aussi finement ces organisations de manière périodique et de voir les évolutions qui se dessinent. De plus, les données recueillies relatives au fonctionnement réel et qualitatif de ces services (accueil des urgences, accueil hors urgence, pratiques en relation avec l'extérieur) devraient, à

l'avenir, pouvoir être mises en regard avec des données de morbidité des patients accueillis, afin de mettre en évidence des modes de fonctionnement spécifiques.

Si, comme la SAE, les RAS comptabilisent les équipements du secteur, ils vont s'intéresser également à leur localisation intra ou extra-hospitalière, à leurs jours et horaires d'ouverture, abordant ainsi les notions d'ouverture vers l'extérieur, d'intégration dans la communauté et d'accessibilité pour le patient. Les notions de distance et les conditions d'accueil hôtelier sont également abordées dans le questionnaire.

La nomenclature de personnel utilisé dans les RAS est elle aussi davantage adaptée à la discipline psychiatrique, certaines catégories de personnel soignant étant davantage détaillées que dans la SAE. Sont notamment pris en compte les moniteurs éducateurs, les aides-médico-psychologiques, etc. La part du personnel exerçant en unité d'hospitalisation temps plein est également demandée.

Enfin, depuis 2000, et avec la prise de conscience des difficultés de recrutement de postes médicaux ou infirmiers, les nombres de postes vacants depuis plus d'un an sont également recueillis, de même que l'investissement engagé par les équipes de secteur en matière de formation et de recherche.

### ***Meilleure prise en compte de l'activité***

L'activité décrite dans les RAS est différente de celle comptabilisée dans la SAE. La notion de file active (nombre de patients vus une seule fois dans l'année) ainsi que le décompte en nombre de patients (et non seulement en nombre de séjours) correspondent mieux à la réalité de la prise en charge psychiatrique. Un même patient va en effet recourir à différentes modalités de prise en charge proposées par le secteur (à temps complet, à temps partiel, en ambulatoire) et va souvent avoir plusieurs recours dans l'année pour une même prise en charge. La mesure de l'activité dans les RAS est adaptée à cette pratique de soins. En plus du nombre de patients et de journées de prise en charge dans les différentes modalités de soins, les RAS recueillent :

- le nombre de primo-consultants dans l'année,
- le nombre de patients vus une seule fois dans l'année,
- le nombre de patients présents en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an.

Les RAS fournissent aussi des informations sur la répartition par sexe et par âge de la file active, permettant ainsi de suivre l'évolution des patients pris en charge (par exemple la prise en charge des adolescents et des très jeunes enfants).

Comme dans la nouvelle SAE, les RAS recueillent depuis 2003 des données sur le nombre de patients et de journées de prise en charge selon les différents modes légaux d'hospitalisation.

Dans les RAS, le nombre de patients pris en charge « exclusivement » sur tel ou tel mode (ambulatoire, temps partiel, temps complet) est également collecté, permettant ainsi de suivre la diversification des modalités de prise en charge proposées à un même patient.

Certaines modalités de prise en charge sont aussi plus détaillées : c'est le cas des soins et interventions aux urgences de l'hôpital général, des soins et interventions en établissement médico-social, en protection maternelle infantile (PMI) et en milieu scolaire pour les enfants. Des questionnements spécifiques sont prévus pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire : entretien d'accueil pour les nouveaux arrivants en détention, soins ou interventions au quartier disciplinaire, dans d'autres établissements pénitentiaires que celui d'implantation du service médico-psychologique régional (SMPR).

### ***Description de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles***

Mais le principal enrichissement des rapports d'activité depuis 2000 tient à la description de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles, grâce à un questionnaire adapté au type de secteur et aux populations traitées.

Plusieurs aspects sont ainsi abordés de manière qualitative, permettant de mettre en évidence des pratiques et modes de fonctionnement différents selon les secteurs :

- Pour l'accueil hors urgence : l'existence d'une permanence téléphonique 24 heures sur 24, le type de professionnel qui reçoit le patient lors de sa première demande de soins, l'existence d'une liste d'attente et le délai minimum pour un premier rendez-vous, les possibilités d'hospitalisation le jour même, les échanges avec les autres secteurs ou établissements en cas de manque de lits, etc.
- Pour l'accueil en urgence : l'existence d'un dispositif de réponse à l'urgence au sein du secteur, son mode de fonctionnement autonome ou *via* un dispositif intersectoriel, le type d'interventions réalisées, la participation aux urgences de l'hôpital général, etc.
- Pour la prise en charge des personnes dans le secteur : le fonctionnement des médecins, la notion d'infirmiers référents pour un patient, l'existence d'une unité d'hospitalisation fermée et son fonctionnement, la pratique de l'isolement, les transferts de patients, la gestion des situations de violence, les tentatives de suicides sur les lieux de soins, les prises en charge spécifiques pour l'accueil mère enfant, pour les adolescents, etc.
- Pour la psychiatrie de liaison : où se fait-elle, sur quel mode, quel personnel est consacré à cette activité ?

– Pour les réseaux et interventions dans la communauté: conventions passées avec des établissements de santé, des établissements médico-sociaux ou sociaux, des organismes de formation ou de réinsertion; les interventions en milieu pénitentiaire; les pratiques en relation avec des intervenants extérieurs au secteur (médecins généralistes, psychiatres libéraux); la représentation des associations d'usagers et de familles dans le fonctionnement du secteur; les interventions dans la communauté, etc.

### *Des questionnaires mieux adaptés*

Les questionnaires relatifs aux dispositifs intersectoriels sont très simplifiés jusqu'en 2003 et ne comptabilisent que les équipements, les personnels et l'activité, de manière très succincte et inadaptée à l'importance qu'ont pris ces dispositifs dans la prise en charge de la santé mentale dans les établissements de santé depuis la fin des années 1990. Le questionnaire sera totalement revu pour la collecte des rapports 2008, sur le modèle de celui des secteurs « ordinaires » (de psychiatrie générale ou infanto-juvénile).

Si nombre des aspects abordés dans ce questionnaire restent très spécifiques à la psychiatrie sectorisée et à la variété des modalités de prises en charge recensées (de la prévention, en passant par les soins et la réinsertion), il est important de connaître précisément les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements non sectorisés, aspects non abordés dans la SAE (d'où le souhait d'étendre le questionnaire à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie). L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003, à travers l'article L. 3221-1 du Code de la santé publique, invite d'ailleurs les établissements de santé non sectorisés à participer, dans le cadre des territoires de santé, à la lutte contre les maladies mentales, via des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

## **Le RIM-Psy: vers une meilleure connaissance des patients<sup>4</sup>**

Les deux enquêtes décrites ci-dessus, la SAE et les rapports d'activité de secteurs (RAS), s'intéressent plutôt aux structures de prise en charge et décrivent essentiellement l'offre proposée aux patients, l'activité réalisée étant mesurée de manière essentiellement quantitative en nombre de patients, de journées et d'actes. Peu d'informations sont donc collectées sur les patients, exceptée la répartition par sexe et âge de la file active. Qu'en est-il des caractéristiques sociales et morbides de la population qui recourt aux établissements de santé ayant une activité en psychiatrie?

4. Des exemples d'exploitation de ces données peuvent être trouvés dans les articles p. 183, p. 233 et p. 283.

**Avant le RIM-Psy: la fiche par patient et ses remontées via les coupes transversales (voir les articles p. 145, p. 173 et p. 223)**

Jusqu'en 2003, les RAS étaient alimentés par les données provenant de la fiche par patient, mise en place dans les établissements sectorisés. Les données remontées ne concernaient donc qu'une partie de cette fiche, laquelle contient également des données sociodémographiques et cliniques sur chaque patient vu dans l'année par le secteur.

Ces données à caractère social et clinique sont conservées au sein de chaque établissement et secteur. Elles ont fait l'objet de plusieurs remontées ponctuelles de la part du ministère, en collaboration avec l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et le centre collaborateur de l'OMS: en 1988 et 1996 pour la psychiatrie infanto-juvénile et en 1993 et 1998 pour la psychiatrie générale. Les secteurs ou établissements interrogés devaient alors faire remonter les données sociodémographiques et cliniques des patients vus un jour donné à temps complet, une semaine donnée à temps partiel et deux semaines données pour les prises en charge ambulatoires, offrant ainsi une « coupe transversale » de la population suivie en psychiatrie à une date donnée.

Cette enquête a été renouvelée en 2003, selon la même méthodologie, par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), en collaboration avec le Groupe français d'épidémiologie psychiatrique (GFEP). Cette enquête exhaustive auprès des établissements publics et privés, sectorisés ou pas, ayant une activité de psychiatrie générale ou infanto-juvénile<sup>5</sup> a cependant rencontré d'importantes difficultés de collecte qui ont retardé son exploitation (voir p. 146).

Les données disponibles dans ces différentes coupes transversales offrent donc des informations périodiques sur les patients présents un jour donné, pris en charge à temps complet, une semaine pour le temps partiel et deux semaines pour l'ambulatoire. Ces données ne sont cependant pas extrapolables à la file active annuelle suivie dans les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie: l'observation transversale tend en effet à surreprésenter les patients aux pathologies les plus lourdes, la fréquence de leur prise en charge augmentant leur probabilité d'être présent le jour d'enquête.

Les données recueillies dans ces enquêtes nationales fournissent donc des informations sur:

- le sexe et l'âge des patients,
- les catégories diagnostiques,
- la situation familiale,
- les conditions de logement ou l'absence de domicile,
- le mode de vie (seul, en couple, chez un parent, etc.),
- les allocations de ressources (allocation pour adultes handicapés, revenu minimum d'insertion, etc.),
- l'activité professionnelle,

5. Comme en 1996, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), structures médico-sociales accueillant principalement des enfants souffrant de troubles psychiques, ont été également intégrés à l'enquête.

- l'année approximative du premier contact avec la psychiatrie,
- les éventuelles tentatives de suicide dans l'année précédant l'enquête.

Ces informations sont disponibles par nature de prise en charge et par catégorie d'établissement. Elles permettent de mieux connaître les populations prises en charge en psychiatrie, de suivre leur évolution dans le temps (modification de la structure clinique ou sociale de la population suivie), mais aussi de comparer les populations prises en charge par les différentes catégories d'établissements (publics ou privés) et de mettre en évidence la spécialisation de certains établissements ou secteurs dans la prise en charge de certains types de patients (voir l'article p. 145).

Ces données n'étaient jusqu'en 2006 pas disponibles en routine pour l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. Ce type d'enquête s'avère lourd à gérer pour les établissements car il entraîne une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes, ce qui peut compromettre la qualité de l'enquête.

Ce type d'enquête n'est pas nécessaire en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), du fait de la mise en place plus ancienne du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'informations)-MCO qui fournit des données sur les séjours hospitaliers, les pathologies traitées, le type d'actes réalisés, les caractéristiques de sexe et d'âge des patients, ainsi que sur leur origine géographique.

En psychiatrie, un tel recueil a été difficile à mettre en place : c'est seulement l'arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité de psychiatrie qui généralise un tel recueil.

Auparavant en effet, la fiche par patient mise en place par la DGS en 1988 ne concernait que la psychiatrie sectorisée. Au début des années 1990, lorsque les premiers travaux sur l'élaboration d'un PMSI en psychiatrie ont débuté, la psychiatrie devait, comme les établissements fournisseurs de soins médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux, pouvoir bénéficier d'une évaluation médico-économique de son activité ayant des conséquences sur le financement de la discipline. À l'issue de différents travaux, le recueil PMSI a été expérimenté en 2002 dans quatre régions (Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Réunion) et dans certains établissements volontaires d'autres régions.

Cette expérimentation a été complétée en juin 2004, par un recueil des actes médico-soignants et médico-techniques et des consommations médicamenteuses. Cette collecte a permis d'étudier les coûts directement affectables à la prise en charge du patient. Il n'a en revanche pas été possible de mesurer la capacité de la classification médico-écono-

mique des groupes homogènes de journées, ainsi que celle de chacune des variables recueillies, à expliquer les coûts de prise en charge.

Face à ce constat, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis fin en septembre 2005 à l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie et a affirmé la nécessité de généraliser un recueil d'information médicalisé et standardisé en psychiatrie, pour explorer de nouvelles pistes de financement de l'activité en psychiatrie, sur un modèle pluraliste<sup>6</sup>.

### **Mise en place du RIM-Psy par l'arrêté du 29 juin 2006**

L'arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité de psychiatrie, à application immédiate, a donc mis en place le RIM-Psy. Cet arrêté précise les informations qui seront transmises aux services de l'État et viendront alimenter à partir de 2008 les données disponibles au niveau national sur les populations suivies en psychiatrie.

Les résumés par séquence (RPS) pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel et les résumés d'activité ambulatoire (RAA) qui seront remontés chaque trimestre auprès de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) permettront de disposer en routine des informations suivantes :

- âge et sexe du patient,
- code de résidence,
- durée de séjour (et de séquence) pour le temps complet et temps partiel,
- nature de la prise en charge,
- mode d'entrée et de sortie du séjour,
- mode légal de séjour en hospitalisation,
- indicateurs de sortie d'essai,
- nombre de jours d'isolement thérapeutique,
- diagnostics ou motifs de prise en charge principal et associés (codés en CIM-10), le cas échéant,
- la dépendance aux activités de la vie quotidienne,
- l'indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire, pour les actes ambulatoires, le lieu de l'acte, la catégorie professionnelle des intervenants, la nature de l'acte.

Ces données seront disponibles par établissement ou secteur de psychiatrie et pourront donc être mises en regard avec des données disponibles par ailleurs sur ces structures (voir ci-dessus). Un identifiant permanent du patient permettra de faire le lien entre les différents séjours et actes reçus par un même individu, et ainsi, de suivre sa trajectoire de soins à l'intérieur de l'établissement. Le code de résidence permettra de réaliser des études relatives à l'attraction ou zone de desserte des

**6.** Les éléments participant au modèle de financement à l'étude sont : une part tarifification à l'activité, une part dévolue aux missions d'intérêt général, une part de part de financement des coûts spécifiques, une part proportionnelle aux spécificités de la population desservie, un financement particulier des médicaments coûteux.

hôpitaux, de mesurer beaucoup mieux le phénomène des patients « hors secteur » et donc d'enrichir les réflexions en matière de territoires de santé. Le RIM-Psy représente un enrichissement considérable des sources d'informations en psychiatrie, comblant ainsi le manque de connaissance sur les populations suivies et leur évolution clinique. Les évolutions relatives aux prises en charge de telle ou telle pathologie seront également mieux observées.

Ces données constituent aussi un outil important d'aide à la décision au niveau de la planification régionale, mais aussi au niveau des établissements (voir l'article p. 283).

### ***Recueil de données à caractère social***

Le recueil minimum obligatoire des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie comprend également des données à caractère social, mais ces dernières ne nécessitent pas de remontées annuelles au niveau national. Elles feront l'objet de demandes ponctuelles de transmissions de la part de la DREES afin d'étudier l'évolution sociodémographique de la population suivie, ainsi que les différences qui peuvent exister entre établissements selon les types de populations prises en charge. Ces données ressemblent fortement à ce qui était autrefois demandé sur le recto de la fiche par patient et faisait l'objet de remontée lors des « coupes transversales », tout en étant actualisées.

Ces données permettront ainsi de connaître périodiquement :

- la nature du domicile du patient (stabilité, précarité, problèmes spécifiques des patients hospitalisés au long cours, etc.),
- le mode de vie,
- la situation scolaire et professionnelle,
- les prestations sociales ou liées à un handicap,
- la responsabilité légale et la nature de la protection.

Ces items seront donc intégrés au recueil minimum obligatoire effectué par les établissements de santé pour chaque patient, en homogénéisant et standardisant l'information collectée, déjà disponible dans le dossier médical du patient. Ils pourront donc facilement être extraits, ce qui évitera une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes, comme cela était le cas pour les enquêtes nationales sur les populations suivies en psychiatrie. Cela améliorera également la qualité des données recueillies et devrait permettre, à terme, d'exploiter et de diffuser plus rapidement les résultats.

Par leurs approches complémentaires, en termes d'offre, de prise en charge et de patientèle, la SAE, les RAS et le RIM-Psy qui se met en place, permettent donc de couvrir plus globalement l'activité psychiatrique. C'est un grand pas dans l'amélioration de la connaissance de cette discipline et des populations qu'elle prend en charge. Il reste cer-

tes encore de nombreux aspects non abordés. Il s'agit notamment des questions d'entrée dans le système de soins, des relations avec les soins de ville, des relations avec le champ médico-social qui se situe à la fois en amont, en aval et parallèlement à la prise en charge psychiatrique.



## Le PMSI en psychiatrie : un exemple d'utilisation dans le cadre d'un projet interétablissement

---

**Christophe Schmitt\*, Vincent Robert\*\*, Pascal Sacha\*\*\*, Sylvie Hottier\*\*\***

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est un outil médico-économique d'analyse de l'activité de court séjour des établissements de soins (encadré 1). Après avoir été appliqué aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le PMSI a été expérimenté sur les activités de psychiatrie en 2002 dans quatre régions : Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Réunion, ainsi que dans une centaine d'établissements volontaires.

Dès le départ, cette expérimentation a visé deux objectifs : mettre en place un recueil d'activité médicalisé spécifique pour la psychiatrie et rechercher un modèle de financement à partir des données recueillies. Cette expérimentation n'ayant pas permis de dégager des modèles de financement pour l'activité en psychiatrie à partir d'une constitution de groupes homogènes de journées, le PMSI-Psychiatrie a été abandonné en septembre 2005.

En revanche, un recueil d'information médicalisé en psychiatrie a été mis en place (RIM-Psy, version simplifiée du PMSI expérimental) afin de répondre au premier objectif des différents PMSI, à savoir la meilleure connaissance de l'activité des établissements. Dans les établissements où elle a été mise en place, l'expérimentation du PMSI-Psychiatrie a permis de redonner un nouvel élan à la production des données concernant l'activité en psychiatrie. La présente étude a été réalisée par les départements d'information médicale (DIM) de deux établissements expérimentateurs pour la région Lorraine. Elle illustre la manière dont on peut utiliser des données relatives à l'activité en psychiatrie pour élaborer des projets médicaux dans le cadre d'un projet interétablissements.

\* Médecin  
départemental  
d'information médicale  
du CHS  
de Jury-lès-Metz.

\*\* Médecin  
départemental  
d'information médicale  
du CHR de Thionville.

\*\*\* Département  
d'information médicale  
du CHS  
de Jury-lès-Metz.

## ENCADRÉ 1

**Le PMSI : grands principes, objectifs et expérimentations**

La connaissance de l'activité des établissements permet notamment d'améliorer le fonctionnement interne de l'établissement, d'évaluer des activités et la qualité des soins et ainsi, de faire des prévisions. Le PMSI a aussi pour objectif de nourrir un dialogue constructif entre les établissements de santé, les tutelles et l'ensemble des partenaires du système hospitalier<sup>1</sup>. Parce qu'il permet d'établir un lien entre des caractéristiques relatives à chaque patient et le coût de sa prise en charge, ce dispositif est le fondement d'une analyse médicalisée des budgets hospitaliers. Il répond ainsi aux objectifs des ordonnances du 24 avril 1996 (réduction des inégalités de ressources entre établissements de santé, entre départements et entre régions).

En 1991 (à la suite de la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière), le PMSI a d'abord été appliqué aux activités de court séjour (MCO – médecine, chirurgie, obstétrique) puis étendu entre 1998 et 2003<sup>2</sup> aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et, plus récemment en 2005, à l'hospitalisation à domicile (HAD). Si l'objectif et les grands principes du PMSI sont les mêmes, à savoir « l'analyse de l'activité des établissements de soins à des fins de réduction des inégalités budgétaires », la classification et le mode de recueil des informations ont été choisis en fonction des caractères spécifiques de chaque discipline. Il en va de même pour le PMSI-Psychiatrie.

L'utilisation des informations recueillies dans le PMSI pour déterminer les budgets des établissements n'a été effective dans les disciplines de MCO qu'à partir de 1997. Auparavant, le financement des établissements se faisait à la journée, indépendamment des données du PMSI. L'exploitation de ces informations à des fins de réallocation budgétaire avait été expérimentée en Languedoc-Roussillon en 1994, puis sur l'ensemble du territoire durant la campagne budgétaire 1995-1996<sup>3</sup>. Ces deux expériences ont montré que le PMSI s'inscrivait « au premier rang des améliorations techniques susceptibles d'infléchir les conditions d'allocation de ressources aux établissements dans le sens d'une plus grande équité en même temps que d'une incitation à l'efficacité », fournissant un éclairage sur les inégalités infra-régionales.

De 1996 à 2005, le montant du budget de chaque établissement est fixé en tenant compte de son activité et des coûts, comparés à ceux des autres établissements de la région et de la France entière, à travers l'utilisation d'une échelle de pondération, révisée chaque année, qui permet d'affecter à chaque groupe homogène de malades (GHM en MCO) ou groupe homogène de journée (GHJ en SSR) un poids différent et de créditer chaque séjour d'un certain nombre de points, en fonction du GHM dans lequel il est affecté. Cette échelle de pondération, qui existe en MCO depuis 1994, est en cours d'élaboration en SSR.

En 2005, la réforme du financement des établissements de santé par l'instauration d'une tarification à l'activité, notamment appréciée au travers des informations du PMSI, conduit à considérer le recueil d'unité médicale (RUM) comme l'un des supports de la tarification.

1. Circulaire DH/PMSI n° 303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du PMSI et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics.

2. 1998 pour les établissements publics ou privés participant au service public hospitalier et 2003 pour les autres établissements privés.

3. Circulaire DH/PMSI n° 96-495 du 6 août 1996 relative aux conditions d'utilisation des données issues du PMSI pour la fixation des budgets 1997 des établissements de santé publics et privés sous dotation globale.

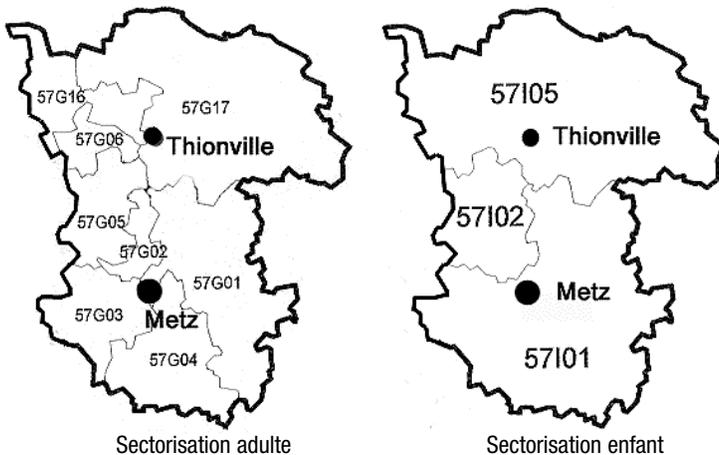
Si le caractère expérimental du PMSI en psychiatrie a engendré certaines difficultés<sup>1</sup>, la qualité des données s'est améliorée au sein des deux établissements. L'implication croissante des acteurs de terrains dans l'expérimentation s'est traduite par des demandes de plus en plus importantes concernant l'exploitation statistique des données produites. En 2005, lors de l'élaboration du projet d'établissement, les médecins des départements d'information médicale (DIM) en charge du codage ont été sollicités pour en alimenter la réflexion et l'élaboration.

## Contexte local du projet interétablissements

L'établissement de Jury-lès-Metz, localisé à Metz, recouvre six secteurs de psychiatrie adulte et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile<sup>2</sup> (voir cartes). Quatre secteurs de psychiatrie desservent l'agglomération messine (57G01, 57G02, 57G03, 57G04). Deux secteurs desservent des communes situées entre Metz et Thionville (57G05 et 57G06), formant une fédération, dénommée « fédération 56 » dirigée par un seul chef de service. Thionville et les environs regroupent deux secteurs de psychiatrie adulte (57G16 et 57G17) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

CARTE 1

### La sectorisation de la Moselle Nord-Ouest



1. Du fait de logiques différentes entre le PMSI et la Statistique annuelle des établissements (SAE), de la difficulté à définir une frontière entre les actes de groupe et l'activité des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), de problèmes d'exhaustivité pour le recueil des diagnostics, etc.

2. Il existe également des activités intersectorielles : urgences, addictions, psycho-gériatrie, patients gravement déficitaires.

Contrairement aux secteurs de Jury-lès-Metz qui dépendent d'un établissement spécialisé, les secteurs de Thionville dépendent d'un hôpital général. Les agglomérations de Metz et de Thionville sont distantes de 30 kilomètres.

Depuis longtemps, des patients résidant sur les secteurs de Thionville sont pris en charge au centre hospitalier spécialisé (CHS) de Jury-lès-Metz et réciproquement certains patients résidant dans les secteurs 57G05 et 57G06 sont traités à l'hôpital général de Thionville. Cela s'explique par le manque de places pour les patients originaires de Thionville et inversement par la proximité géographique de Thionville pour certains patients originaires des secteurs 57G05 et 57G06. Par ailleurs, les hospitalisations d'office ne sont prises en charge que par le CHS de Jury-lès-Metz.

Ces « échanges » de patients ont parfois été source de friction entre les deux communautés médicales. Mais depuis les années 2000, des réunions de concertation ont permis d'élaborer une réflexion globale sur les problématiques rencontrées.

Début 2006, la direction du centre hospitalier régional (CHR) de Thionville a envisagé de construire un nouveau bâtiment dédié à l'hospitalisation psychiatrique. En concertation avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), les établissements de Jury-lès-Metz et de Thionville se sont réunis afin de définir un projet territorial d'offre de soins psychiatriques pour la Moselle Nord-Ouest.

Dans un premier temps, la réflexion a concerné les secteurs de psychiatrie adulte – les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile seront associés dans un second temps.

Au total, quatre secteurs de psychiatrie sont impliqués dans ce projet :  
– les secteurs 57G05 et 57G06 (fédération 56) pour Jury-lès-Metz,  
– les secteurs 57G16 et 57G17 pour Thionville.

### ***Mise en place d'un comité de pilotage***

Un comité de pilotage réunissant directeurs, responsables médicaux, infirmiers et un médecin inspecteur de santé publique a été constitué. Lors de la première réunion, il s'est avéré nécessaire de disposer de données chiffrées concernant les activités respectives des secteurs. Les départements d'information médicale (DIM) ont donc été sollicités et une réflexion commune a été menée pour identifier les données nécessaires et élaborer une trame commune. Parallèlement, des acteurs de terrains (médecins, cadres de santé, infirmiers, etc.) se sont rencontrés afin d'échanger sur leurs pratiques respectives et de préparer les réunions du comité de pilotage.

Lors de la première réunion du comité de pilotage, plusieurs objectifs ont été fixés :

- dimensionner l'offre de soins aux besoins de la population, en particulier en ce qui concerne le nombre de lits d'hospitalisation,
- répartir cette offre de soins entre les deux établissements,
- mieux définir les filières de soins,
- développer des complémentarités entre les secteurs.

## Données descriptives de secteurs

Les profils des deux ensembles formés par les secteurs rattachés au CHR de Thionville et ceux de la fédération 56 sont assez différents.

La fédération 56 couvre une population plus faible et son activité est plus orientée vers l'hospitalisation complète (tableau 1). Sur la région de Thionville, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) complète le dispositif.

TABLEAU 1

### Caractéristiques des secteurs

Secteurs	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)		CHR de Thionville	
	57G05	57G06	57G16	57G17
<b>Population générale des secteurs</b>	60 828 hab.	58 222 hab.	73 633 hab.	87 996 hab.
<b>Total</b>	119 050 hab.		161 629 hab.	
<b>Personnels médicaux et non médicaux (en équivalent temps plein, ETP)</b>				
- Psychiatres	- 4 ETP +2 internes		- 4,8 ETP +2 internes	
- Infirmiers	- 42,1 ETP pour 3 unités d'hospitalisation +12,5 ETP pour l'activité ambulatoire		- 28,1 ETP pour 2 unités d'hospitalisation +17,2 ETP pour l'activité ambulatoire	
- Aides-soignants	- 6,8 ETP		- 12,25 ETP	
- Psychologue	- 1 ETP		- 1 ETP	
<b>Structures existantes</b>				
- Nombre de lits d'hospitalisation temps plein	- 33 lits (sur deux unités fonctionnelles)	- 20 lits (sur une unité fonctionnelle)	- 22 lits sur une unité fonctionnelle	- 22 lits sur une unité fonctionnelle
- Nombre de CMP (centre médico-psychologique)	- 1 CMP et une antenne CMP	- 1 CMP	- 1 CMP et une antenne CMP	- 1 CMP et deux antennes CMP
- Nombre de CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)			- 1 CATTP intersectoriel	- 1 CATTP intersectoriel
Il n'existe pas d'hôpital de jour pour l'ensemble des secteurs.				

### Données d'activité

La file active des deux secteurs de Thionville est significativement plus importante que celle des deux secteurs dépendant de Jury-lès-Metz (tableau 2). Cela s'explique par deux raisons :

- la population des deux secteurs de Thionville est plus importante,
- la part importante de la file active à Thionville provient de l'activité de liaison aux urgences, comme en témoigne le nombre important de patients qui y sont vus une seule fois.

Les femmes représentent un pourcentage plus important dans la file active de Thionville. La moyenne d'âge des patients y est plus élevée et la tranche d'âge des 65 à 84 ans y est plus importante.

Le pourcentage de patients bénéficiant de l'allocation pour adultes handicapés (AAH) et du revenu minimum d'insertion (RMI) est plus important dans les secteurs dépendant de Jury-lès-Metz, de même que les patients

TABLEAU 2

## File active globale (intra et extra hospitalière) en 2005

	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)	CHR de Thionville
Nombre de nouveaux patients	1 268	2 498
Dont vus une seule fois	101	1 055
<b>Répartition par sexe</b>		
Hommes	50,16 %	41,90 %
Femmes	49,84 %	58,10 %
Âge moyen	37,4 ans	43,8 ans
<b>Répartition par tranches d'âge</b>		
Moins de 15 ans	0,08 %	-
15 à 19 ans	5,05 %	2,60 %
20 à 24 ans	7,41 %	7,20 %
25 à 44 ans	48,58 %	42,60 %
45 à 64 ans	30,21 %	34,70 %
65 à 84 ans	7,65 %	12,00 %
Plus de 84 ans	1,03 %	0,80 %
<b>Répartition par ressources</b>		
AES	0,00 %	0,00 %
AAH	21,14 %	8,80 %
RMI	10,33 %	4,70 %
Invalidité	4,73 %	5,40 %
Autres prestations	3,39 %	3,90 %
Sans ressources	2,13 %	-
<b>Pathologies (diagnostic longitudinal)</b>		
F00 - F09 Troubles mentaux organiques		
Nombre de patients (1,57 %)		
F10 - F19 Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives	26 (2,05 %)	33 (2,20 %)
Nombre de patients (5,07 %)		
F20 - F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	72 (5,68 %)	119 (7,90 %)
Nombre de patients (18,67 %)		
F30 - F39 Troubles de l'humeur [affectifs]	337 (26,58 %)	366 (24,30 %)
Nombre de patients (13,14 %)		
F40 - F49 Troubles névrotiques	179 (14,12 %)	316 (21,00 %)
Nombre de patients (20,13 %)		
F50 - F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques	468 (36,91 %)	290 (19,30 %)
Nombre de patients (0,77 %)		
F60 - F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	4 (0,32 %)	25 (1,70 %)
Nombre de patients (10,28 %)		
F70 - F79 Retard mental	77 (6,07 %)	310 (20,60 %)
Nombre de patients (2,52 %)		
F80 - F89 Troubles du développement psychologique	56 (4,42 %)	39 (2,60 %)
Nombre de patients (0,27 %)		
F90 - F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels de l'enfance et l'adolescence	5 (0,39 %)	5 (0,30 %)
Nombre de patients (0,35 %)		
F99 Trouble mental, sans précision	13 (1,03 %)	0 (0,00 %)
Nombre de patients (0,11 %)		
Z0 - Bilans	4 (0,32 %)	0 (0,00 %)
Nombre de patients (0,05 %)		
Non renseigné	0 (0,00 %)	2 (0,10 %)
Nombre de patients (27,08 %)	27 (2,13 %)	993 (39,75 %)

bénéficiant d'une mesure de protection (curatelle ou tutelle). Il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne les modes de vie.

Pour la cotation des diagnostics, on constate un fort taux de non réponse sur Thionville, qui s'explique par le nombre important de patients vus une seule fois aux urgences.

Si les patients psychotiques représentent un quart des files actives de l'ensemble des secteurs, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité et du comportement représentent une proportion plus importante de patients à Thionville, tandis que les troubles névrotiques représentent une part plus importante de patients sur Jury-lès-Metz. Il est possible qu'une partie de ces différences s'expliquent par des habitudes de cotations différentes dans les deux établissements. Les diagnostics des patients pris en charge dans les deux établissements diffèrent quelque peu.

### **Hospitalisation**

Pour l'hospitalisation temps plein, le nombre de séjours est difficilement comparable, les secteurs dépendants de Jury-lès-Metz ayant une pratique très importante d'hospitalisation dite séquentielle (hospitalisation programmée de courte durée). Toutefois, les taux d'occupation moyen dans les deux établissements sont très élevés (proche de 90%), ce qui entraîne un manque de place chronique et une gestion complexe en terme de lits. Une étude sur les hospitalisations hors des secteurs d'origine a montré que les flux de Thionville vers les autres établissements étaient plus importants que les flux inverses. Le nombre de lits par millier d'habitants pour Thionville est de 0,28 (moyenne française : 0,98). Quant au nombre de lits pour Jury-lès-Metz, il est de 0,44. On constate donc un sous-dimensionnement de l'offre de lits d'hospitalisation à temps complet comparativement à la moyenne française, plus prononcée à Thionville.

La durée moyenne de séjour peut paraître beaucoup plus courte pour la fédération 56, mais elle s'explique en partie par les hospitalisations séquentielles (tableau 3). Rapportée aux patients, la durée moyenne de séjour annuelle s'y révèle plus longue.

Pour les hospitalisations sans consentement, hors hospitalisations d'office (HO), on constate que les prises en charge en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) sont plus nombreuses à Jury-lès-Metz qu'à Thionville.

La répartition par mode d'entrée confirme qu'un nombre très important de patients hospitalisés à Thionville proviennent des urgences.

La répartition par mode de sortie montre que l'influence de la pratique des hospitalisations séquentielles se mesure par le nombre très important de sorties temporaires.

TABLEAU 3

**Hospitalisation en 2005**

	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)	CHR de Thionville
<b>Hospitalisation temps plein</b>		
Nombre de patients	356	409
Nombre de séjours	1608	632
Nombre de jours	19030	14376
Durée moyenne de séjour (DMS)	11,8	22,7
Durée moyenne par patient	53,4	35,1
<b>Répartition par modes d'hospitalisation</b>		
Hospitalisation libre (HL)		
Séjours	954	422
Journées	8964	10068
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)		
Séjours	504	205
Journées	7801	4307
Hospitalisation d'office (HO)		
Séjours	33	-
Journées	863	-
Ordonnances provisoires de placement (OPP)		
Séjours	46	-
Journées	407	-
<b>Répartition par modes d'entrée : en provenance d'un service de...</b>		
MCO (1,56 %)	9 (0,56 %)	26 (4,11 %)
Psychiatrie (10,36 %)	123 (7,65 %)	109 (17,25 %)
Urgences (14,82 %)	81 (5,04 %)	251 (40,70 %)
Médico-social (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
Long séjour (0,22 %)	5 (0,31 %)	0 (0,00 %)
Du domicile (68,93 %)	1323 (82,28 %)	221 (34,97 %)
Total (100,00 %)	1608 (100,00 %)	632 (100,00 %)
<b>Répartition par modes de sortie</b>		
Mutation (7,68 %)	100 (6,22 %)	72 (11,39 %)
Transfert (2,95 %)	30 (1,87 %)	36 (5,70 %)
Essai (3,17 %)	62 (3,86 %)	9 (1,50 %)
Temporaire (51,38 %)	1126 (70,02 %)	25 (4,10 %)
Définitive (29,24 %)	214 (13,31 %)	441 (69,78 %)
Sans autorisation (1,03 %)	6 (0,37 %)	17 (2,80 %)
Décès (0,09 %)	2 (0,12 %)	0 (0,00 %)
Total (100,00 %)	1608 (100,00 %)	632 (100,00 %)

**Prise en charge en ambulatoire**

La file active ambulatoire est deux fois plus importante à Thionville (tableau 4). Cela est dû essentiellement à l'activité aux urgences du CHR de Thionville.

L'activité ambulatoire est décrite en dehors des réunions et des groupes. L'activité CATTP et « groupe » est difficilement comparable entre les secteurs de Thionville et la fédération 56. La logique de cotation est différente entre ces deux entités, Thionville comptabilisant son activité de CATTP exclusivement en groupe, ce qui n'est pas le cas dans la fédération 56. Les modalités de prise en charge de « groupe » sont également disparates. Pour ces raisons, nous avons donc écarté ce type d'activité de cette analyse.

Les entretiens avec soins physiques n'ont pas été individualisés dans la fédération 56. Le nombre d'actes est donc logiquement supérieur à Thionville. Le nombre d'actes par patients est en revanche doublé pour la fédération 56.

Une différence notable mérite d'être soulignée. L'activité médicale de consultation est plus importante sur les secteurs de Thionville, alors que le nombre de médecins est presque identique à celui de la fédération 56. Cela résulte d'une politique de service qui, pour la fédération 56, installe les infirmiers en première ligne dans le dispositif de prise en charge ambulatoire et positionne le médecin généraliste traitant comme pivot de la prise en charge médicale des patients psychotiques chroniques. Dans cette configuration, l'activité infirmière est inversement proportionnelle. Le nombre d'infirmiers qui se consacre à l'activité ambulatoire est, pourtant, sur le papier quasi identique (5 ETP d'infirmiers sur 17 dans les secteurs de Thionville sont affectés au CATTP).

L'activité des psychologues est plus élevée dans les secteurs de Thionville que dans les secteurs de la fédération 56.

TABLEAU 4

### Les prises en charge en ambulatoire en 2005

	CHS de Jury-lès-Metz (fédération 56)	CHR de Thionville
<b>File active ambulatoire</b>		
Nombre de patients	1 107	2 405
<b>Activité suivant la grille EDGAR (1)</b>		
Entretien	11 263	13 098
Entretien + soins physique	0	2 214
Démarche sans déplacement	1 160	628
Démarche avec déplacement	440	144
Accompagnement	322	112
Total	13 685	16 196
Densité des actes	12,36	6,73
<b>Activité suivant la grille MIRAPEX (2)</b>		
<i>Activité médicale de consultation</i>		
Entretien (consultation)	1 091	9 632
<i>Activité infirmière</i>		
Entretien	11 275	1 905
Entretien + soins physiques	0	2 212
Démarche sans déplacement	1 630	596
Démarche avec déplacement	542	139
Accompagnement	331	112
Total	13 778	4 964
<i>Activité des psychologues</i>		
Entretien	986	1 420

(1) N'inclut ni les réunions, ni les groupes qui sont analysés avec le CATTP.

(2) La grille MIPAREX est utilisée dans le PMSI-Psychiatrie expérimental (ou RIM-Psy) pour coder la catégorie professionnel de l'intervenant pour les actes ambulatoires.

## Orientations

La présentation et l'analyse de ces données dans le cadre des différentes réunions ont permis de dégager certaines orientations consensuelles. Le potentiel de lits à répartir entre les quatre secteurs doit tenir compte d'une différenciation entre les modes de prise en charge : hospitalisation temps plein, hospitalisation temps plein séquentielle, hospitalisation temps partiel de jour.

Même si le taux de lits d'hospitalisation à temps plein se situe au-dessous de la moyenne régionale et départementale, augmenter de façon importante ce nombre de lits serait onéreux et se heurterait à des problèmes insolubles de démographie médicale. Il conviendrait plutôt de proposer une offre diversifiée et complémentaire. Ainsi, 100 lits d'hospitalisation à temps plein sur l'ensemble des secteurs (contre 97 actuellement) paraissent suffisants, à condition qu'ils soient complétés par :

- une unité de vie de 15 à 20 lits destinée à l'accueil de patients en hospitalisation longue durée dont la filière sera identifiée (patients chroniques inadaptés) – cette unité pourrait être implantée au CHS de Jury-lès-Metz,
- des lits d'hospitalisation séquentielle sur le site de Thionville – cette modalité de prise en charge n'existe pas actuellement sur Thionville,
- un hôpital de jour intersectoriel sur le site de Thionville, d'une capacité minimale de 15 places.

La filière « urgences » devrait être redéfinie sur Thionville et les agglomérations proches. En effet, les secteurs thionvillois assurent cette prise en charge dans le cadre de leurs missions sectorielles, mais les moyens mis à disposition sur le CHR de Thionville sont insuffisants. Sur les secteurs de Jury-lès-Metz, cette filière se structure autour d'un service de psychiatrie d'urgence et de liaison intersectorielle, au sein des urgences du CHR de Metz, tandis qu'à Thionville, la prise en charge est assurée à tour de rôle par les médecins des secteurs.

Les activités des CATTP et de groupe sont en cours d'étude. Il sera nécessaire pour mieux les comparer, d'harmoniser les recueils. La généralisation en 2007 du RIM-Psy, qui deviendra recueil d'information médicalisé en psychiatrie sera un facteur favorisant.

À partir des différentes pratiques, histoires et cultures, il sera sans doute possible de développer des complémentarités entre les quatre secteurs étudiés.

L'activité ambulatoire est très liée à une organisation et une philosophie de la prise en charge centrée autour du travail infirmier pour la fédération 56. Pour les secteurs de Thionville, la prise en charge est plus « classique » et diffère peu des prises en charge que l'on rencontre dans d'autres secteurs de psychiatrie adulte. Il existe une pression

importante sur les médecins des secteurs de Thionville pour les demandes de consultation. Les projections à venir (départ en retraite des médecins) sont assez inquiétantes et poseront à terme la nécessité d'appréhender différemment les prises en charge de patients dans les centres médico-psychologiques (CMP).

En conclusion, l'analyse des données d'activité peut être un outil précieux pour élaborer des projets médicaux. Il est en effet possible de comparer les activités de plusieurs secteurs et, comme le montre ce projet interétablissements, de secteurs appartenant à des établissements différents. Cependant, même si le recueil des données obéit à des règles précises et communes à l'ensemble des établissements, l'absence d'exhaustivité et le flou qui entoure la description de certaines activités freine cette comparaison. La généralisation du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RMI-Psy) en 2007 devrait permettre d'améliorer la fiabilité de ces données et d'en faciliter la comparaison.



## Annexe

---

### AUTRES SOURCES STATISTIQUES

#### **L'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID)**

D'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, l'INSEE a réalisé une enquête sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes. À la fin 1998, près de 15 000 membres de collectivités (établissements pour personnes âgées, établissements pour enfants et adolescents handicapés, établissements pour adultes handicapés, institutions psychiatriques) ont été interrogés sur ce sujet. À l'occasion du recensement de mars 1999, près de 360 000 personnes vivant en domicile ordinaire ont également rempli un court questionnaire. Fin 1999, 20 000 d'entre elles ont ensuite reçu la visite d'un enquêteur et deux ans plus tard, elles ont eu un second entretien.

Cette opération a bénéficié du soutien financier du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, des caisses nationales de Sécurité sociale (CNAMTS, CNAV, CNAF, CANAM), des caisses de retraites complémentaires (AGIRC et ARRCO), des mutuelles et assurances (FFSA, GEMA, MGEN), de l'Association chargée depuis la loi de 1987 de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (AGEFIPH) et de l'Association des paralysés de France (APF).

La conception de ce projet a associé l'INSEE et les principaux organismes de recherche spécialisés : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicap et les inadaptations (CTNERHI), l'Institut national d'études démographiques (INED), le Centre de recherches, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES), le réseau fédératif de recherches sur le vieillissement et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

L'enquête HID vise à pallier le manque d'information cohérente et générale en France sur les handicaps, les déficiences et la dépendance des personnes âgées. Elle répond à trois objectifs : mesurer le nombre des personnes handicapées ou dépendantes, évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité et appréhender les aides existantes, ainsi que les besoins des personnes. À cette fin, l'enquête est réalisée auprès d'un

échantillon représentatif de la population. Elle ne s'adresse pas uniquement aux personnes concernées par un handicap. En effet, l'échantillon comprend une partie témoin de personnes n'ayant spontanément déclaré aucune difficulté liée à la santé dans le questionnaire associé au recensement. Bien entendu, les personnes présentant un handicap sont fortement surreprésentées dans l'échantillon, mais de façon à ce que l'échantillon total soit représentatif de la population française.

L'enquête couvre l'ensemble de la population, de tous âges et de tous lieux d'habitat (domiciles privés ou institutions), afin de fournir des résultats indépendants de la politique d'institutionnalisation ou des âges de retrait ou d'entrée dans la vie active.

Pour les établissements psychiatriques, l'échantillon est constitué de personnes présentes en hospitalisation de nuit ou à temps plein le jour de l'enquête (fin 1998) dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS), dans les établissements participants au service public hospitalier (PSPH), dans les cliniques et dans les foyers de post-cure. Ces mêmes personnes ont été interrogées à nouveau deux ans plus tard à chaque fois que cela a été possible. Ces données ont été étudiées dans plusieurs publications.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anguis M., de Peretti C., 2003, « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », DREES, *Études et Résultats*, n° 231, avril.
- Chapireau F., 2002, « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000 », DREES, *Études et Résultats*, n° 206, décembre.
- Chapireau F., 2004, « Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique », DREES, *Études et Résultats*, n° 304, avril.
- Colin C., Kerjosse R. (sous la dir. de), 2001, « Handicaps-invalidité-dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID », DREES, *Document de travail*, série Études, n° 16, juillet.
- Mormiche P., 1998, « L'enquête HID de l'INSEE. Objectif et schéma organisationnel », *Courrier des Statistiques*, INSEE, n° 87-88, décembre.
- Mormiche P. et le groupe HID, 2001, « Le handicap en institution : le devenir des pensionnaires entre 1998 et 2000 », *INSEE Première*, INSEE, n° 803, septembre.
- 

## L'enquête Établissements sociaux (ES)

L'enquête Établissements sociaux (ES) auprès des établissements et services pour personnes handicapées est réalisée tous les quatre ans par la DREES. Elle fournit des données relatives à l'activité et au personnel de ces structures, ainsi qu'une description des personnes accueillies.

Toutes les structures interrogées n'accueillent pas des enfants, adolescents ou adultes souffrant de handicap psychique. L'agrément de clientèle recueilli dans la fiche « activité » du questionnaire ne permet pas d'identifier clairement ces structures, nombre d'entre elles accueillant différents types de clientèle. Les capacités consacrées spécifiquement à ces personnes sont donc encore mal connues.

Pour l'année 2006, ces données permettent cependant de connaître pour les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : la file active, sa répartition par sexe et âge, l'origine géographique des enfants et adolescents accueillis, des données relatives à l'activité réalisée, aux listes et délais d'attente et au personnel.

Pour les autres structures, sont renseignés les capacités installées, les effectifs présents au 31 décembre et les journées ou séances réalisées dans l'année, les entrées et les sorties, sans distinction de la population accueillie. Des données détaillées sur le personnel exerçant dans l'établissement ou le service sont recueillies.

À l'exception des CMPP, des CAMSP et des centres de pré-orientation pour adultes handicapés, des données sont collectées sur toute la clientèle accueillie au 31 décembre de l'année. Des données similaires sur les sorties dans l'année font également l'objet de remontées. Ces données permettent de disposer, pour les effectifs présents à cette date :

- de la répartition par sexe et par âge des personnes ;
- d'informations sur les bénéficiaires de l'amendement Creton,
- d'une description du handicap dont souffrent les personnes, à travers plusieurs aspects : les pathologies et origines des déficiences (autismes, psychoses, etc.), les déficiences principales et associées (déficience du psychisme, etc.), les incapacités mesurées à partir d'une grille de huit questions ;
- de données relatives à l'hébergement principal du patient, à ses modalités d'accueil ou d'accompagnement ;
- de l'année d'entrée dans l'établissement ;
- de données sur la scolarisation pour les enfants et adolescents.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

La dernière enquête sur les structures sociales et médico-sociales pour enfants, adolescents et adultes handicapés portait sur l'année 2001. Elle a fait l'objet des publications suivantes.

**Barreyre J.-Y, Bouquet C., Peintre C.**, 2005, « Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements et services médico-sociaux », DREES, *Études et Résultats*, n° 397, avril.

**Barreyre J.-Y, Bouquet C., Peintre C.**, 2005, « Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements et services médico-sociaux », DREES, *Études et Résultats*, n° 396, avril.

- Monteil C.**, 2004, « Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2001 », DREES, *Études et Résultats*, n° 288, février.
- Vanovermeir S.**, 2006, « Les jeunes accueillis en instituts de rééducation », DREES, *Études et Résultats*, n° 466, février.
- Vanovermeir S.**, 2005, « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », DREES, *Études et Résultats*, n° 419, août.
- Vanovermeir S.**, 2004, « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », DREES, *Études et Résultats*, n° 308, mai.
- Vanovermeir S., Bertrand D.**, 2004, « Les établissements et services médicaux sociaux pour enfants et adolescents handicapés - activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001 », DREES, *Document de travail*, série Statistiques, n° 71, novembre.
- Vanovermeir S., Bertrand D.**, 2004, « Les établissements et services médicaux sociaux pour adultes handicapés. Activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001 », DREES, *Document de travail*, série Statistiques, n° 64, mai.
- 

## **Les rapports des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et la mise en place du fichier HOPSY**

Afin de veiller au respect des libertés et de la dignité des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) ont été mises en place par la loi du 27 juin 1990. Composées depuis la loi du 4 mars 2002 de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants d'associations d'usagers et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, et d'un médecin généraliste, ces commissions sont informées de « toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ».

Les CDHP dressent chaque année le rapport de leur activité. Ces données sont ensuite exploitées et publiées dans une circulaire par la Direction générale de la santé. Ces données fournissent des éléments sur les mesures d'hospitalisation sans consentement prises dans les différents départements. Une exploitation de ces données pour l'année 2003 est présentée dans le chapitre III de cet ouvrage.

Les données recueillies portent des mesures et non des personnes et ne permettent pas de répondre à la question de l'augmentation des mesures observée en France. Pour répondre à cette question notamment, ainsi qu'à celle des fortes disparités géographiques observées dans le recours à ces modes d'hospitalisation, il est nécessaire de disposer de remontées de données individuelles et non uniquement du nombre de mesures. De plus, la mobilité des patients, entre régions limitrophes en particulier, fait

que l'enregistrement d'une personne par une DDASS sur une partie de l'année n'est pas exclusive de l'enregistrement de la même personne dans un autre département à une autre période de la même année. Pour éviter ces doubles comptes, une base nationale de données anonymisées sur les personnes suivies dans ce cadre se mettra en place en 2007-2008, à travers l'application HOPSY. Ces données permettront de disposer d'informations sur les personnes hospitalisées sans leur consentement: sexe et âge, type d'hospitalisation, origine de la demande d'hospitalisation, durée de la mesure, mesure d'urgence, qualité du demandeur pour les hospitalisations à la demande d'un tiers, spécialité du praticien ayant rédigé le certificat initial pour les hospitalisations d'office.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Circulaire n° DGS/SD6C n° 2006-346 du 1<sup>er</sup> août 2006 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2005. Transmission du rapport d'activité pour l'année 2003. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2006/10, p.18-32 (<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-10/une.htm>)

---

## L'enquête décennale Santé 2002-2003

La dernière enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'INSEE (enquête Santé) s'est déroulée entre octobre 2002 et septembre 2003. La première enquête de cette nature a eu lieu en 1960 mais un recueil homogène existe depuis l'enquête de 1970 (qui a été suivie de celle de 1980-1981 puis de 1991-1992).

Les principaux objectifs de l'enquête Santé 2002-2003 sont d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée incidente et prévalente ainsi que la santé perçue. Elle met en relation les consommations de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus et des ménages.

L'enquête s'est déroulée auprès de 16 800 ménages (en incluant les extensions d'échantillon réalisées dans cinq régions). Chaque ménage enquêté a fait l'objet de trois visites espacées de huit semaines. De plus, il a été demandé à chacun de ses membres de plus de 18 ans de remplir lui-même un questionnaire (dit « auto-administré ») destiné à saisir un certain nombre de pathologies particulières. Cet auto-questionnaire comportait notamment un questionnaire de mesure de la « dépressivité », l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale).

Les informations recueillies portent notamment sur les caractéristiques démographiques, la scolarité, le parcours professionnel, les gênes dans la vie ordinaire, les maladies, accidents et problèmes de santé, les recours aux soins, la consommation de produits de santé et la prise en charge par les organismes de protection sociale. Les troubles de santé déclarés ont fait ensuite l'objet d'un codage par l'IRDES, conformément à la dixième version de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon la définition de l'OMS, le terme trouble « indique simplement la présence d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables, associés, dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à une perturbation du fonctionnement personnel ».

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Chapreau F.**, 2006, « Les recours aux soins spécialisés en santé mentale », DREES, *Études et Résultats*, n° 533, novembre.
- Leroux I., Morin T.**, 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », DREES, *Études et Résultats*, n° 545, décembre.
- 

## L'enquête Santé mentale en population générale

L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) est réalisée par le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale et la DREES. Elle s'est déroulée sur 44 sites entre 1999 et 2003 en France métropolitaine et a permis la constitution d'un échantillon de 37 000 observations.

### *Cette enquête se compose de quatre volets :*

- 1.** Le questionnaire sur les représentations de la folie et de la maladie mentale est constitué de questions ouvertes et fermées sur les représentations associées aux termes de « folie », « maladies mentales » et « dépression ».
- 2.** Un questionnaire diagnostique structuré, le Mini International Psychiatric Interview (Mini), permet de repérer les troubles psychiatriques selon les critères de la dixième version de la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10). Le Mini permet de sélectionner les personnes souffrant d'un épisode dépressif.
- 3.** Le questionnaire d'identification apporte des informations sur la situation économique, familiale et sociale des personnes interrogées.

4. Enfin, lorsqu'une personne a un trouble diagnostiqué, une fiche complémentaire est remplie pour collecter des données sur le retentissement du trouble et le recours aux soins. Les fiches complémentaires peuvent se rapporter à plusieurs troubles si ceux-ci sont concomitants. Elles ont servi à identifier les dépressifs dont le trouble provoque une « gêne dans la vie de tous les jours ». C'est aussi dans ces fiches qu'apparaissent les questions sur le recours aux soins.

### *Limites méthodologiques*

La méthode des quotas a été utilisée pour sélectionner un échantillon représentatif de la population générale sur chacun des sites où l'enquête s'est déroulée. En cas de refus d'une personne sollicitée, une autre personne était sélectionnée selon des critères d'inclusion prédéterminés (conformité de la structure sociodémographique de l'échantillon avec celle de la zone au recensement de 1999). Nous ne disposons donc pas d'informations exploitables sur les personnes ayant refusé de participer à l'enquête.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A.**, 2001, « La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites », DREES, *Études et Résultats*, n° 116, mai.
- Bellamy V.**, 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale », DREES, *Études et Résultats*, n° 347, octobre.
- Leroux I., Morin T.**, 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », DREES, *Études et Résultats*, n° 545, décembre.
- Morin T.**, 2007, « Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins », DREES, *Études et Résultats*, n° 577, juin.



## Bibliographie

---

- Agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine, 2002, *Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine*.
- Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (sous la dir. de), 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Éditions ENSP, Rennes.
- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2006, « Santé, soins et protection sociale en 2004 », *Rapport*, IRDES, n° 1621, janvier.
- Alluard O., Coldefy M., 2005, « Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, DREES, n° 76, février.
- Alluard O., Coldefy M., 2005, « Atlas régional de psychiatrie générale. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, DREES, n° 75, février.
- Amar É., Balsan D., 2004, « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 285, janvier.
- Amar É., Pereira C., 2005, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », *Études et Résultats*, DREES, n° 440, novembre.
- Anguis M., 2003, « Les allocataires de minima sociaux en 2002 », *Études et Résultats*, DREES, n° 276, décembre.
- Anguis M., De Peretti C., avec la collaboration de Chapireau F., 2003, « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et Résultats*, DREES, n° 231, avril.
- Anguis M., Cases C., 2002, « L'évolution des suicides sur longue période: le rôle des effets d'âge, de date et de génération », *Études et Résultats*, DREES, n° 185, août.
- Anguis M., avec la collaboration de Roelandt J.-L. et Caria A., 2001, « La perception des problèmes de santé mentale: les résultats d'une enquête sur neuf sites », *Études et Résultats*, DREES, n° 116, mai.
- Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 546, décembre.
- ASH magazine, 2004, n° 2364, juin.
- Audisio M., 1980, *La psychiatrie de secteur: une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, coll. « Domaines de la psychiatrie », 409 p.
- Audric S., Buisson G., Haury B., 2005, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, DREES, n° 374, février.

- Audric S., Niel X.**, 2002, « La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics », *Études et Résultats*, DREES, n° 169, avril.
- Auvray L., Doussin A., Le Fur P.**, 2003, « Santé soins et protections sociale en 2002 », *Rapport*, IRDES, n° 1509, décembre.
- Badeyan G., Parayre C.**, avec la collaboration de **Mouquet M.-C., Tellier S., Dragos S., Ellenberg E.**, 2001, « Suicides et tentatives de suicide en France. Une tentative de cadrage », *Études et Résultats*, DREES, n° 109, avril.
- Barreyre J.-Y., Bouquet C., Peintre C.**, 2005, « Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux », *Études et Résultats*, DREES, n° 397, avril.
- Barreyre J.-Y., Bouquet C., Peintre C.**, 2005, « Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements et services médico-sociaux », *Études et Résultats*, DREES, n° 396, avril.
- Beaumel C., Désesquelles A., Richet-Mastain L., Vatan M.**, 2004, « La situation démographique en 2002. Mouvement de la population », *INSEE Résultats*, série Société, n° 34.
- Bellamy V.**, avec la collaboration de **Roelandt J.-L., Caria A.**, 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Études et Résultats*, DREES, n° 347, octobre.
- Bernard Y.**, 2002, « L'évolution de 1838 à aujourd'hui », in Lepoutre R., De Kervasdoué J., *La santé mentale des Français*, Odile Jacob, p. 35-68.
- Bessière S.**, 2005, « La féminisation des professions de santé en France: données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, DREES, janvier-mars.
- Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S.**, 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025: une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, DREES, n° 352, novembre.
- Billaut A.**, 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, DREES, n° 474, mars.
- Billaut A., Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D.**, 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », *Données sociales: la société française. Édition 2006*, INSEE, mai.
- Boisguérin B., Casadebaig F., Quémada N.**, 1999, « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post-cure, 16-29 mars 1998 », *Rapport*, INSERM, août.
- Breuil-Genier P.**, 2003, « Démographie médicale: intérêts et difficultés d'analyses à différents niveaux géographiques », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXIII<sup>e</sup> année, n° 2, p. 165-186.
- Breuil-Genier P., Goffette C.**, 2006, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 481, avril.
- Briot M.**, 2004, *Rapport de l'Assemblée nationale fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition*

de résolution (n° 1459) de M. Georges Hage, tendant à la création d'une commission d'enquête sur la progression du nombre d'internements psychiatriques en France, n° 1598.

- Bureau «Lutte contre l'exclusion»**, 2004, «Les allocataires des minima sociaux en 2003», *Études et Résultats*, DREES, n° 354, novembre.
- Burgelin J.-F.**, 2005, *Santé, justice et dangerosité: pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport de la Commission santé-justice présidée par monsieur Jean-François Burgelin*, La Documentation française, 196 p.
- Carrasco V., Baubeau D.**, 2003, «Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale», *Études et Résultats*, DREES, n° 212, janvier.
- Casadebaig F., Philippe A.**, 1999, «Mortalité chez des patients schizophrènes. Trois ans de suivi d'une cohorte», *Encéphale*, 25 (4), p. 329-337.
- Casadebaig F., Philippe A., Lecomte T., Gausset M.-F., Quémada N., Guillaud-Bataille J.-M., Terra J.-L.**, 1995, «État somatique et accès aux soins de patients schizophrènes en secteurs de psychiatrie générale», *L'information psychiatrique*, vol. 71, 3.
- Casadebaig F., Ruffin D., Quémada N.**, 2001, «Caractéristiques de la population prise en charge en secteur de psychiatrie générale en 1993 et 1998. Évolution Clinique et démographique», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 49: 513-521.
- Chapireau F.**, 2006, «Les recours aux soins spécialisés en santé mentale», *Études et Résultats*, DREES, n° 533, novembre.
- Chapireau F.**, 2004, «La trajectoire des personnes ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique et se trouvant fin 1998 dans un établissement avec hébergement», *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 1, p. 59-72.
- Chapireau F.**, 2004, «Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique», *Études et Résultats*, DREES, n° 304, avril.
- Chapireau F.**, 2002, «Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000», *Études et Résultats*, DREES, n° 206, décembre 2002.
- Clerc M.-É.**, 2006, «Les ventes de médicaments remboursables en 2005», *Études et Résultats*, DREES, n° 508, juillet.
- Coelho J.**, 2006, *Hospitalisations psychiatriques sous contrainte*, Les études hospitalières, coll. «Tout savoir sur».
- Coldefy M., Lepage J.**, à paraître, «Les secteurs de psychiatrie générale en 2003», *Document de travail*, DREES.
- Coldefy M.**, 2005, «Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France», *Études et Résultats*, DREES, n° 443, novembre.
- Coldefy M.**, 2005, «Enquête nationale sur les enfants et adolescents suivis dans les centres médico-psycho-pédagogiques du 20 janvier au 2 février 2003 – résultats régionaux», *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 87, septembre.
- Coldefy M.**, 2005, «La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003», *Études et Résultats*, DREES, n° 427, avril.
- Coldefy M.**, avec la collaboration de **Faure P., Prieto N.**, 2005, «Les enfants et adolescents pris en charge dans les centres médico-psycho-pédagogiques», *Études et Résultats*, DREES, n° 392, avril.

- Coldefy M.**, 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 », *Document de travail*, DREES, série Études, n° 42, mars.
- Coldefy M.**, 2003, « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », *Document de travail*, DREES, série Études, n° 32, mai.
- Coldefy M.**, 2001, « Les professions de santé: éléments d'informations statistiques », *Document de travail*, série Études, DREES, n° 9, janvier.
- Coldefy M., Bousquet F.**, 2002, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 12, avril-juin.
- Coldefy M., Bousquet F.**, avec la participation de Rotbart G., 2002, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, DREES, n° 163, mars.
- Coldefy M., Faure P., Prieto N.**, 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *Études et Résultats*, DREES, n° 181, juillet.
- Coldefy M., Salines E.**, 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000: évolutions et disparités », *Études et Résultats*, DREES, n° 342, octobre.
- Coldefy M., Salines E.**, 2004, « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000: évolutions et disparités », *Études et Résultats*, DREES, n° 341, septembre.
- Constans A., Lunier L., Dumesnil E. J.-B.**, 1901, *Historique de l'assistance des aliénés et développement du service dans le département de la Seine*, Imprimerie typographique de l'école d'Alembert.
- Constans A., Lunier L., Dumesnil E. J.-B.**, 1878, *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Imprimerie nationale.
- Couffinhal A., Mousquès J.**, en partenariat avec le Conseil national de l'ordre des médecins, 2001, « La démographie médicale française: état des lieux », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 44, décembre.
- Coupechoux P.**, 2006, *Un monde de fous: comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Le Seuil, 368 p.
- Cour des comptes**, 2001, *Le rapport public 2000*, Éditions des journaux officiels, p. 414-415.
- Crepet P.**, 1990, « A Transition Period in Psychiatric Care in Italy », *British Journal of Psychiatry*, 156, 27-36.
- DREES**, 2006, *L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, La Documentation française.
- DREES**, 2006, *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2004*, La Documentation française.
- Dubret G.**, 2005, « Les UHSA: une fausse bonne idée? », colloque Santé et Prison « Dix ans après la loi: quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues? ».
- Duchène H.**, 1952, « Aspect démographique », *Esprit*, 12, 877-890.
- Dupont M.**, 2005, *Soins sous contrainte en psychiatrie*, Lamarre, coll. « Les guides de l'AP-HP ».
- Dutheil N., Scheidegger S.**, 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Études et Résultats*, DREES, n° 494, juin.

- Ellenberg E.**, 2001, « Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique », *Études et Résultats*, DREES, n° 109.
- European Commission**, « The State of Mental Health in the European Union », 2004, ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_frep\\_06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf)).
- Falret J.-P.**, 1864, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales*, J.-B. Baillière.
- Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C.**, 2006, « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 111, juillet.
- George M.-C., Tourne Y.**, 1994, *Le secteur psychiatrique*, PUF, coll. « Que sais-je ? », 128 p.
- Guilbert P., Pommereau X., Coustou B.**, 2000, « Pensées suicidaires et tentatives de suicide », *Baromètre Santé*, INPES.
- Guilmin A.**, avec la collaboration de **Boisguérin B., de Parayre C.**, 2000, « L'offre de soins en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements ? », *Études et Résultats*, DREES, n° 48, janvier.
- Guilmin A., Parayre C., Boisguérin B., Niel X., Bonnafous E., Gallot A.-M.**, 2000, « Bilan de la sectorisation psychiatrique », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n° 2, juin.
- Hardy-Dubernet A.-C., Arliaud M., Horellou-Lafarge C., Leroy F., Blanc M.-A.**, 2003, « La réforme de l'internat de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 15.
- Hardy-Dubernet A.-C.**, 2000, « Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ? », *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 32, septembre.
- Haute autorité de santé (HAS)**, 2005, *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, Service des recommandations professionnelles, avril.
- Haute autorité de santé (HAS)**, 2005, *Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, avril.
- Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M.-C.**, 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, INSERM/Doin.
- INSEE**, 1976, *Matériaux pour un historique du système statistique depuis la dernière guerre mondiale*, INSEE, tome I : A. Statistiques sociales.
- INSEE**, 1963, *Statistique du mouvement hospitalier. Années 1955 à 1958*, Imprimerie nationale, PUF.
- INSEE**, 1958, *Statistique des institutions d'assistance. Années 1949 à 1954*, Imprimerie nationale, PUF.
- IRDES**, 2003, *Territoires et accès aux soins*, La Documentation française, 38 p.
- Jaeger M., Monceau M.**, 2001, « La contribution des usagers à la politique de santé mentale », *Rapport n° 19/00*, MiRe.

- Johnson S., Thornicroft G.**, 1993, « The Sectorisation of Psychiatric Services in England and Wales », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28, pp. 45-47.
- Julien P.**, 2000, « Mesurer un univers urbain en expansion », *Économie et statistique*, INSEE, n° 336.
- Labarthe G.**, 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie », *Études et Résultats*, DREES, n° 315, juin.
- Lambooy B.**, 2005, « Les troubles dépressifs et leur prise en charge », *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, INPES.
- Lanteri-Laura G.**, 2001, « L'histoire contemporaine de la psychiatrie, dans ses rapports avec la société française », in Ehrenberg A., Lovell A.-M. *La maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, coll. « Psychiatrie et Société », p. 247-278.
- Lauzier J., Lafage D.**, 1958, « Statistiques médicales des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires d'hygiène mentale (1955-1957) », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, 13, 4, 891-911.
- Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., Allemand H. et le groupe Medipath**, 2003, « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données et comparaisons régionales, 2000 », *Revue médicale de l'assurance maladie*, n° 4, oct.-déc., p. 233-248.
- Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., Allemand H. et le groupe Medipath**, 2003, « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales, 2000 », *Revue médicale de l'assurance maladie*, n° 2, avril-juin 2003, p. 75-84.
- Legendre N.**, 2007, « Les revenus libéraux des médecins en 2004 et 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 562, mars.
- Legendre N.**, 2005, « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 412, juillet.
- Leroux I., Morin T.**, 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et Résultats*, DREES, n° 545, décembre.
- Lewis A.**, 1959, « The Impact of Psychotropic Drugs on the Structure, Function and Future of Psychiatric Services in Hospitals », in Bradley P., Deniker P., Racondo-Thomas C. *Neuropsychopharmacology*, Amsterdam, Elsevier.
- Lopez A.**, 2001, *Les séparations territoriales au sein de l'organisation de l'offre de soins : la sectorisation sanitaire*, DATAR, 22 p.
- Mamelet M.-R.**, 1978, *La politique de secteur*, projet, mai, n° 125, p. 588-598.
- Massé G., Vigneron E.**, 2006, « Territorialité et santé mentale », *Pluriels*, MNASM, n° 60, juillet.
- Meslé F., Vallin J.**, 1981, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale? », *Population*, 1035-1068.
- Michel E., Jouglu E.**, 2002, « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 », *Études et Résultats*, DREES, n° 153, janvier.
- Mission nationale d'appui en santé mentale**, 2006, « La démographie médicale en psychiatrie », *Pluriels*, MNASM, n° 59.

- Mission nationale d'appui en santé mentale**, 2003, Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques : 10 ans après, *Pluriels*, MNASM, n° 35.
- Morin T.**, 2007, « Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins », *Études et Résultats*, DREES, n° 577, juin.
- Mouquet M.-C., Bellamy V.**, avec la collaboration de **Carrasco V.**, 2006 « Suicides et tentatives de suicide en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 488, mai.
- Mouquet M.-C.**, 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 386, mars.
- Munk-Jorgensen P.**, 1999, « Has Deinstitutionalisation gone too far? », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, p. 136-143.
- Niel X.**, 2001, « Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXI<sup>e</sup> année, n° 2, p. 141-172, avril-juin.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)**, 2006, « Les professionnels de santé : comptes rendus des auditions », *Rapport 2005*, La Documentation française, tome 3.
- Omran A. R.**, 1971, « A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 : 509-38.
- Pellissolo A., Boyer P., Lepine J.-P., Bisserbe J.-C.**, 1996, « Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde », *L'Encéphale*, vol. 22, n° 3, 1996, pp. 187-196.
- Philippe A., Vaiva G., Casadebaig F.**, 2005, *Data on Diabetes from French Cohort Study in Schizophrenia European Psychiatry*, 20, S340-S344.
- Piel E., Roelandt J.-L.**, 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale, rapport de mission, juillet 2001* ([http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel\\_Roelandt/default.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt/default.html))
- Rapport IGAS-IGSJ**, 2005, *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, mai.
- Ricordeau P., Weill A., Vallier N., Bourrel R., Guilhot J., Fender P., Allemand H.**, 2002, « Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000? », *Revue médicale de l'assurance maladie*, vol. 33, n° 4, octobre-décembre.
- Sadoun R.**, 1964, « Statistiques médicales des établissements hospitaliers psychiatriques. Année 1961 », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, 19, 4, 585-627.
- Sadoun R., Quémada N., Chassagne M.-M.**, 1982, *Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1978*, INSERM.
- Salize H. J., Dressing H.**, 2005, *Placement And Treatment of Mentally Ill Offenders. Legislation and Practice in EU Member States, Final Report*, European Commission, february.
- Salize H. J., Dressing H.**, 2004, « Epidemiology of Involuntary Placement of Mentally Ill People across the European Union », *British Journal of Psychiatry*, 184 : 163-168.

- Salize H. J., Dressing H., Peitz M.**, 2002, *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU Member States, Final report*, European Commission, may.
- Salize H. J., Dressing H., Peitz M.**, 2002, *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU-Member States*, Central institute of mental Health, Mannheim, P. 75-81.
- Sermet C.**, 1992, « La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution », *Rapport*, IRDES, n° 926, juin.
- Sicart D.**, 2007, « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2007 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 108, mars.
- Sicart D.**, 2006, « Les médecins - Estimations au 1<sup>er</sup> janvier 2006 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 103, octobre.
- Sicart D.**, 2005, « Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2006 », *Document de travail*, série statistiques, DREES, n° 97, mai.
- Sicart D.**, 2002, « Projections médecins 2002-2020. Hypothèse numerus clausus 4700 et 1843 postes d'internes », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 30, février.
- Strohl H., Clemente M.**, 1997, *Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, IGAS-DGS, n° 97081, septembre.
- Tugores F.**, 2005, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 379, février.
- UNAFAM**, 2005, *Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques*, Dossier de presse, juin.
- Vallier N., Salavane B., Weill A.**, 2006, « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », *Points de repère*, CNAMTS, n° 1, août 2006.
- Vallin J., Meslé F.**, 2001, *Tables de mortalité françaises pour le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècles et projections pour le XXI<sup>e</sup> siècle*. INED, 4.
- Vanderschelden M.**, 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 571, avril.
- Vanovermeir S.**, 2005, « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », *Études et Résultats*, DREES, n° 419, août.
- Vanovermeir S.**, 2004, « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 308, mai.
- Vilain A., Niel X.**, 2001, « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 : davantage de débuts de carrière à l'hôpital », *Études et Résultats*, DREES, n° 145, novembre.
- Von Bueltingsloewen I.**, 2007, *L'hécatombe des fous : la famine des hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Flammarion, 2007, 512 p.
- Von Bueltingsloewen I.** (sous la dir. de), 2005, *Morts d'inanition. Famine et exclusions en France sous l'occupation*, Presses universitaires de Rennes, p. 59.
- Wing J.**, 1986, « The Cycle of Planning and Evaluation », in Wilkinson G., Freeman H., *The Provision of Mental Health Services in Britain*, Gaskell.

## **Programme de recherche de la MiRe « Santé mentale, psychiatrie, handicap psychique »**

Conjointement au programme d'études statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, la Mission recherche (MiRe) a lancé un programme de recherches dans ce domaine, orienté vers les sciences humaines et sociales, en interaction avec l'épidémiologie, la neuropsychologie cognitive et l'approche clinique. Toutes les informations relatives à ce programme de recherche sont disponibles sur le site <http://www.sante.gouv.fr>, rubrique « Études, recherches et statistiques », Mission recherche.

### LISTES DES PUBLICATIONS ISSUES DU PROGRAMME

- Bachimont J., Bungener M., Hauet E.**, 2004, « Des gestions de tutelle qualifiées de difficiles: une négociation à construire entre tuteurs et majeurs souffrant de troubles psychiatriques », *Recherches familiales*, n° 1, p. 73-86.
- Bachimont J., Bungener M., Hauet E.**, 2003, « Les personnes adultes souffrant de troubles mentaux sous protection juridique: conditions de vie des délégués de tutelle », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 16, p. 9-12.
- Biarez S.**, 2005, « Transformer le statut des malades mentaux », in Dumoilin L., Labranche S., Robert C., Warin P., *Le recours aux experts, raisons et usages politiques*, Presses universitaires de Grenoble, p. 225-240.
- Biarez S.**, 2004, « Une politique publique, la santé mentale (1970-2002) », *Revue d'administration publique*, n° 11, p. 517-532.
- Biarez S.**, 2003, « Quelle politique pour la santé mentale? », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 15, p. 34-37.
- Biarez S.**, 2002, « Politique de santé mentale et mouvement associatif en France », *Pyramides*, n° 6, p. 189-205.
- Bungener M.**, 2004, « Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert des activités de soins », in Fassin D., Memmi D., *Le gouvernement des corps*, EHESS, p. 109-133.
- Bungener M.**, 2001, « Vivre hors les murs de l'hôpital psychiatrique: le rôle incontournable de la famille en ce début de siècle », *Sciences sociales et santé*, 19, n° 1, p. 107-112.
- Bungener M., Bachimont J., Hauet E.**, 2004, « Délégués de tutelle auprès de personnes souffrant d'atteintes psychiques et mentales », *Revue française des affaires sociales*, 58, n° 1, p. 145-163.
- Cesoni M.-L., Rechtman R.**, 2005, « La "réparation psychologique" de la victime: une nouvelle fonction de la peine? », *Revue de droit pénal et de criminologie*, février, p. 158-178.

- Delbecq J.**, 2007, « Échos du colloque "Représentations des troubles psychiques, pratiques de soins et vécu des malades" », *Lettre de la MiRe*, n° 13, p. 17-18.
- Delbecq J.**, 2007, « Un exemple intéressant: le programme de recherche sur le handicap psychique du ministère en charge de la santé », *Un autre regard*, n° 2, p. 17-19.
- Demailly L.**, 2006, « La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique », in Bresson M., *La psychologisation de l'intervention sociale*, L'Harmattan, p. 32-46.
- Demailly L.**, 2005, « Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques », *L'information psychiatrique*, vol. 81, n° 4, p. 337-343.
- Demailly L., Bresson M.**, 2005, « Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge du trouble psychique », *Lettre de la MiRe*, n° 6, p. 6-8.
- Demailly L., Soloch I.**, 2006, « Les médecins généralistes face à la souffrance psychique », *Rhizome*, n° 15.
- Depaigne A.**, 2003, « Accréditer la psychiatrie », *Santé mentale*, n° 77, p. 38-42.
- Depaigne A.**, 2003, « Accréditer la psychiatrie. Les premiers pas d'un instrument d'action publique », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 16, p. 21-27.
- Depaigne A., Kovess V., Daucourt V., Michel P., Krief H.**, 2004, « Les résultats de l'accréditation ANAES en psychiatrie », *Annales médico-psychologiques*, 62, n° 4, p. 255-261.
- D'Halluin E., Latté S., Fassin D., Rechtman R.**, 2004, « La deuxième vie du traumatisme psychique. Urgences médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires », *Revue française des affaires sociales*, 58, n° 1, p. 57-75.
- Dodier N.**, 2004, « S'en remettre à un spécialiste. Contribution à une histoire politique la délégation des soins », *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, n° 104, p. 9-20.
- Dodier N., Jacqueline S.**, 2006, « La place conférée en pratique aux patients par la psychanalyse et par la psychopharmacologie: une enquête comparée dans deux services psychiatriques », *Lettre de la MiRe*, n° 8, p. 4-5.
- Dodier N., Rabeharisoa V.**, 2006, « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, n° 73, p. 9-22.
- Dumuitru-Lahaye C., Haxaire C.**, 2005, « Mise en récit de la souffrance de patients par des médecins généralistes de Bretagne Occidentale », *Éthique et santé*, n° 2, p. 88-95.
- Fassin D., d'Halluin E.**, 2005, « The Truth in the Body. Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum-Seekers », *American Anthropologist*, 107, n° 4, p. 507-608.
- Fassin D., Rechtman R.**, 2007, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, 453 p.

- Fassin D., Rechtman R.**, 2006, « Les usages sociaux du traumatisme psychique », *Lettre de la MiRe*, n° 10, p. 2-4.
- Fassin D., Rechtman R., D'Halluin E., Latte L.**, 2003, « Traumatisme, victimologie et psychiatrie humanitaire. Nouvelles figures et nouvelles pratiques en santé mentale », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 16, p. 13-20.
- Golse A.**, 2005, « Les psychologues dans la psychiatrie publique: histoire et actualité », in Raoult P.-A. (sous la dir. de), *La psychologie clinique et la profession de psychologue*, L'Harmattan, p. 51-56.
- Golse A.**, 2004, « Psychologues et psychiatres: je t'aime, moi non plus », in Chapelle G., *Le moi. Du normal au pathologique*, Éditions Sciences Humaines, p. 345-351.
- Golse A.**, 2003, « Transformations de la psychiatrie et pratiques des psychologues », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 16, p. 5-8.
- « Handicap psychique et troubles psychiatriques », 2005, *Lettre de la MiRe*, n° 7, p. 8-9.
- Haxaire C., Baail P., Genest P.**, 2005, « Les médecins généralistes face aux patients "psy" et l'émergence de l'entité diagnostique "souffrance psychique", Confluences », *Revue de l'Institut Wallon de la Santé mentale*, 2005, n° 12.
- Henckès N.**, 2006, « La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du 13<sup>e</sup> arrondissement" de Paris », *Lettre de la MiRe*, n° 8, p. 6-9.
- Jacqueline S.**, 2006, « Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital », *Politix*, n° 73, p. 83-108.
- Latte S., Rechtman R.**, 2006, « Enquête sur les usages sociaux du traumatisme au décours de l'accident de l'usine AZF à Toulouse », *Politix*, n° 73, p. 159-184.
- Laval C.**, 2005, « L'extension de la clinique au sein du dispositif RMI », in Ion J. et al., *Travail social et souffrance psychique*, Dunod, p. 95-123.
- Neyrand G.**, 2004, *Préserver le lien parental. Pour une prévention psychique précoce*, PUF, 280 p.
- Neyrand G.**, 2004, « La dynamique d'un réseau de prévention psychique précoce. Résistances et perspectives », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 103-125.
- Neyrand G.**, 2004, « Paradoxes et perspectives de la prévention », in Dugnat M., *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Erès, p. 61-74.
- Neyrand G.**, 2002, « La prévention précoce, une démarche paradoxale », *Dialogue*, n° 157, 3<sup>e</sup> trimestre, p. 3-13.
- Norton J., de Roquefeuil G., Benjamins A., Boulenger J.-P., Mann A.**, 2004, « Psychiatric morbidity, disability and service use amongst primary care attenders in France », *European Psychiatry*, n° 9, p. 164-167.
- Pinell P.**, 2005, « La normalisation de la psychiatrie française », *Regards sociologiques*, n° 29, p. 3-21
- Pinell P.**, 2003, « Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France (1968-2000) », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 15, p. 20-33.

- « Psychiatrie et santé mentale. Innovations dans le système de soins et de prise en charge », 2004, *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 7-115.
- « Santé mentale: les travaux de la DREES et de la MiRe, un pont entre le sanitaire et le social », 2003, *Pluriels*, Mission nationale d'appui en santé mentale, n° 38, p. 1-12.
- Velpry L.**, 2006, « Vivre avec une maladie mentale. Modes de vie et prise en charge », *Lettre de la MiRe*, n° 9, p. 9-11.
- Velpry L.**, 2005, « Parcours de jeunes présentant un trouble d'apparence psychotique avant le premier recours psychiatrique », *Un autre regard*, n° 4.
- Velpry L.**, 2003, « Les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Itinéraires de prise en charge et modes de vie », *Cahiers de recherche de la MiRe*, n° 15, p. 16-19.
- Velpry L.**, 2003, « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave », in Joubert M., *Santé mentale, ville et violences*, Erès, p. 35-60.
- Verdoux H., Cougnard A., Besson R., Delcroix F.**, 2005, « Connaissances et représentations de la schizophrénie en médecine générale et scolaire », *Lettre de la MiRe*, n° 6, p. 2-5.
- Verdoux H., Cougnard A., Grolleau S., Besson R., Delcroix F.**, 2006, « A survey of general practitioner's knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia », *European Psychiatry*, n° 21, p. 238-244.
- Verdoux H., Cougnard A., Grolleau S., Begaud B.**, 2005, « Impact of visits from pharmaceutical company representatives on antipsychotic prescription in primary care », *Schizophrenia Research*, n° 77, p. 107-109.
- Verdoux H., Cougnard A., Grolleau S., Besson R., Delcroix F.**, 2005, « How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 40, p. 892-898.
- Verger P., Brabis P.-A., Villani P., Paraponaris A.**, 2006, « Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA », *Lettre de la MiRe*, n° 10, p. 5-8.
- Younes N., Hardy-Bayle M.-C., Falissard B., Villeminot S., Kovess V., Gasquet I.**, 2007, « Early effectiveness of an organizational intervention for common mental health problems. A controlled before-and-after study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, accepté pour publication.



Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France, à partir des données statistiques disponibles. Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles.

Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rassemble et met à disposition des données issues de différentes sources, contribuant ainsi à améliorer la connaissance de l'offre de soins, des professionnels, des patients pris en charge en psychiatrie.



**La DOCUMENTATION FRANÇAISE**

29, quai Voltaire  
75344 PARIS CEDEX 07  
Téléphone : 01 40 15 70 00  
Télécopie : 01 40 15 72 30

ISBN : 978-2-11-006868-2  
Imprimé en France

Prix : 18 euros