

L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au xx^e siècle

François Chapiro*^{*}

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^e siècle, la présente étude est consacrée aux recours à l'hospitalisation psychiatrique¹ (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 donné². 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 soins³, 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 1985¹, 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'admissions⁴, 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.

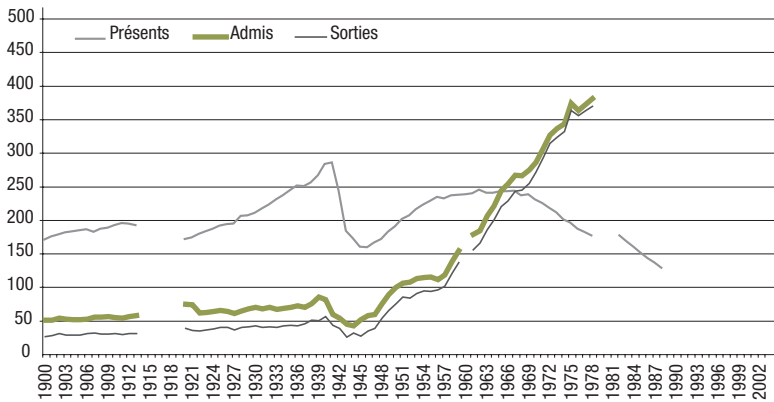
1. La Direction générale de la santé (DGS) a reçu les rapports annuels de secteur à partir de 1977 et a publié quelques données nationales traitées manuellement. La première publication détaillée date de 1985.

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.

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 ambulatoires⁵.

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

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

ENCADRÉ 2

La période de la guerre: surmortalité des malades mentaux hospitalisés

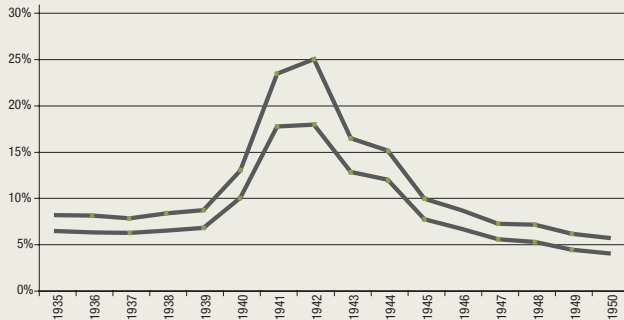
Même si la Seconde Guerre mondiale est caractérisée par une forte baisse des admissions et des sorties, le phénomène le plus notable est la surmortalité des malades mentaux hospitalisés¹. Pour estimer le taux des malades frappés par la surmortalité, les données publiées permettent de calculer deux bornes, supérieure et inférieure² (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 Buelzingsloewen, 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).

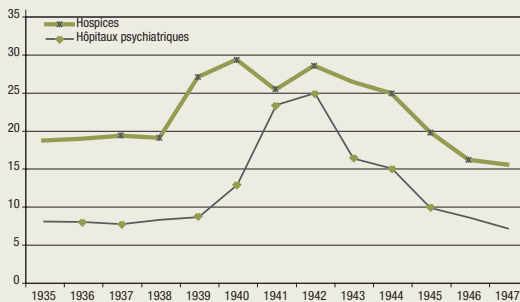
Ainsi, contrairement à ce qui a souvent été écrit, il n'y a eu en France ni extermination des malades mentaux, ni eugénisme dirigé contre eux. Bien plus, les mesures décidées fin 1942 ont atténué leurs taux de mortalité. Pour être différente de la légende, la réalité n'en est pas moins grave: l'ampleur 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 locaux³, 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 Quérel, 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^{er} 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 » (Duchêne, 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

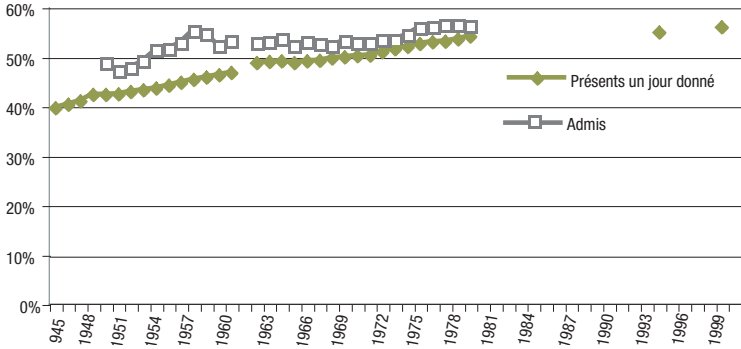
Qu'il s'agisse des présents un jour donné ou des malades admis, la proportion d'hommes augmente (graphique 2). Parmi les premiers, elle passe de 40% en 1945 à 54% en 1978; elle semble ensuite se stabiliser à 56% en 1998 dans les services sectorisés. Parmi les malades admis, elle passe de 49% en 1949 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

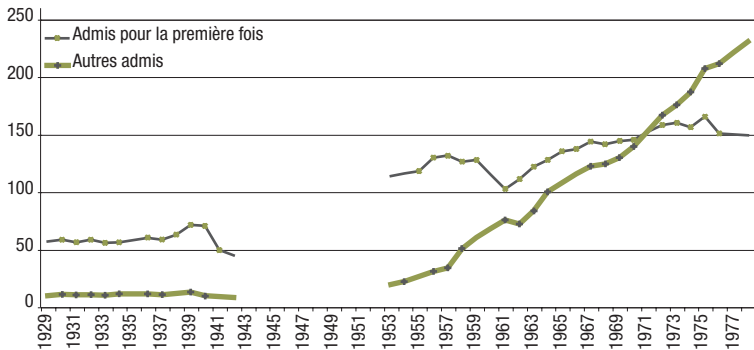
Proportion d'hommes parmi les malades présents un jour donné et parmi les admis de 1945 à 1999



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

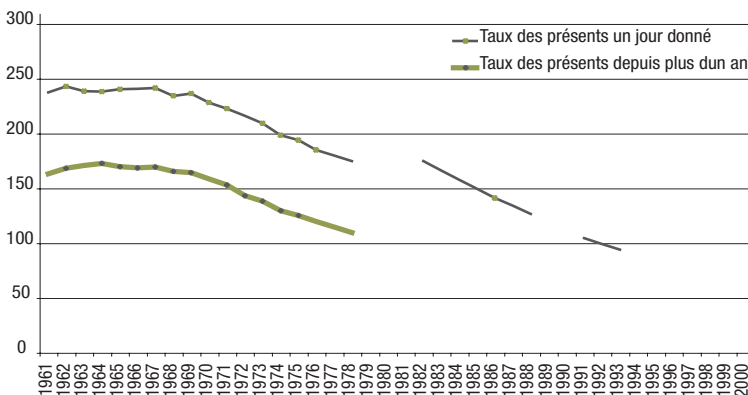
De 1950 à 1978, le taux de malades admis pour 100 000 habitants passe de 99 à 380. En 1998, dans les services sectorisés, ce taux est de 430⁶. À la différence de ce qui se passait avant-guerre, il n'y a pas d'augmentation permanente du taux des malades présents un jour donné ; au contraire, celui-ci 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.

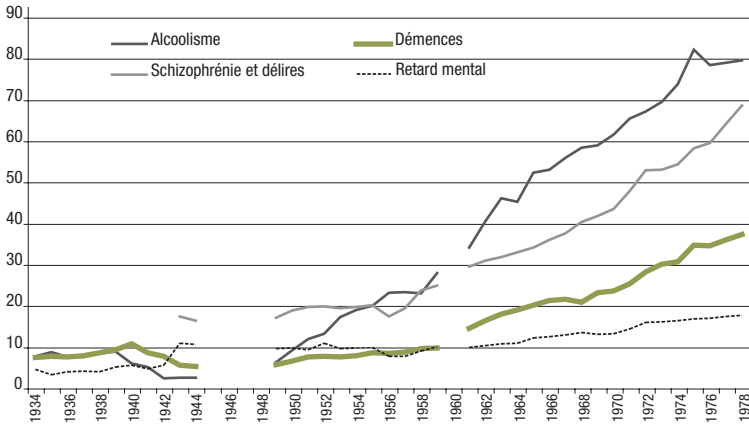
Un autre indice de la baisse de durée des hospitalisations est donné par la composition de la file active hospitalière, qui représente l'ensemble des patients ayant reçu des soins à l'hôpital dans l'année, selon qu'ils ont été présents au 1^{er} janvier ou admis par la suite. Jusqu'en 1966, le taux des présents au 1^{er} 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

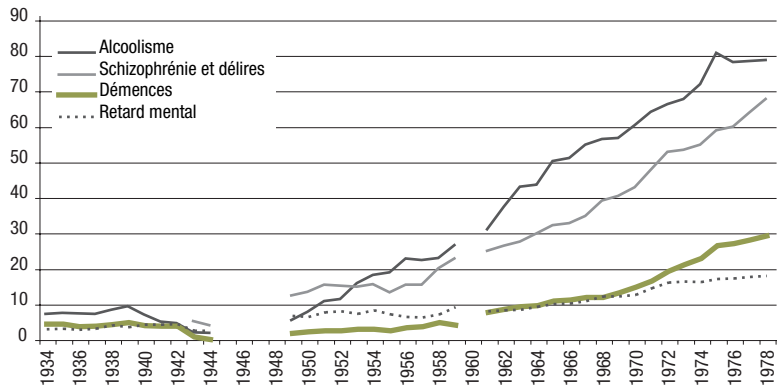
Regroupement de diagnostics effectués dans cette étude

	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)
Retard mental	Idiotie	Idiotie	États d'arriération, oligophrénies	Débilité mentale Arriération mentale moyenne Arriération mentale profonde	Retard mental moyen
	Crétinisme	Imbécillité			Retard mental grave
	Imbécillité	Débilité mentale, Crétinisme			Autre retard mental
Démences	Démence sénile, organique, etc.	Démence sénile	États démentiels de la sénilité et démences préséniles	États d'affaiblissement de la sénilité et démences préséniles	Démence
Alcoolisme	Alcoolisme aigu ou chronique	Alcoolisme aigu, chronique, ou démentiel	Psychoses alcooliques, Alcoolisme chronique	Psychoses alcooliques, Alcoolisme chronique	Alcool
Schizophrénie et délires		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 1978⁷.

GRAPHIQUE 6

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



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

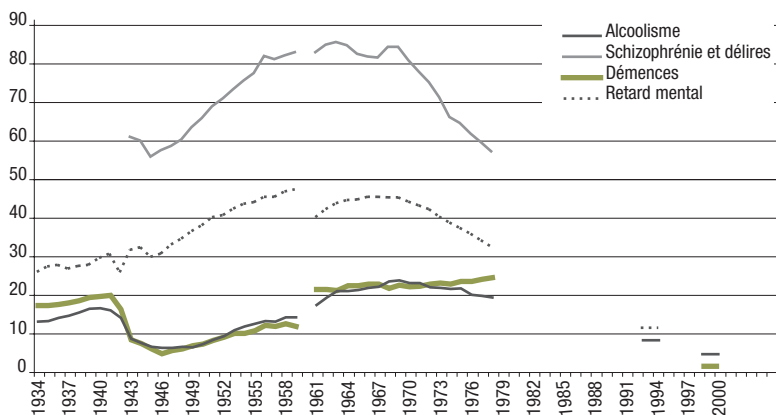
7. Ces patients ont surtout recours aux soins ambulatoires. Les données correspondantes n'ont pas été recueillies.

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 années⁸.

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 âgées⁹. 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 lentement¹⁰. 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-

10. 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., Quérel 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 Neuroscience*, 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.