

## 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).

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.

**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.

### 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	100,0	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

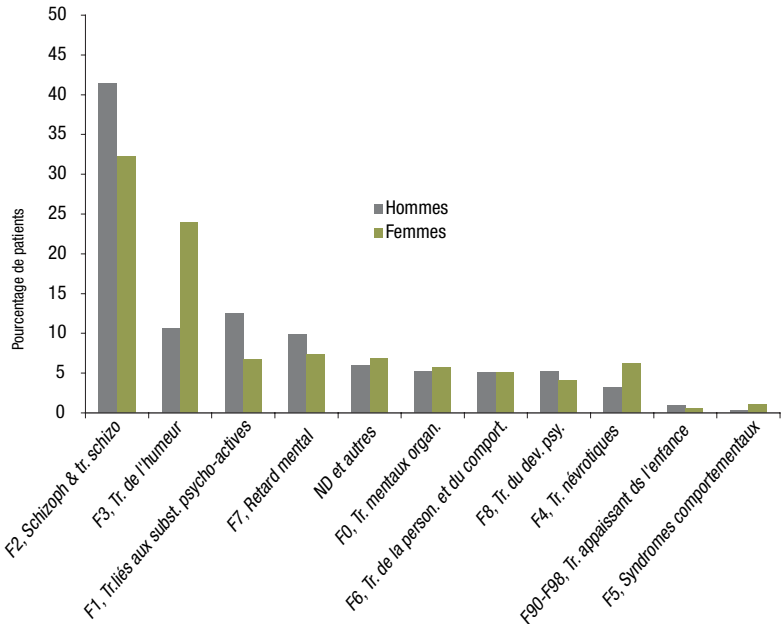
Le diagnostic principal, inscrit comme la cause immédiate de la prise en charge psychiatrique au moment de l'enquête, a été renseigné pour 93,7% des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. Les deux tiers des diagnostics rencontrés chez les patients présents 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 <i>dont démences (F00-F03)</i>	837 504	5,2 3,1	55,6 50,4	670 496	5,7 4,2	44,4 49,6	1507 1000	5,4 3,6	100 100
F1 : Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives <i>dont alcool (F10)</i>	2012 1729	12,5 10,7	71,9 72,1	788 668	6,7 5,7	28,1 27,9	2800 2397	10 8,6	100 100
F2 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants <i>dont schizophrénie (F20)</i>	6689 4928	41,4 30,5	63,8 67,8	3801 2338	32,3 19,9	36,2 32,2	10490 7266	37,6 26	100 100
F3 : Troubles de l'humeur <i>dont troubles dépressifs</i>	1713 1268	10,6 7,9	37,8 37,2	2816 2137	23,9 18,2	62,2 62,8	4528 3405	16,2 12,2	100 100
F4 : Troubles névrotiques, tr. liés à des facteurs de stress, tr. somatoformes <i>dont troubles anxieux (F41)</i>	511 202	3,2 1,3	41,2 40	730 303	6,2 2,6	58,8 60	1241 505	4,4 1,8	100 100
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 <i>dont retard grave ou profond (F72-F73)</i>	1580 818	9,8 5,1	64,7 62	864 501	7,3 4,3	35,3 38	2444 1320	8,8 4,7	100 100
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.

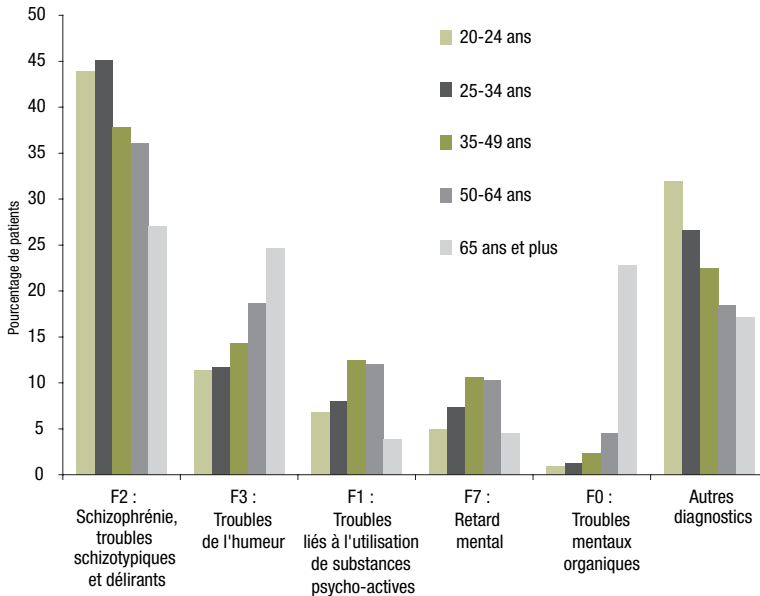
### *Des différences importantes selon l'âge*

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 %).

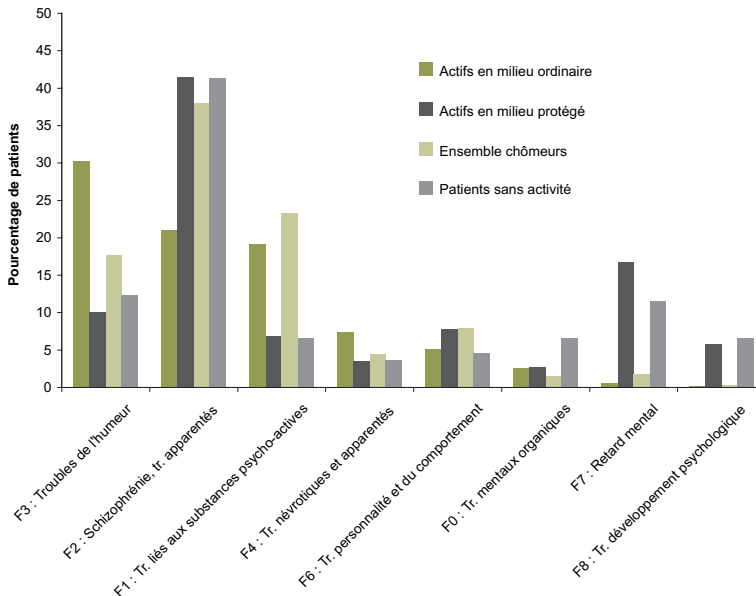
## Une surreprésentation des employés et des ouvriers

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, ATH, 2003 ; exploitation IRDES.

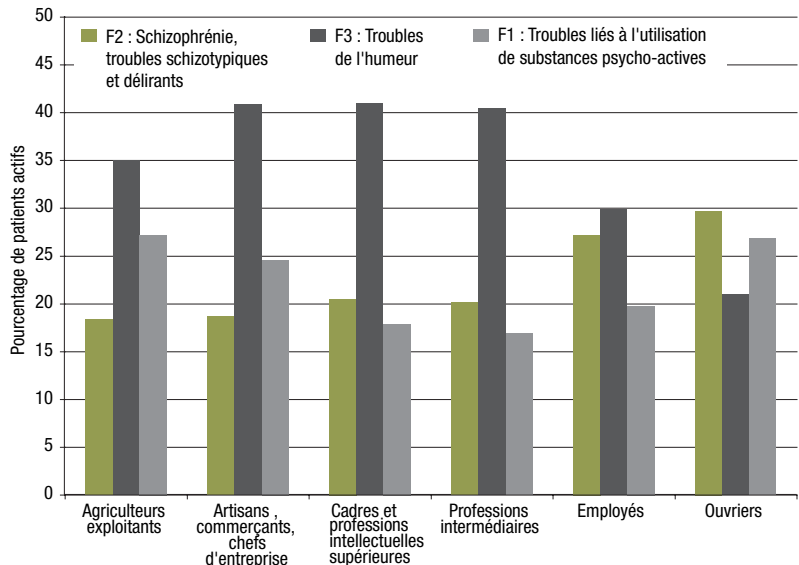
Contrairement aux personnes sans activité, exerçant en milieu protégé ou se déclarant au chômage qui souffrent dans environ 40 % des cas de schizophrénie ou d'un trouble apparenté, à peine plus de 20 % des personnes ayant une activité en milieu ordinaire sont atteints par cette maladie. De même, 1 % 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

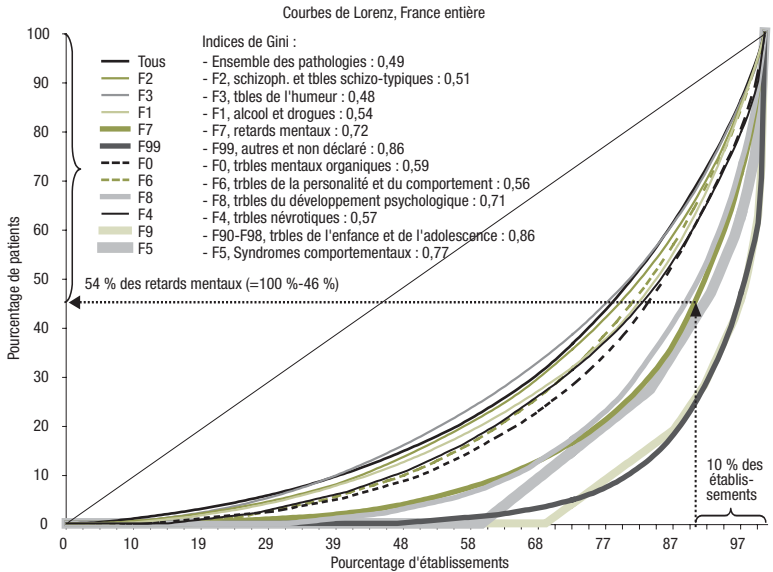
5. Étant donné la méthode utilisée pour pondérer les données, les exploitations suivantes concernant les 206 établissements ne peuvent être réalisées que sur des données non pondérées. En effet, la pondération utilisée permet de redresser le nombre de patients hospitalisés pour chaque région, mais ne 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.

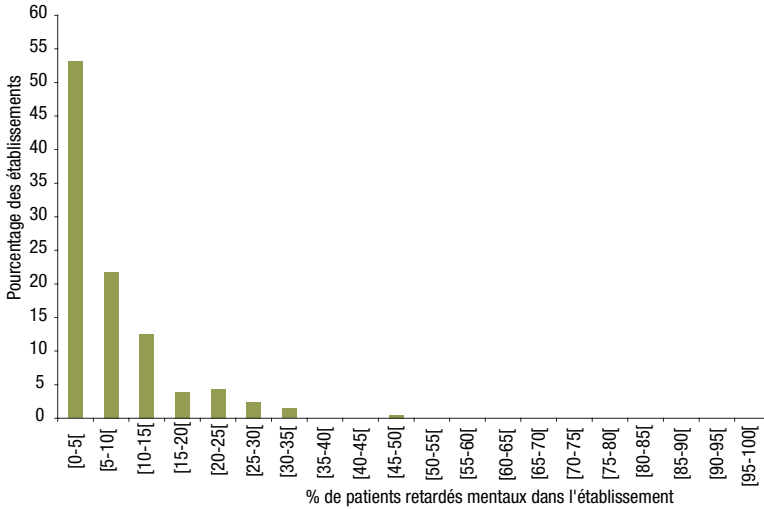
**Lecture** • 54 % des patients pris en charge en hospitalisation complète pour trouble mental sont hospitalisés dans seulement 10 % des établissements.

**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.

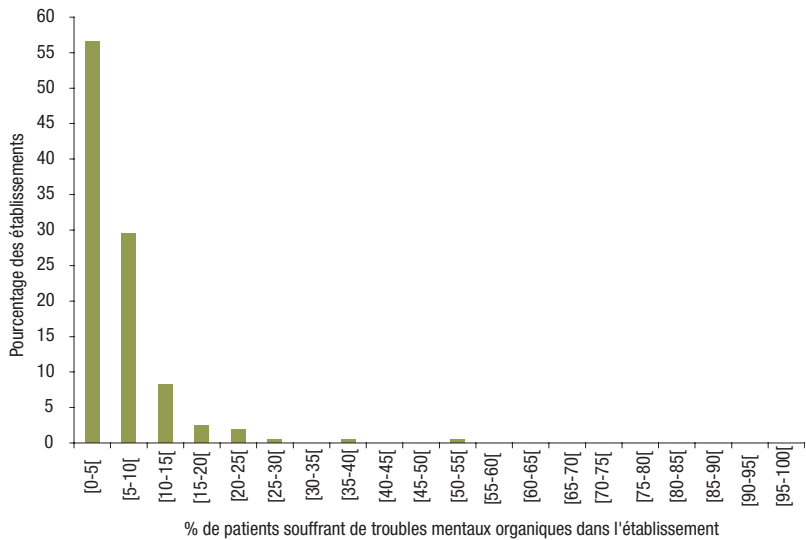
Les diagnostics pour lesquels la concentration au sein des établissements est proche de celle de l'ensemble des diagnostics : il s'agit des troubles de l'humeur, de la schizophrénie ou des troubles apparentés, des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, des troubles névrotiques, des 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.

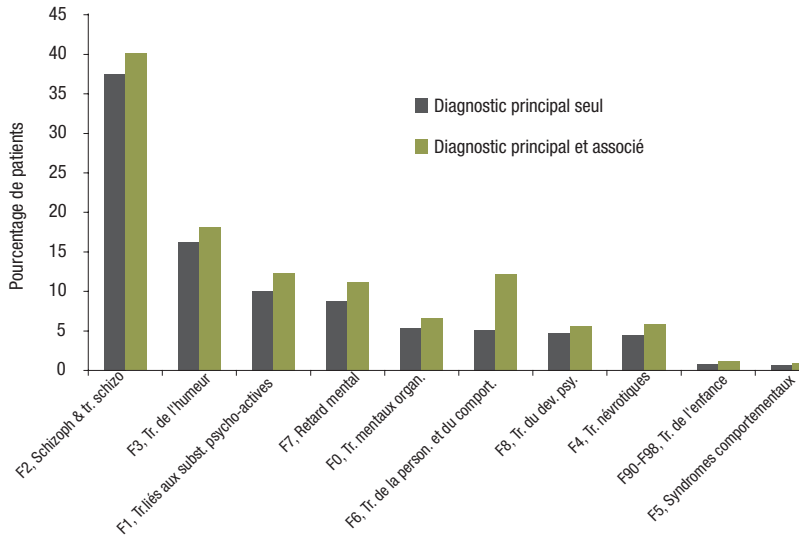
En résumé, avec cette comptabilité, les patients présentent en moyenne 1,21 diagnostic appartenant à des groupes pathologiques différents (au lieu de 1,27 si l'on avait conservé l'ensemble des diagnostics).

### 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).

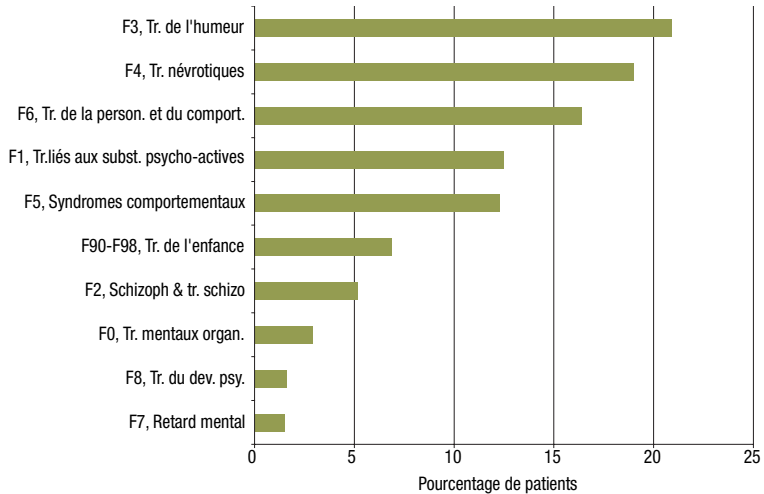
9. Dans l'expérimentation PMSI-Psychiatrie, il n'y a pas de question sur les antécédents de tentatives de suicide. Les résultats présentés ici portent donc uniquement sur les patients de l'Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements ayant une activité de psychiatrie. Ces 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

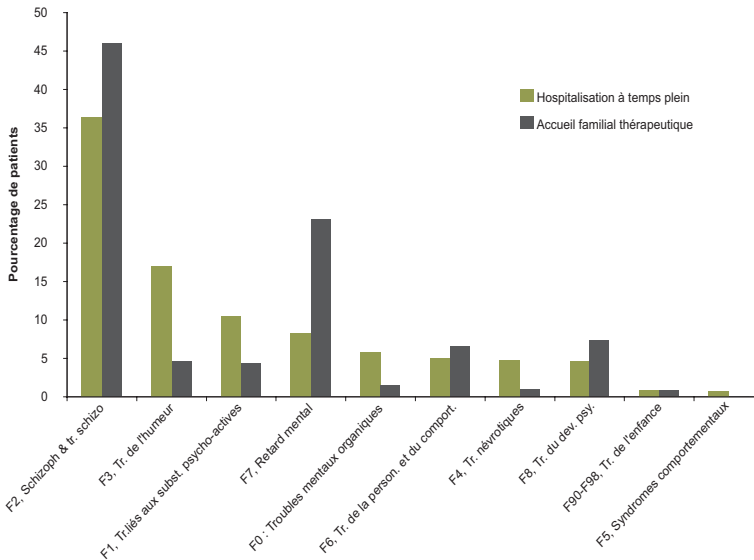
Selon l'enquête, plus de 91 % des patients pris en charge à temps complet un jour donné dans les secteurs de psychiatrie générale sont hospitalisés à temps plein<sup>10</sup>. Ce type de prise en charge étant numériquement important, les diagnostics principaux de ces patients se

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, ATH, 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 :

**11.** 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.

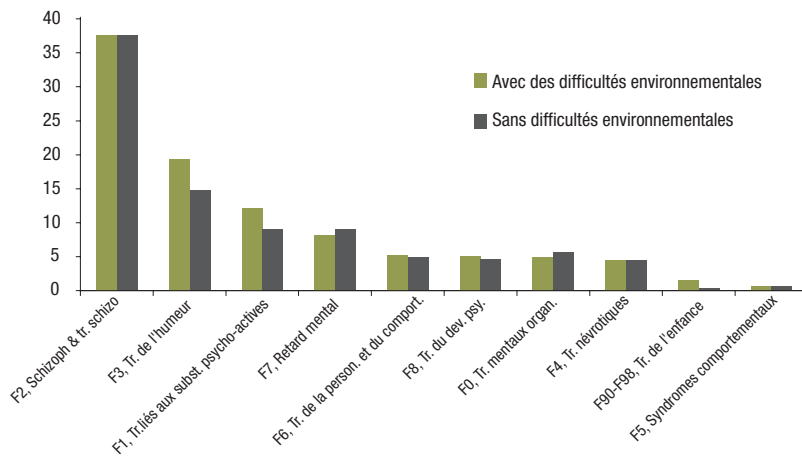
– Les difficultés liées à l'entourage immédiat (9,3 % des patients pris en charge à temps complet) : problèmes de relations conjugales ou familiales, décès, divorce, etc. Chez les patients rencontrant ces difficultés, les troubles de l'humeur, les troubles liés aux substances psycho-actives et les troubles 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.

- 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.

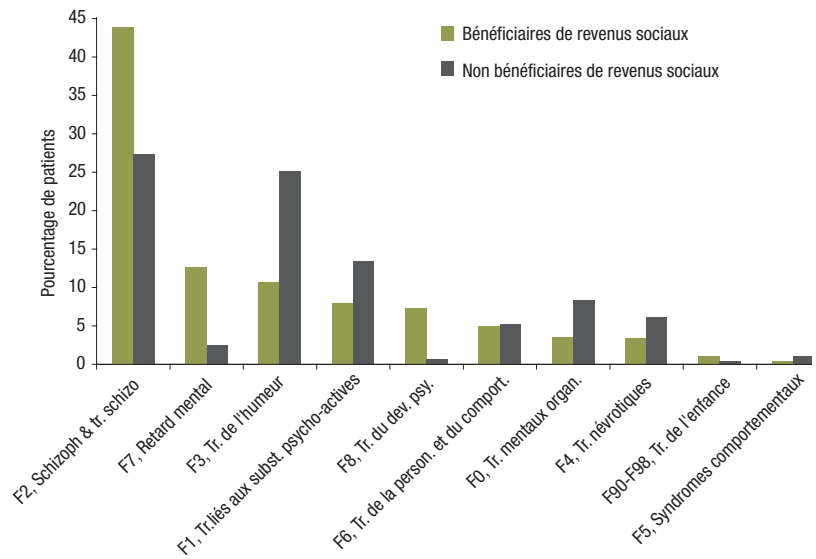
La répartition des pathologies observée au travers des difficultés liées au logement ou aux conditions économiques *déclarées* par les soignants comme pouvant influencer sur l'état de santé du patient diffère quelque peu de celle observée au travers des difficultés *objectivées* par l'existence d'une 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.

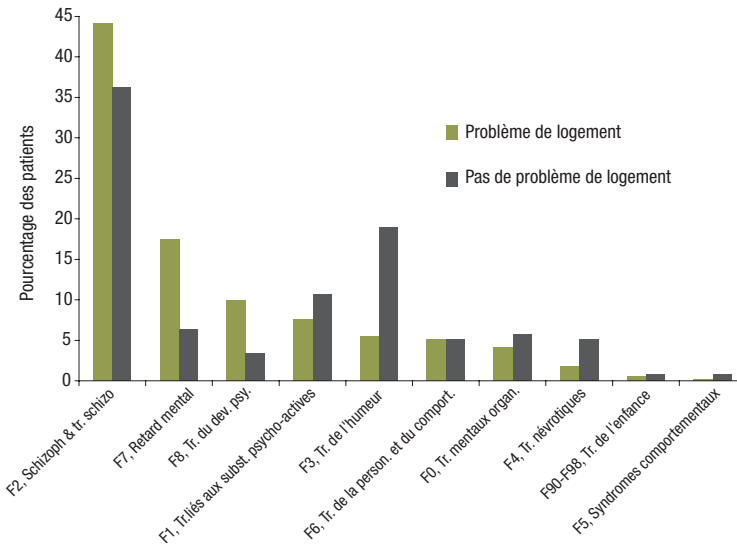
13. Terme statistique désignant une approximation de la variable étudiée par une variable voisine.

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.