

Évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale¹

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

En 2003, 311 000 patients (Coldefy, Lepage, à paraître) ont été pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, dont 302 000 en hospitalisation à temps plein (voir l'article p. 23). Au cours des dernières années, malgré une baisse considérable du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (-39 % entre 1993 et 2003), le nombre de patients hospitalisés a ainsi continué à augmenter. Pour autant, cette hausse est restée modérée (17 % de patients hospitalisés à temps plein sur la même période), comparativement à l'accroissement considérable du nombre de patients pris en charge en ambulatoire (53 % sur la même période) et à temps partiel (31 % sur la même période).

Les évolutions de la prise en charge en psychiatrie sectorisée s'accompagnent-elles d'un renouvellement des patients hospitalisés à temps plein dans les secteurs de psychiatrie générale? Leurs pathologies et leurs caractéristiques socioéconomiques se sont-elles modifiées ou sont-elles restées comparables à celles observées antérieurement?

C'est à ces questions que nous avons cherché à répondre en mobilisant les données issues des enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements ayant une activité de psychiatrie. Ces enquêtes ont été réalisées selon une méthodologie comparable en 1993, 1998 et 2003². Les premières analyses présentées dans ce dossier portent sur 27 923 patients de plus de 20 ans pris en charge à temps complet le 23 janvier 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale de métropole (voir l'encadré 1 p. 146).

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que, comme dans toute enquête ou coupe transversale, les patients pris en charge sur longue période sont surreprésentés. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques observées ne peuvent donc pas être assimilées à celles de la file active annuelle.

* IRDES.

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

2. Les résultats des précédentes enquêtes (1993 et 1998) ont donné lieu à diverses publications (Boisguérin *et al.*, 1999; Casadebaig *et al.*, 2001).

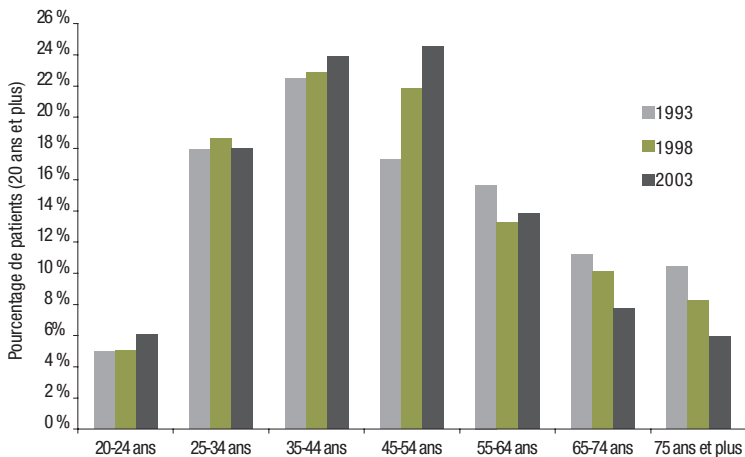
Un rajeunissement marqué de la patientèle

Depuis 1993, le profil des patients pris en charge à temps complet n'a pas connu de modifications majeures concernant le genre. La part des hommes, déjà majoritaire en 1993 (55 %), s'accroît toutefois légèrement, pour atteindre 58 % en 2003. En revanche, l'évolution de la structure par âge est beaucoup plus marquée.

On observe en effet un rajeunissement notable des patients pris en charge à temps complet un jour donné dans les secteurs de psychiatrie générale (graphique 1). La proportion des patients de moins de 55 ans s'est accrue de façon considérable pour les patients de 45-54 ans et légèrement pour ceux de moins de 25 ans. Inversement, la proportion des patients de plus de 55 ans a beaucoup diminué, notamment celle des plus de 65 ans.

GRAPHIQUE 1

Évolution de la répartition des patients selon l'âge entre 1993 et 2003



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné, France métropolitaine.

Sources • Enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 1993, 1998, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Cette diminution de la population âgée et très âgée dans les établissements psychiatriques (alors que la population générale vieillit) s'explique par la conjonction de plusieurs phénomènes.

Il peut s'agir d'une modification des pratiques de soins : les pathologies des personnes âgées peuvent davantage être soignées en ambulatoire ou à temps partiel, car les équipes de secteurs se rendent plus facilement dans les maisons de retraite ou structures médico-sociales qui accueillent ces populations à l'année.

La réduction du nombre de lits d'hospitalisation a aussi amené les équipes soignantes à modifier leurs pratiques de l'hospitalisation, cette dernière étant plutôt réservée à des crises aiguës qui touchent davantage de patients jeunes.

Il peut s'agir également d'un changement de la politique de « recrutement » : devant l'ampleur de la demande de soins en psychiatrie, les secteurs de psychiatrie générale privilégient l'accueil de patients plus jeunes susceptibles d'être pris en charge à temps complet et mettent en place des dispositifs intersectoriels spécifiquement dédiés à la prise en charge des personnes âgées. Ces établissements cherchent donc à libérer des lits ou places, en redirigeant les patients d'un certain âge, dont l'état clinique semble peu sensible à une prise en charge sanitaire à temps complet. Parallèlement, les établissements sociaux et médico-sociaux ou les maisons de retraite acceptent plus souvent qu'auparavant d'accueillir des patients ayant des pathologies psychiatriques. Ainsi, entre 1988 et 2003, le nombre de personnes atteintes de maladie mentale dans les établissements hébergeant des personnes âgées a connu une augmentation importante. Si, en 1988, 27 % des personnes de 80 ans et plus présentaient une démence (Sermet, 1992), elles étaient environ 35 % en 2003 (Dutheil, Scheidegger, 2006). De même, les états dépressifs concernaient 20 % des personnes en 1988, et plus du tiers d'entre elles en 2003.

Chez les patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale un jour donné, le statut matrimonial le plus fréquent, en 2003 comme en 1993, est celui de célibataire. En 2003, 73 % des hommes et 50 % des femmes étaient célibataires. Cette proportion, voisine de celle observée en 1993, est considérablement plus élevée qu'en population générale, où 33 % des hommes et 26 % des femmes de plus de 20 ans sont célibataires (Beaumel *et al.*, 2004). Parallèlement, la proportion de personnes mariées a peu changé (11 % des hommes et 18 % des femmes en 2003). Enfin, il y a proportionnellement un peu moins de veuves mais un peu plus de femmes divorcées.

Les données sur le mode de vie au moment de la prise en charge n'étaient pas disponibles en 1993. Entre 1998 et 2003, la proportion de patients vivant seuls a augmenté (de 27 % à 32 %), contrairement à celle des patients vivant en institution (de 28 % à 20 %). Cette diminution est certainement liée, comme on l'a vu plus haut, à une nouvelle politique de « recrutement » des établissements, mais aussi au fait que les institutions accueillant des malades psychiatriques les font moins souvent hospitaliser.

En 1998, 19 % des patients pris en charge à temps complet avaient, selon les soignants, une activité professionnelle (12 % en emploi et 7 % au chômage). En 2003, on comptait 23 % d'actifs (16 % en emploi et 7 % au chômage). L'augmentation du nombre d'actifs parmi ces patients peut être mise en relation avec le rajeunissement de la population prise

en charge à temps complet. Cette tendance peut également être liée à la modification des pathologies prises en charge, certaines permettant plus facilement que d'autres d'exercer une activité professionnelle. L'amélioration de la prise en charge et de la connaissance des pathologies ont également pu favoriser l'insertion professionnelle des patients.

Une augmentation du taux de patients bénéficiant d'au moins une allocation de ressources

Concernant les ressources, seule l'information relative à la perception ou non de l'allocation adulte handicapé (AAH) est commune aux trois enquêtes. Toutefois, les modalités de recueil de cette information varient d'une enquête à l'autre. En 1993, les soignants devaient seulement préciser si les patients percevaient ou non l'AAH. En 1998, il leur était demandé de choisir quelle allocation percevaient les patients : le revenu minimum d'insertion (RMI), l'AAH ou la pension d'invalidité (une seule possibilité de réponse). En 2003, l'équipe soignante avait la possibilité de renseigner plusieurs allocations. Compte tenu de ces changements, les évolutions observées doivent être interprétées avec prudence.

En 1993, 40% des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale percevaient l'AAH. Ils étaient 38% en 1998. En 2003, la moitié des patients ont perçu cette allocation : parmi eux, 43% ont touché seulement l'AAH et 6% l'AAH et le RMI.

La proportion de bénéficiaires de l'AAH chez les patients pris en charge à temps complet a donc augmenté entre 1993 et 2003 (de +7% ou +25% selon que l'on comptabilise les bénéficiaires ne percevant que l'AAH ou l'ensemble des bénéficiaires de cette allocation). Cette augmentation est toutefois inférieure à celle de l'ensemble des allocataires de l'AAH (hospitalisés ou non). En effet, entre 1992 et 2002, le nombre total de bénéficiaires s'est accru d'environ un tiers (Anguis, 2003). Or, étant donné le rajeunissement des patients pris en charge à temps complet et puisque cette allocation ne peut bénéficier qu'aux patients de 20 à 60 ans, on aurait pu s'attendre à une augmentation plus importante de la proportion d'allocataires chez ces patients. Toutefois, le rajeunissement de la population va aussi probablement de pair avec une modification de la structure des pathologies prises en charge. Celle-ci pourrait à elle seule expliquer pourquoi la hausse du nombre des allocataires de l'AAH au sein des patients hospitalisés à temps complet est plus modérée. En effet, l'AAH n'est versée qu'aux personnes atteintes d'un certain degré d'invalidité. Si le poids des pathologies invalidantes prises en charge à temps complet diminue plus vite qu'en population générale, il est logique que la proportion de bénéficiaires de cette allocation augmente moins vite.

Entre 1998 et 2003, le taux de bénéficiaires d'au moins une allocation de ressources (AAH ou RMI ou pension d'invalidité) a augmenté, passant de 53 % à 62 %. Ces trois allocations ont toutefois connu des évolutions différentes.

– comme on l'a vu ci-dessus, la proportion de bénéficiaires de l'AAH a augmenté : elle était versée à 38 % des patients en 1998 et à 43 % en 2003 si l'on ne prend en compte que les patients percevant uniquement l'AAH.

– l'évolution de la proportion de bénéficiaires du RMI parmi les patients pris en charge à temps complet est plus difficile à établir. En 1998, 4 % des patients percevaient le RMI. En 2003, ils étaient 10 % ; 4 % percevaient uniquement le RMI et 6 % le RMI et l'AAH. Entre 1998 et 2003, il y a donc eu soit une stabilité, soit une augmentation selon que l'on prend en compte uniquement les patients percevant le RMI ou ceux qui touchent le RMI et l'AAH. Ces évolutions discordantes ne permettent pas une analyse plus détaillée de cette évolution. On notera simplement que dans le même temps, le nombre total d'allocataires du RMI dans la population a peu évolué (Bureau « Lutte contre l'exclusion », 2004).

– enfin, le nombre de patients bénéficiant d'une pension d'invalidité a légèrement diminué : ils étaient 10 % en 1998 et 8 % en 2003 ; très peu de patients en 2003 cumulent pension d'invalidité et AAH ou RMI.

Une modification sensible de la morbidité des patients pris en charge à temps complet en dix ans

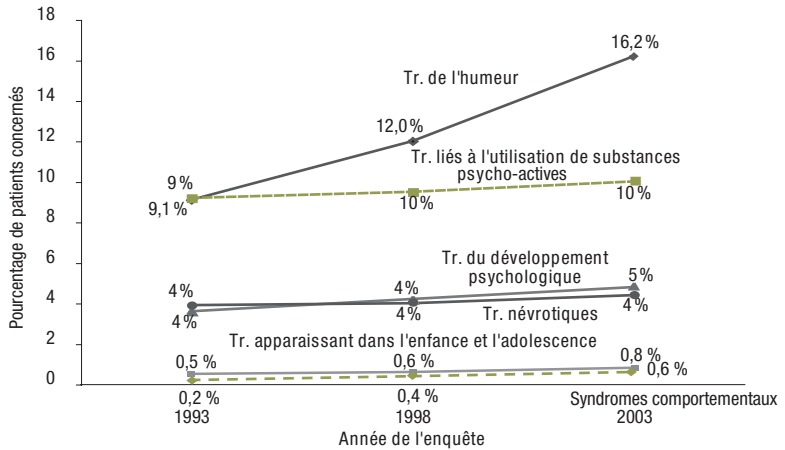
L'Enquête nationale sur les patients pris en charge en établissement ayant une activité de psychiatrie de 2003 prévoit de relever une comorbidité psychiatrique associée appelée « diagnostic psychiatrique longitudinal » : il arrive en effet qu'un patient ait été pris en charge le jour de l'enquête pour une crise aiguë (diagnostic principal), sur un terrain pathologique relevant d'une affection psychiatrique au long cours (diagnostic psychiatrique longitudinal). Il aurait donc été pertinent de comparer l'ensemble de la morbidité des patients pris en charge à temps complet et son évolution depuis 1993, plutôt que les seuls diagnostics principaux. Mais nous ne disposons pas des diagnostics longitudinaux pour les enquêtes de 1993 et de 1998. Par conséquent, cette étude s'appuie sur le diagnostic psychiatrique principal, c'est-à-dire le diagnostic psychiatrique ayant mobilisé le plus de ressources le jour de l'enquête.

Quelle que soit l'année d'enquête, le groupe pathologique le plus fréquent parmi les patients pris en charge à temps complet un jour donné en secteur de psychiatrie générale est la schizophrénie et ses troubles apparentés. Ces affections concernaient 39 % des patients en 1993, 41 % en 1998 et 38 % en 2003. La schizophrénie à elle seule affectait

respectivement 28 % des patients en 1993, 29 % en 1998 et 26 % en 2003. La proportion de ces pathologies est donc relativement stable dans le temps.

GRAPHIQUE 2

Les pathologies dont la part a augmenté ou est restée stable entre 1993 et 2003 (en dehors de la schizophrénie et des troubles apparentés dont la part est restée relativement stable)



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné, France métropolitaine.

Sources • Enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 1993, 1998, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Certains autres groupes pathologiques présentent également une certaine stabilité (graphique 2) :

- les troubles du développement psychologique (essentiellement l'autisme et les troubles apparentés) ont augmenté de 1 point entre 1993 et 2003 (passant de 4 % à 5 %) ;
- les troubles névrotiques et apparentés (anxiété, troubles de l'adaptation, etc.) touchaient 4 % des patients pris en charge à temps complet un jour donné en 2003 comme en 1993) ;
- les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives sont passés de 9 % en 1993 à 10 % en 2003. Cependant, dans ce groupe d'affections, la prise en charge pour des problèmes d'alcool a légèrement augmenté chez les femmes ;
- les troubles apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence concernaient moins de 1 % des patients en 1993 et en 2003 ;
- les syndromes comportementaux (troubles de l'alimentation essentiellement) touchaient également moins de 1 % des patients hospitalisés ;
- enfin, les troubles de la personnalité et du comportement sont passés de 6 % à 5 % entre 1993 et 2003. Toutefois, cette légère baisse s'observe sur les diagnostics principaux, mais ces troubles sont fréquem-

ment cités en diagnostic longitudinal, puisqu'ils représentent à eux seuls plus du tiers de tous les diagnostics longitudinaux notés en 2003.

Une seule catégorie diagnostique a vu véritablement sa fréquence observée un jour donné augmenter entre 1993 et 2003. Il s'agit des troubles de l'humeur, dont la part est passée de 9% à 16% sur la période. Parmi ces troubles, le pourcentage de patients pris en charge à temps complet pour dépression a plus que doublé en dix ans. L'exploitation ne concernant actuellement que les prises en charge à temps complet, il est difficile d'en conclure qu'il s'agit d'une augmentation de ces troubles en population générale, d'un accroissement du recours aux secteurs de psychiatrie pour ce type de trouble, ou d'une évolution des prises en charge, impliquant que les troubles de l'humeur seraient davantage pris en charge à temps complet qu'auparavant.

L'augmentation de la part des troubles de l'humeur parmi les patients pris en charge à temps complet un jour donné a comme corollaire la diminution de la fréquence relative de certaines pathologies (graphique 3):

- La plus forte baisse concerne les troubles mentaux organiques, (essentiellement les démences), dont la part a été divisée par plus de deux (de 12% en 1993 à 5% en 2003). Pour les seules démences, cette diminution est encore plus marquée (de 8,5% en 1993 à 3,6% en 2003).
- Autre baisse importante, celle concernant les patients qui présentent un retard mental. En 1993, ils étaient plus de 14% parmi les patients pris en charge à temps complet en secteur de psychiatrie générale et un peu moins de 9% en 2003.

Ces évolutions de la structure des pathologies prises en charge à temps complet un jour donné à dix ans d'intervalle peuvent résulter de différents phénomènes et donner lieu à plusieurs interprétations.

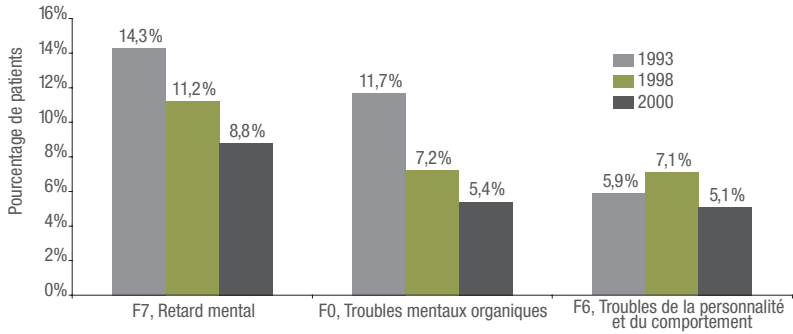
La diminution de certaines pathologies prises en charge à temps complet vient de ce que certaines sont dorénavant davantage prises en charge à temps partiel ou en ambulatoire.

Une seconde interprétation porte sur l'évolution de l'offre et de la politique de « recrutement » des secteurs. La baisse régulière des prises en charge à temps complet des patients atteints de troubles mentaux organiques (démences) et de retards mentaux peut s'expliquer par des pressions sur l'offre (diminution du nombre de lits), qui ont naturellement conduit les établissements à « transférer » une partie de leur patientèle sur d'autres types de structure d'accueil et de prise en charge (notamment les structures médico-sociales), afin de sauvegarder les lits disponibles pour les patients relevant de façon plus certaine d'une prise en charge sanitaire à temps complet. Parallèlement, le secteur médico-social a développé son offre en faveur des personnes souffrant de handicap psychique (Vanovermeir, 2005; Tugores, 2005), et s'est ouvert

davantage au « monde » de la maladie mentale, offrant ainsi aux patients atteints de troubles mentaux une prise en charge plus adaptée que les prises en charges strictement sanitaires.

GRAPHIQUE 3

Les pathologies dont la part a diminué entre 1993 et 2003



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné, France métropolitaine.

Sources • Enquêtes nationales sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 1993, 1998, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003 ; exploitation IRDES.

Troisième type d'interprétation possible, l'évolution croissante des recours pour les autres pathologies psychiatriques. Cette tendance résulte elle-même de différents phénomènes :

- Une modification des pratiques professionnelles. Par exemple, l'augmentation considérable de la place tenue par les troubles de l'humeur peut résulter soit d'une amélioration du diagnostic liée à une meilleure sensibilisation des soignants à ces troubles, soit d'une responsabilité croissante des praticiens, qui recourent davantage à l'hospitalisation devant des cas limites.

- Une augmentation de la demande de soins des patients, permettant aux praticiens de repérer plus souvent certaines affections nécessitant une hospitalisation. Ainsi, dans le cas de la dépression, une certaine déstigmatisation de cette maladie conduit certainement les patients à consulter plus facilement (Anguis *et al.*, 2001).

Cette étude a permis de mettre en évidence un rajeunissement des patients suivis à temps complet entre 1993 et 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale, mais également une modification importante de la structure de leur morbidité. Ainsi, les troubles de l'humeur, qui concernaient 9% des patients en 1993, touchaient 16% des patients en 2003. Inversement, la part des patients suivis pour des troubles mentaux organiques a fortement diminué, en particulier pour les démences, pathologies qui touchent préférentiellement les personnes âgées. De même, la part des patients atteint de retard mental a connu une baisse importante.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anguis M.**, 2003, « Les allocataires de minima sociaux en 2002 », *Études et Résultats*, DREES, n° 276, décembre.
- Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A.**, 2001, « La perception des problèmes de santé mentale: résultats d'une enquête sur 9 sites », *Études et Résultats*, DREES, n° 116, mai.
- Beumel C., Désesquelles A., Richet-Mastain L., Vatan M.**, 2004, « La situation démographique en 2002. Mouvement de la population », *INSEE Résultats*, série Société, n° 34.
- Boisguérin B., Casadebaig F., Quémada N.**, 1999, « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post-cure, 16 au 16 mars 1998 », *Rapport*, INSERM, août.
- Bureau « Lutte contre l'exclusion »**, 2004, « Les allocataires des minima sociaux en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 354, novembre.
- Casadebaig F., Ruffin D., Quémada N.**, 2001, « Caractéristiques de la population prise en charge en secteur de psychiatrie générale en 1993 et 1998. Évolution clinique et démographique », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 49: 513-521.
- Coldefy M., Lepage J.**, à paraître, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », *Document de travail*, DREES.
- Dutheil N., Scheidegger S.**, 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Études et Résultats*, DREES, n° 494, juin.
- Sermet C.**, 1992, « La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution », *Rapport*, IRDES, n° 926, juin.
- Vanovermeir S.**, 2005, « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », *Études et Résultats*, DREES, n° 419, août.
- Tugores F.**, 2005, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 379, février.