

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

DREES

document
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHES

N° 129 • AVRIL 2014

Organisation de l'offre de soins en psychiatrie
et santé mentale

"ACTES DU SÉMINAIRE RECHERCHE"



document
de *travail*

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

DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHES

N° 129 • AVRIL 2014

Organisation de l'offre de soins en
psychiatrie
et santé mentale

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DU DIALOGUE SOCIAL

Cette publication n'engage que ses auteurs

ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE ACTES DU SÉMINAIRE RECHERCHE

Sous la direction de

Rémy Mas

Avec la collaboration de

Valérie Ulrich, Sara-Lou Gerber, Christelle Minodier, Stéphanie Dupays, Nathalie Fourcade

Interventions de

Bruno Falissard (psychiatre, professeur de biostatistique et directeur de l'unité INSERM U669)

Christine Chan Chee (coordonnatrice du programme de santé mentale, InVS)

Isabelle Leroux (chargée d'études sur la psychiatrie en établissement de santé, Drees)

Philippe Tuppin (médecin de santé publique, CNAMTS)

Magali Coldefy (chargée de recherche, Irdes)

Audrey Parron (ATER et doctorante en sociologie, Laboratoire Interdisciplinaire Solidarité, Sociétés, Territoires – Centre d'études des rationalités et des savoirs, Université de Toulouse le Mirail (LISST-CERS/UTM)

Rémy Mas (chargé d'études sur les établissements de santé en psychiatrie, Drees)

Jérôme Thomas (maître de conférences en sciences de l'information et de la communication à l'université de Reims)

Gérard Milleret (médecin psychiatre, CH la Chartreuse)

Christine Passerieux (psychiatre, CH de Versailles)

Adeline Gallini (post-doctorante, université de Pittsburgh)

Hélène Dumesnil (psychologue chargée d'étude, ORS Provence-Alpes-Cote-d'Azur)

François Chapiereau (psychiatre des hôpitaux honoraire)

Carole Peintre (responsable du service études et recherche, CEDIAS)

Bruno Maresca (directeur du département évaluation des politiques publiques, CREDOC)

Corinne Martinez (chargée de mission, ARS Rhône-Alpes)

Nathalie Lopez (contrôleur de gestion, CH Alpes-Isère)

Philippe Pichon (médecin, AGECSA)

Ghazal Joud (chargée de mission, AGECSA)

Illustrations fournies par les intervenants

Sommaire

■ INTRODUCTION.....	11
■ SÉANCE 1 - BESOINS DE SOINS ET RECOURS AUX SOINS : QUELS GUIDES POUR L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE ?.....	15
Psychiatrie, handicap, santé mentale : définitions et apports de l'épidémiologie (Bruno Falissard).....	17
Sources de données épidémiologiques en psychiatrie et santé mentale (Christine Chan-Chee).....	19
SAE, RAPSYP et RIM-P : le système d'information sur les prises en charge de la santé mentale en établissements de santé (Isabelle Leroux).....	23
SNIIR-AM : le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Philippe Tuppin).....	27
Analyser le recours aux soins psychiatriques à partir du système d'information sur les établissements de santé : intérêts et limites (Magali Coldefy).....	31
■ SÉANCE 2 - LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : QUEL(S) RECOURS ? DANS QUELLE(S) CIRCONSTANCE(S) ? COMMENT GARANTIR LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE ?.....	37
Les parcours de passage à l'âge adulte de jeunes gens en situation de handicap psychique (Audrey Parron).....	43
Illustrations exploratoires de requêtes possibles (Rémy Mas).....	45
Les passages aux urgences : lieu des ruptures de prise en charge ? (Jérôme Thomas).....	49
■ SÉANCE 3 - QUELLE PLACE DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX, MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES, POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ?.....	55
Place de la santé mentale en médecine générale - Région Bourgogne (Gérard Milleret).....	61
Propositions d'amélioration de la coopération MG – Psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération (Christine Passerieux).....	65
Comparaison des tendances d'utilisation des antipsychotiques en France et aux USA (Adeline Gallini).....	69
Stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville : résultats de deux enquêtes (Hélène Dumesnil).....	73
■ SÉANCE 4 - COMMENT ARTICULER LES PRISES EN CHARGE SANITAIRES ET MÉDICO SOCIALES ?.....	78
Intérêt des bases de données pour la recherche en psychiatrie (François Chapiro).....	82
Quels services d'accompagnement pour les personnes présentant un handicap d'origine psychique ? (Carole Peintre).....	88
Quelques enseignements de l'évaluation du plan santé mentale sur l'articulation entre secteurs sanitaire, social et médico-social (Bruno Maresca).....	94

■ SÉANCE 5 - QUELLES ÉVOLUTIONS DU TERRITOIRE DE LA PSYCHIATRIE ?	98
Territorialité(s) et santé mentale (Magali Coldefy)	102
La territorialisation de la psychiatrie en Rhône-Alpes (Corinne Martinez).....	106
Hôpital psychiatrique : élaboration d'une démarche et d'outils d'aide à la planification de l'offre de soins (Nathalie Lopez)	108
Offre de soins et inégalités sociales de santé, les inégalités infra communales d'offre de soins (Philippe Pichon et Ghazal Joud).....	114
■ NOTES DE CADRAGE ET DIAPORAMAS	118
■ ABRÉVIATIONS	148

■ INTRODUCTION

L'axe 4 du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015, « Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs », préconise d'encourager et développer la recherche dans ce domaine, dans le droit fil des recommandations de plusieurs rapports successifs sur la psychiatrie et la santé mentale.

La DREES a, dans le passé, plusieurs fois poursuivi cet objectif, à travers trois appels à recherches sur la psychiatrie et la santé mentale (en 2000, 2002 et 2005) ayant abouti au financement de 27 recherches qui portaient notamment sur l'organisation des prises en charge, les professionnels et les trajectoires des usagers dans le système de santé.

Au-delà de la préconisation du plan Psychiatrie et santé mentale, les changements institutionnels et législatifs, les évolutions de l'organisation des soins intervenus dans un passé récent justifient aujourd'hui de réinvestir cette thématique. Par ailleurs, de nouvelles bases de données sur l'activité et l'offre de soins en psychiatrie sont aujourd'hui disponibles. Leur exhaustivité et leur qualité rendent possible leur utilisation à des fins de recherche.

Dans ce contexte, la DREES souhaite encourager la recherche sur l'organisation des prises en charge en santé mentale. Ce séminaire organisé autour de séances thématiques avait donc pour objectif de recenser les domaines dans lesquels la recherche pourrait éclairer les politiques publiques. Il visait également à déterminer les besoins émergents en matière de données et d'études et à s'interroger sur l'adéquation à ces besoins de l'actuel système d'information sur l'offre de soins.

À cet effet, il a mis en présence des chercheurs, des professionnels et des membres de l'administration susceptibles de mettre en lumière les domaines dans lesquels la prise de décision est rendue difficile par un manque de connaissances. Il s'agissait, à partir des questions que posent les régulateurs ou les acteurs de terrain, d'identifier des objets de recherche et de réfléchir aux données ainsi qu'aux méthodes susceptibles d'être utilisées pour y répondre.

À la suite de ce séminaire, un appel à recherches a été lancé par la DREES en 2013, qui donnera lieu au financement de 4 projets innovants.

Franck von Lennep, directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Le séminaire a comporté cinq séances thématiques qui se sont tenues entre mars et septembre 2012.

- Séance 1 - lundi 26 mars : « Besoins de soins et recours aux soins : quels guides pour l'organisation des prises en charge ? »
- Séance 2 - jeudi 3 mai : « La prise en charge psychiatrique en établissements de santé : quel(s) recours ? Dans quelle(s) circonstance(s) ? Comment garantir la continuité des prises en charge ? »
- Séance 3 - jeudi 31 mai : « Quelle place des professionnels libéraux, médecins généralistes et psychiatres, pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles de santé mentale ? »
- Séance 4 - vendredi 29 juin : « Comment articuler les prises en charge sanitaires et médico-sociales ? »
- Séance 5 - vendredi 7 septembre : « Quelles évolutions du territoire de la psychiatrie ? »

Chaque séance a comporté plusieurs présentations ainsi que des échanges avec la salle qui sont synthétisés ici. En outre, une note de cadrage sur la thématique de la séance a été réalisée et distribuée aux participants avant chaque séance. Ces notes sont reprises à la fin de l'ouvrage.

■ SÉANCE 1 - BESOINS DE SOINS ET RECOURS AUX SOINS : QUELS GUIDES POUR L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE ?

La réflexion sur l'offre de soins en santé mentale nécessite de prendre la mesure de la population susceptible de bénéficier d'une prise en charge. Pour évaluer la prévalence des troubles de santé mentale il apparaît nécessaire dans un premier temps de clarifier les définitions et les concepts employés dans un domaine où « santé mentale », « psychiatrie » et « handicap psychique » s'apprécient davantage de façon globale, c'est-à-dire dans un continuum que par des frontières claires. La notion de besoin de soins est d'autant plus complexe que l'environnement, le contexte social de l'émergence des troubles peut avoir une influence sur les prises en charge et leur adaptation. Pour autant, l'appréhension de ces notions constitue un préalable nécessaire à toute étude sur l'organisation des prises en charge. Une fois ceci admis, différentes approches combinant des données issues des bases médico-administratives (SAE, RAPSY, RIM-P, SNIIR-AM,...) et d'enquêtes épidémiologiques deviennent envisageables.

La première séance du séminaire a été l'occasion de clarifier certains concepts relatifs à la santé mentale et à la psychiatrie utilisés tout au long du séminaire. Elle a également permis de présenter quelques unes des bases de données mobilisables.

L'intervention de Bruno Falissard, INSERM, avait pour objectif de clarifier les concepts de santé, santé mentale et handicap psychique, afin de pouvoir les aborder sous l'angle de la mesure.

Christine Chan Chee, INVS, a présenté les sources de données épidémiologiques et les enquêtes en population générale disponibles pour mesurer les besoins de soins en santé mentale. La réflexion sur l'offre de soins en santé mentale nécessite en effet de prendre la mesure de la population susceptible d'en bénéficier.

Isabelle Leroux, DREES, a présenté les trois sources de données constituant un système d'information harmonisé sur les prises en charge de la santé mentale en établissements de santé, que sont la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les rapports d'activité en psychiatrie (RAPS) et le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P).

Philippe Tuppin, CNAM-TS, a présenté le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) qui permet potentiellement de mesurer le recours aux soins psychiatriques en ville et la consommation de psychotropes.

Enfin, Magali Coldefy, IRDES, a illustré quelques utilisations possibles du système d'information sur les établissements psychiatriques à partir de deux études en cours.

Psychiatrie, handicap, santé mentale : définitions et apports de l'épidémiologie

Bruno Falissard (Psychiatre, professeur de biostatistique et directeur de l'unité INSERM U669)

Il s'agit en définissant la santé, la santé mentale, et le handicap de permettre de les aborder sous l'angle de la mesure.

Les définitions de la santé et de la santé mentale établies par l'OMS sont couramment évoquées :

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹.

« *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* »².

La principale difficulté de ces définitions, souvent pointées du doigt comme trop naïves et utopiques, est leur caractère peu opérationnel et le postulat hédoniste sur lequel elles reposent.

Cet état de bien-être est-il atteignable ? Leur mesure met parfois en évidence certains paradoxes :

- Des patients avec un léger retard mental par exemple sont parfois plus heureux que certains individus sans problèmes particuliers. Il est donc erroné de penser que lorsqu'il y a bien-être, il n'y a pas de problème mental.
- Un niveau économique élevé ne garantit pas le bien-être social. Il n'y a pas corrélation entre les moyens et le bien-être.
- Certaines personnes n'existent que parce qu'elles sont dans des situations de tensions anormales.
- Enfin, ces définitions renvoient à une vision hygiéniste. Il faut absolument être heureux et en bonne santé en pratiquant une activité physique et en se nourrissant de manière équilibrée.

La notion de santé mentale définie ainsi se rapproche donc davantage d'une tentative humaniste d'accompagner la société que d'un concept opérationnel concret et mesurable.

La notion de handicap n'est pas simple non plus. Bien que sa définition semble être plus « opérationnelle », la notion de handicap psychique³ soulève également des questions. L'une des difficultés réside en particulier dans la multiplicité des termes utilisés, ce qui peut être à l'origine de définitions ambiguës. Il apparaît notamment intéressant d'avoir une définition qui s'éloigne du handicap physique. Une limite importante d'ailleurs de certaines définitions du handicap est qu'elles reposent sur une opposition entre l'individu et une société qui l'empêcherait de fonctionner, qui ne saurait pas s'adapter à ses troubles psychiques. Pire, poussée à l'extrême, cette même logique pourrait aller jusqu'à poser la question de savoir si en arguant du handicap certains comportements habituellement condamnés par la loi, comme la pédophilie par exemple, pourraient être tolérés. Dans le même ordre d'idée, il y a un véritable problème de fond avec des gens qui ont des phobies mais préfèrent vivre avec. Est-il possible de parler de handicap lorsque certains individus, atteints de phobies, ont organisé l'ensemble de leur vie afin de ne pas souffrir de leurs répercussions dans leur vie quotidienne ?

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946.

² La santé mentale : renforcer notre action. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> Aide-mémoire N°220. septembre 2010.

³ Le handicap psychique est défini par la loi du 11 février 2005, qui donne une pleine reconnaissance à ce type de handicap. L'article 2 stipule ainsi que : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

De là, la notion de handicap ne peut se définir que dans un contexte, un environnement et la question de l'interaction entre état de santé et société se pose alors très clairement. La question de la mesure du handicap psychique en est donc encore à ses débuts et certaines équipes, notamment une à Versailles, travaillent au développement d'instruments de mesure du handicap. C'est un véritable enjeu d'adéquation avec les besoins.

En médecine, il n'y a pas des maladies mais des malades. Les maladies sont des constructions obéissant à des définitions biologiques, sémiologiques. Les malades sont en revanche des individus qui expriment des plaintes. Il n'est pas possible d'obliger à se soigner des personnes qui n'en font pas la demande, sauf en pédiatrie où dans ce domaine on voit d'ailleurs des évolutions qui vont dans le sens de permettre aux enfants de décider qu'ils ne désirent pas se soigner contre l'avis de leurs parents (cf. décision britannique d'une jeune fille atteinte d'un cancer) et en psychiatrie (soins sans consentement).

C'est l'opérationnalisation de ces remarques qui permet de faire de la recherche et de l'épidémiologie. Cela demeure difficile dans la mesure où il y a un problème de validité et de répercussion des symptômes lorsque certaines personnes organisent toute leur vie pour éviter les répercussions de leurs troubles, et ne se sentent pas malades. Le « need for care » qui intéresse les politiques publiques n'est pas synonyme de l'épidémiologie. L'objet de celle-ci n'est pas de déterminer des « besoins de soins » mais des entités en partie abstraites qui reposent sur la mesure de symptômes.

En conclusion, la notion de maladie est trop médico-centrée pour une approche de la psychiatrie satisfaisante (prise en compte de l'environnement, du retentissement...) et la notion de santé mentale semble trop vague pour être mesurée. La définition du handicap pourrait paraître plus claire mais peut soulever d'autres difficultés. Les outils de type DSM-IV⁴ ou CIM-10⁵ connaissent un certain succès car ils donnent des critères positifs et reproductibles permettant de faire de l'épidémiologie. Pour autant ces outils sont critiqués, car ils ne prennent pas en compte la répercussion des symptômes dans la vie des personnes. Pour certains, seule l'épidémiologie analytique est possible (facteurs de risque...) et la prévision de prévalence de maladies ne l'est pas. Pourtant, la mesure d'une entité abstraite peut différer d'une réalité clinique et anthropologique. Il est certain qu'il faut manipuler avec beaucoup de prudence les chiffres affichés dans ce domaine, ceci notamment lorsque les données épidémiologiques doivent venir éclairer les décisions publiques. L'idéal serait bien entendu de pouvoir croiser des enquêtes plus « cliniques » avec des enquêtes de type épidémiologiques en population générale.

⁴ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème version (désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

⁵ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision.

Sources de données épidémiologiques en psychiatrie et santé mentale

Christine Chan Chee (coordonnatrice du programme de santé mentale, Institut de Veille Sanitaire)

Les données médico-administratives et les enquêtes en population sont des sources d'informations permettant à l'InVS d'aider à la décision en santé publique et d'accomplir ses missions de surveillance, d'alerte. J'évoquerai ici les données mobilisables sur les questions de prévalence des troubles et du recours aux soins psychiatriques à l'hôpital ou en ville et illustrerai mon propos par quelques exploitations de ces données.

Plusieurs enquêtes épidémiologiques en population générale (Tableau 1) permettant d'évaluer la prévalence des troubles en santé mentale et d'étudier le recours aux soins ont été réalisées depuis une dizaine d'années. Elles s'appuient sur des échantillons nationaux et utilisent des questionnaires standardisés faisant appel à des classifications internationales [classifications internationales des maladies (CIM) ou manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)]. Elles sont fondées sur des méthodologies différentes et aboutissent à des disparités dans les prévalences des troubles de santé mentale. Elles sont généralement axées sur les troubles les plus fréquents (troubles dépressifs et anxieux) et ne prennent pas en compte d'autres pathologies psychiatriques.

Tableau 1 - Enquêtes* en population générale

	Depres	ESPS	SMPG	ESEMeD	Baromètres Santé	Anadep
<i>Date terrain</i>	1996	1996 – 1997	1999 – 2003	2001 – 2003	2005 – 2010	2005
<i>Promoteur</i>		Irdes	CCOMS	OMS – WMH	Inpes	Inpes
<i>Nombre de personnes</i>	14°517 en France	18°289 Assurés sociaux	36°105	2894 en France	16°833 en 2005 8238 en 2010	6498
<i>Échantillon</i>	Quota	Aléatoire	Quota	Aléatoire	Aléatoire	Aléatoire
<i>Thématique</i>	Dépression	Multiple	Santé mentale	Santé mentale	Multiple	Dépression
<i>Mode de passation</i>	Face à face	Auto-questionnaire	Face à face	Face à face	Téléphone	Téléphone
<i>Taux de réponse</i>	Inconnu (panel)	68 % ménages 42 % sujets tirés au sort	Inconnu (lieux publics)	46 %	~ 60 %	63 %
<i>Âge (ans)</i>	≥ 18	≥ 16	18-75	≥ 18	15-75	15-75
<i>Questionnaire</i>	MINI	MINI	MINI	WMH-CIDI	CIDI-SF	CIDI-SF
<i>Prévalences EDM (%)</i>	6 mois = 9,1°%	1 mois = 12,0°% (déclaré : 6,3°%)	2 semaines = 11,1°%	Vie = 21,4°% 12 mois = 6,0°%	12 mois = 7,8°% en 2005 et en 2010	Vie = 17,8°% 12 mois = 5,0°%

SOURCE : INVS.

* ENQUÊTES SUR ÉCHANTILLONS NATIONAUX UTILISANT DES QUESTIONNAIRES STANDARDISÉS FAISANT APPEL À DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES (CIM OU DSM)

Sept enquêtes nationales sont identifiables entre 1996 et 2010 :

- L'enquête **Depres** de 1996 repère des épisodes dépressifs majeurs (EDM) sur six mois. D'après les résultats de cette enquête, près de 9 % de la population souffrait de ce trouble au cours des six mois précédant l'étude.
- Dans l'enquête Santé et Protection Sociale (**ESPS**), l'état de santé est recueilli à partir des données issues du questionnaire MINI et d'un auto-questionnaire sur des pathologies déclarées par la personne. La prévalence des EDM était alors évaluée à 12 %.
- L'enquête Santé Mentale en Population Générale (**SMPG**), réalisée auprès de 36105 personnes âgées de 18 à 75 ans s'est déroulée sur plusieurs sites entre 1999 et 2003. Parmi les personnes interrogées, 11 % ont été repérées comme ayant connu un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'enquête.

- L'étude européenne **ESEMeD** (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) a utilisé un autre questionnaire, le Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI, version 2000) pour repérer des prévalences d'épisodes dépressifs sur une période de 12 mois.
- Selon le **baromètre santé**, lors des deux enquêtes en 2005 et en 2010, la prévalence de l'EDM au cours des 12 mois précédant le recueil des données serait de 7,8 %. En 2005, les questions sur le recours ont été posées à tous les sujets alors qu'en 2010 elles n'étaient posées que si la personne interrogée répondait positivement aux questions filtres sur les symptômes de dépression.
- De son côté, l'enquête **Anadep** a décrit en 2005⁶ que sur 1608 répondants ayant eu recours à un professionnel pour raison de santé mentale, 67,2 % ont consulté un médecin généraliste et que parmi ceux-là 46,1 % ont consulté exclusivement un médecin généraliste.

Ces enquêtes permettent d'observer de façon générale une faible congruence entre le diagnostic de troubles psychiatriques et le recours déclaré. Pour chacune d'entre elles se pose le problème de la validité des réponses et de la répercussion des symptômes dans la vie des personnes. Les résultats épidémiologiques, l'adéquation aux traitements et le besoin de soins non satisfait (unmet need for care) peuvent être très différents.

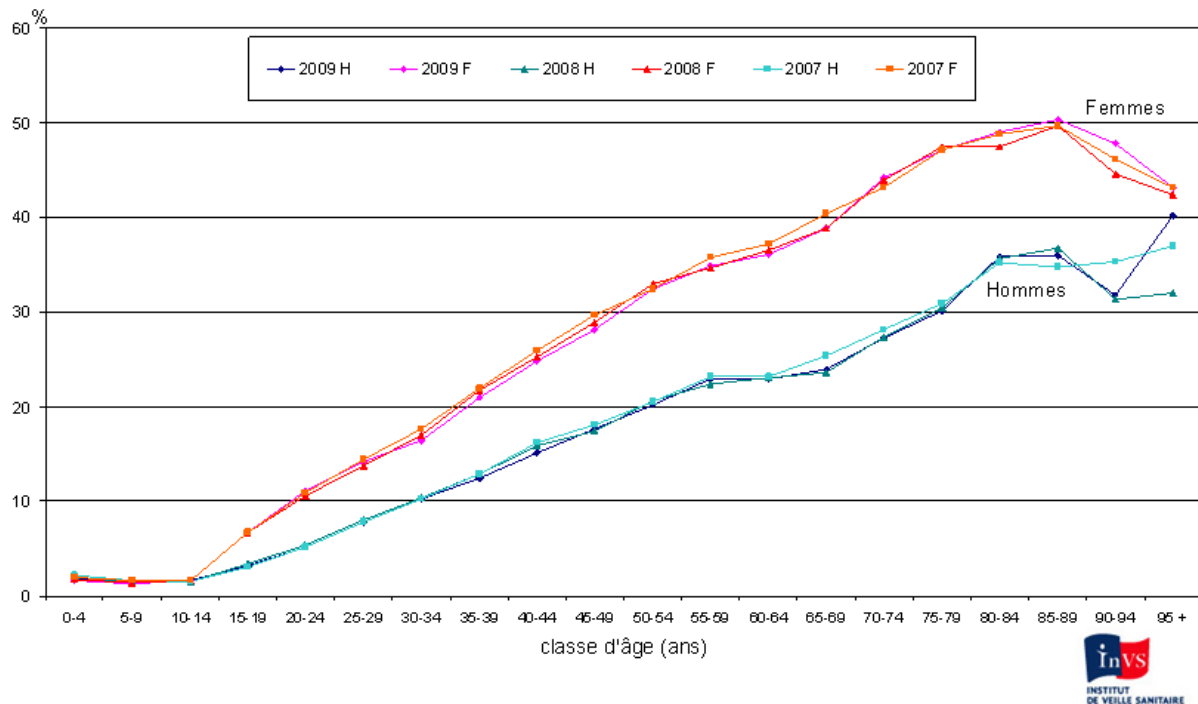
Les données sur les hospitalisations sont accessibles grâce aux systèmes d'informations mis en place. Le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI-MCO) permet par exemple d'étudier les hospitalisations pour tentatives de suicide et d'analyser de façon descriptive les séjours hospitaliers, les caractéristiques de la patientèle ainsi que des données médicalisées précisant, entre autres, le(s) diagnostic(s) comorbides. Ces données autorisent ainsi l'estimation des taux annuels d'hospitalisation pour tentatives de suicide et d'évaluer le risque de réadmission (depuis 2004). Disposer de remontées nationales d'informations est extrêmement utile pour la surveillance. L'une des limites de ces données est que les caractéristiques socioéconomiques des patients sont limitées. Il n'y a pas d'information ni sur la profession, ni le statut marital, ni l'environnement socio-culturel. Enfin leur qualité dépend du codage des praticiens hospitaliers.

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) mis en place en 2007, est le recueil des hospitalisations en psychiatrie, à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Les limites sont les mêmes que pour le PMSI-MCO. C'est une source d'informations précieuse pour la surveillance des maladies psychiatriques dans la mesure où il permettra à terme d'étudier le suivi et les modalités de prises en charge des personnes atteintes de pathologies psychiatriques graves. Son utilisation nécessite néanmoins une évaluation préalable de la qualité du codage des données, ce qui limite pour l'instant les possibilités d'études en épidémiologie. Il est en effet nécessaire de s'assurer préalablement à l'utilisation du RIM-P de l'exhaustivité de la transmission des données, de la qualité du chaînage et de l'exhaustivité du codage diagnostique.

Deux autres bases de données, mais portant cette fois-ci sur les soins de ville sont mobilisables. Il s'agit du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) et de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), toutes deux produites par l'assurance maladie. Le SNIIR-AM propose des données exhaustives (98,6 %) sur les remboursements de soins en ville et permet d'étudier la consommation de psychotropes. Les données sont disponibles sur 3 ans plus l'année en cours. L'EGB constitue de son côté un échantillon au 1/97^{ème} avec ou sans soins de la population et sa conservation prévue est de 20 ans. Ces 2 bases comportent des données sur le patient [âge, sexe, résidence, date de décès, couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), affection longue durée (ALD)] et sur les soins remboursés.

⁶ Chan Chee C. et al. (2009), La dépression en France / Enquête Anadep 2005, Études Santé, Inpes.

Figure 1 - Taux de remboursement d'Anxiolytiques - Hypnotiques (≥ un remboursement/an) par sexe et âge, EGB 2007 - 2009



À partir de l'EGB, il est possible notamment de regarder les taux de remboursement d'anxiolytiques et d'hypnotiques. À classe d'âge et sexe égale, les taux de consommation sont quasiment identiques entre 2007 et 2009 sauf dans les âges extrêmes chez les hommes (petits effectifs). Les taux de consommation vont jusqu'à 50 % chez la femme et 36 % chez l'homme dans les âges extrêmes. Jusqu'à 14 ans, les garçons ont une prescription comparable à celle des filles. Avec l'âge, le taux de consommation augmente plus vite chez les femmes que chez les hommes.

Enfin, des données de surveillance non spécifique sont également collectées. L'un de ces dispositifs consiste en la surveillance coordonnée des Urgences – Oscour® en place depuis juillet 2004. Il consiste en une transmission automatique à l'InVS en temps réel des données sur les passages aux urgences. Elle couvre toutes les régions et ses objectifs sont d'une part de détecter des événements attendus et inattendus mais aussi d'estimer leur impact sur la santé publique. D'autres systèmes de surveillance existent notamment sur les recours aux soins de ville via les données SOS médecins transmises à l'InVS.

Pour finir, j'aimerais rappeler en discussion quelques points. Les enquêtes en population générale permettent une mesure des troubles selon une approche syndromique ainsi qu'un recueil des déterminants socio-économiques, culturels. Elles peuvent comporter des données déclaratives sur le recours aux soins mais ne mesurent le plus souvent que des troubles fréquents (dépression, troubles anxieux). Les données médico-économiques de leur côté sont obtenues à partir du recours aux soins. Il n'est donc pas possible à partir de ces données d'évaluer la prévalence des troubles. Elles comportent peu de données socio-démographiques et nécessitent surtout une évaluation de la qualité du codage. Elles n'ont pas été conçues pour l'épidémiologie entre autres car les codages évoluent avec les impératifs économiques. À terme le chaînage entre les différentes sources de données médico-économiques entre elles d'une part et avec les enquêtes en population d'autre part permettra l'étude des recours aux soins hospitaliers et de ville ainsi que le croisement avec des données déclaratives.

Discussions

- Comment passer d'outils de description anthropologique à la planification des soins ? Il faudrait pouvoir disposer d'outils diagnostics, utilisés par des professionnels, mais ce type de recueil serait très coûteux.
- La santé mentale est une notion construite, relative à une société qui pose la question de la représentation, de l'environnement culturel, socio-économique.
- Trois aspects sont à distinguer : les troubles et qui les repère (la personne, son entourage..) ; la plainte : ce qui fait qu'une souffrance devient une plainte ? ; quels besoins de soins ? quels recours ?
- Il faut faire attention au médico-centrisme quand on étudie ces sujets. Il faudrait prendre en compte les recours « profanes ».
- Il est possible également de s'intéresser aux résultats issus de l'enquête handicap-santé auprès des ménages (HSM), dans laquelle quelques questions ont été posées permettant le repérage de certains troubles. En particulier, une étude est en cours sur le lien entre classification de la maladie et classification du handicap, sur la base d'entretiens qualitatifs réalisés en complément de l'enquête⁷.

⁷ Il s'agit d'une recherche soutenue par la Mire-DREES, dirigée par Pascale Roussel (EHESP) et qui porte sur les données de santé mentale dans l'enquête HSM (rapport terminé et en phase d'évaluation scientifique).

SAE, RAPSY et RIM-P : le système d'information sur les prises en charge de la santé mentale en établissements de santé

Isabelle Leroux (chargée d'études sur la psychiatrie en établissement de santé, Drees)

La Drees a contribué à la construction d'un système d'information sur l'offre de soins hospitalière en psychiatrie s'articulant autour de trois sources : le Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P), la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) et les Rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY). Les éléments de ce triptyque ont été conçus en utilisant des concepts harmonisés selon des approches complémentaires permettant plusieurs niveaux d'interrogation.

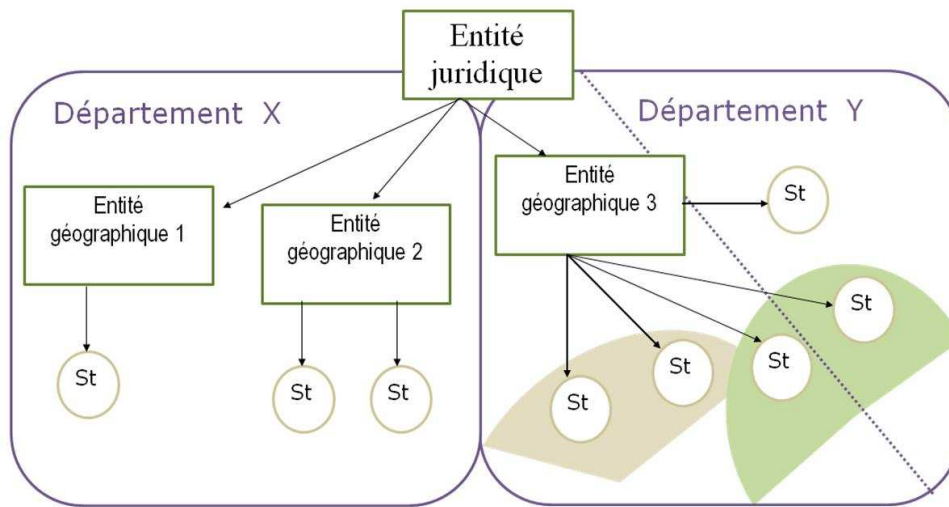
Les prises en charge de psychiatrie en établissement de santé : des formes multiples

La psychiatrie se distingue des autres disciplines médicales par, notamment, des prises en charge récurrentes et variées, de nombreuses structures extrahospitalières et une faible place des actes techniques. Trois natures de prise en charge sont distinguées en psychiatrie :

- les prises en charge ambulatoires désignent l'accueil et les soins réalisés essentiellement en centre médico-psychologique (CMP), ainsi que les consultations réalisées dans d'autres lieux, notamment ce qui relève de la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire et social ;
- les prises en charge à temps partiel, plus importantes que celles en ambulatoire sans impliquer une prise en charge continue de jour et de nuit (en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques, en hôpital de jour et en hôpital de nuit) ;
- les prises en charge à temps complet, réalisées dans des lieux permettant les soins et la surveillance 24 heures sur 24 (essentiellement en hospitalisation à temps plein, mais également en placement familial thérapeutique, centre de postcure, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile et en centre de crise).

Les établissements de santé (figure 2) sont composés d'une entité juridique qui peut comprendre plusieurs entités géographiques et de nombreuses structures extrahospitalières réparties éventuellement sur plusieurs départements. La structure d'interrogation des établissements est donc un élément non neutre des recueils de données sur le sujet.

Figure 2 - Qu'est-ce qu'un établissement de santé ?



Afin de décrire ces multiples formes de prises en charge, dans des structures elles-mêmes variées, les trois sources recouvrent des logiques et des objectifs différents.

La SAE, un bilan annuel exhaustif de l'offre de soins

La SAE est une enquête administrative annuelle exhaustive (99 % d'établissements répondants en 2010) auprès des établissements de santé publics et privés installés en France. Elle existe depuis les années 1970 et a connu une refonte dans les années 2000. Depuis 2006, un bordereau d'interrogation spécifique à la psychiatrie (le Q09) a été introduit. Cette enquête recueille des informations détaillées sur l'activité (nombre de journées d'hospitalisation ou d'actes), les capacités (lits, places ou structures), et le personnel, ainsi que quelques informations sur les files actives, le mode légal d'hospitalisation/de soins, la présence d'unités spécialisées. Elle permet de fournir des séries longues sur les capacités et l'activité, de décliner des données au niveau national, régional et départemental ainsi que de fournir des données sur l'ensemble des disciplines sanitaires des établissements. Les données administratives, telles que déclarées par les établissements, sont accessibles sur un site internet de diffusion : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>, et des bases de données complètes sont disponibles sur demande (DREES-SAE@sante.gouv.fr).

L'utilisation de ces données nécessite le redressement de certaines données aberrantes ou manquantes (à partir de la mise en cohérence avec d'autres sources ou par l'étude des évolutions dans le temps). Les résultats principaux de l'enquête sont diffusés dans un ouvrage annuel sur les établissements⁸.

Le RIM-P : une description détaillée des prises en charge et de la patientèle

Le RIM-P permet de décrire de façon détaillée les prises en charge et la patientèle. Il contient des informations sur tous les séjours, venues ou actes ambulatoires réalisés dans les services des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. À chacun de ces séjours est associé un patient, avec un numéro unique et anonyme. Ce recueil permet de disposer d'informations sur le patient (sexe et âge) et les principales caractéristiques du séjour (diagnostic principal, mode d'entrée et de sortie...). Le RIM-P constitue un outil d'analyse central dans le cadre de l'exploration de nouveaux modes de financement de l'activité en psychiatrie mais permet également une analyse plus fine des prises en charge, en lien avec quelques éléments de morbidité : déroulement d'un séjour, alternance des prises en charge, trajectoires de patients, etc.

⁸ Bénédicte Boisguérin et Christelle Minodier (dir.), Le panorama des établissements de santé - édition 2012, Drees, Collection Études et statistiques, 2012, 172 p. [n° ISBN : 978-2-11-129986-3].

Les données sont recueillies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) depuis juin 2006. Cette base de données, relativement complexe, demande des traitements spécifiques pour pouvoir produire des résultats fiables (Non-réponse totale et partielle, vérifications de cohérence, chaînage des patients...). La demande de données s'effectue auprès de l'ATIH et doit être soumise à un accord de la CNIL.

Les RAPSY : une enquête ponctuelle à un niveau géographique fin sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles

L'objectif des RAPSY est de décrire l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale de façon détaillée et complémentaire à celles de la SAE et du RIM-P. Ils remplacent les rapports d'activité de secteur précédemment recueillis en élargissant le champ à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sectorisés ou non sectorisés. Cette collecte nationale réalisée en 2009 porte sur l'activité de l'année 2008. Au-delà des indicateurs classiquement recueillis dans les enquêtes sur les établissements de la santé, les RAPSY recueillent des informations au niveau de l'établissement sur : l'accès aux soins (accueil des nouveaux patients, permanence, continuité des soins, urgences, prise en charge somatique), la prévention et l'insertion sociale (promotion de la santé, prévention, insertion, interventions dans les établissements médico-sociaux), l'organisation des soins et les pratiques professionnelles (premier accueil, délai d'attente, unités d'hospitalisation fermées, chambres d'isolement, protocole et formation en lien avec les situations de violence, de fugue ou de risque suicidaire, lien avec la médecine générale). L'un des intérêts de cette enquête est que les données recueillies peuvent permettre de disposer d'éléments de description des établissements de santé à un niveau géographique fin (structure), sur l'organisation des soins ou les pratiques professionnelles par exemple. Une cartographie des principaux résultats est en ligne sur le site de la DREES (<http://www.sante.gouv.fr/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale.html>), ainsi qu'une base de données simplifiée. Les données détaillées sont accessibles sur demande (DREES-RAPSY@sante.gouv.fr). Plus de 80 % des établissements ont répondu à l'enquête. Les données ainsi collectées doivent être complétées et corrigées (avec la SAE) pour produire des totaux sur les capacités, l'activité ou le personnel, mais fournissent un très grand échantillon représentatif pour décrire plus finement l'offre, ainsi que l'organisation des soins et des pratiques professionnelles.

L'utilisation combinée de la SAE, du RIM-P et des RAPSY fournit donc une information complète et permet de réaliser des études diverses sur le système d'offre de soins en santé mentale (tTableau 2).

Tableau 2 - Comparaison des sources de données RIM-P, SAE et RAPSY

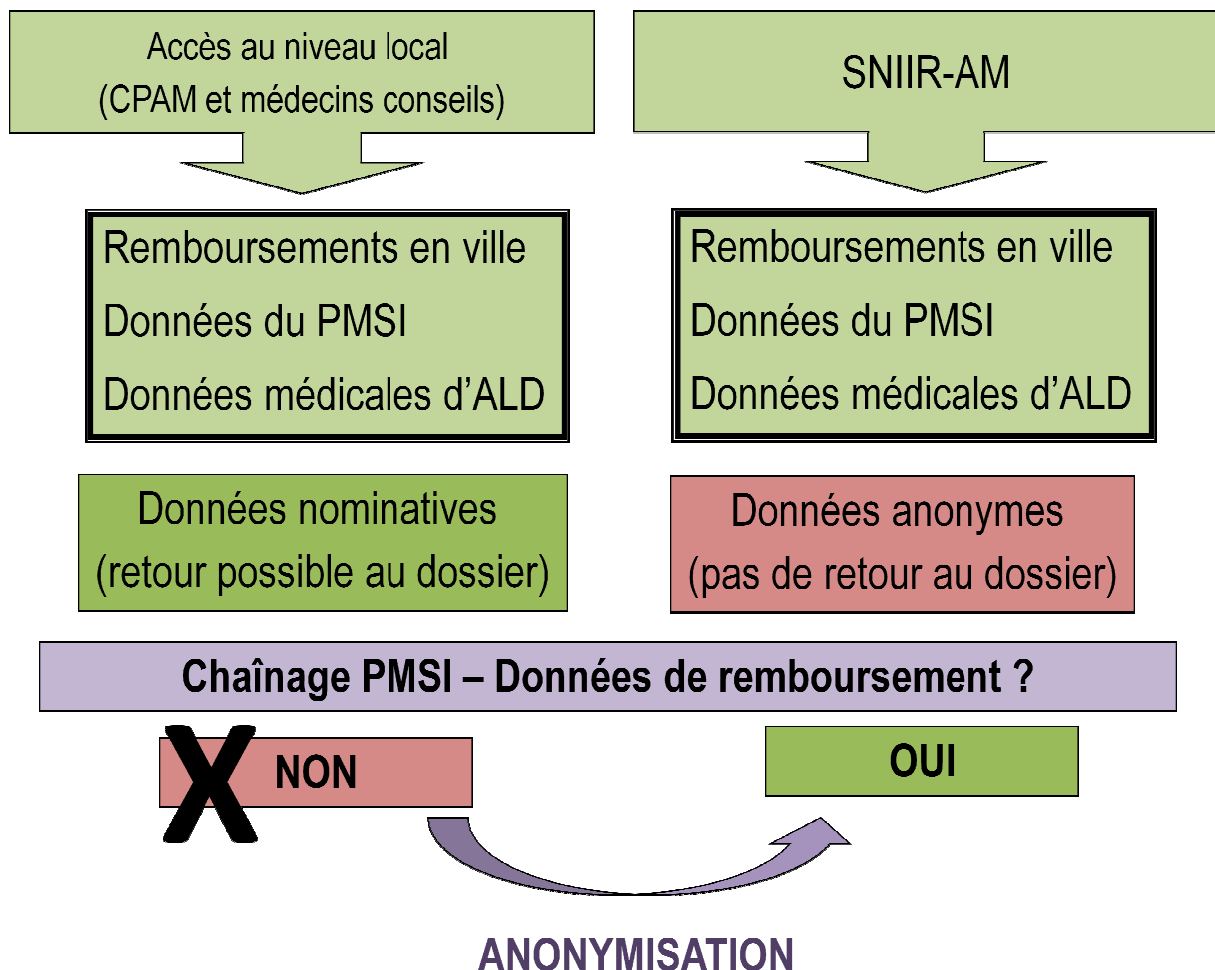
Sources de Données	RIM-P	SAE – bordereau Q09	RAPSY
Fréquence	Annuel	Annuel	Ponctuel
Taux de réponse	91 % en 2010	99 % en 2010	81 % en 2008
Informations	Description des prises en charge Approche patientèle	<ul style="list-style-type: none"> - Équipements et Personnels - Activité - Capacités 	<ul style="list-style-type: none"> - Items SAE plus détaillés - Organisation des soins - Réseau et intervention dans la communauté - Prises en charge spécifiques
Unité statistique la plus fine	Patient	Établissement (entité juridique ou géographique)	<ul style="list-style-type: none"> - Établissement (au sens de la SAE) - Structures de prise en charge

SNIR-AM : le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

Philippe Tuppin (médecin de santé publique, CNAMTS)

Le Système national d'information inter-régimes – Assurance maladie (SNIR-AM) contient principalement des données de remboursement des soins de ville, des données médicales des affections de longue durée, et celles issues du PMSI. Il a été créé le 23 décembre 1998 par la loi de financement de la sécurité sociale, et a reçu l'avis favorable de la CNIL pour sa mise en œuvre le 18 octobre 2001. Sa création a été officialisée le 11 avril 2002, par arrêté ministériel. Le développement de ce système d'information a eu pour objectif premier d'assurer le remboursement ou le paiement de prestations en rapport avec la santé des assurés. À cet objectif s'est surajouté au cours des dernières années le besoin de maîtriser les dépenses de santé, impliquant une meilleure connaissance notamment des soins remboursés. C'est par conséquent un système d'information en évolution qui atteindra à terme une exhaustivité d'information tous régimes et donc à l'échelle d'une population.

Figure 3 - SNIR-AM – apports et limites



Il est possible de chaîner des informations entre les données de consommations de soins et de remboursement en ambulatoire et celles recueillies lors d'un séjour hospitalier à l'aide du PMSI en utilisant un procédé d'anonymisation irréversible à double niveau avant leur enregistrement dans la base nationale (Figure 3). Sur le champ de la psychiatrie, il permet potentiellement de mesurer le recours aux soins psychiatriques en ville et la consommation de psychotropes mais des études avec chaînage au RIM-P commencent à voir le jour. Compte

tenu des modes de facturation ou de prise en charge, il est difficile d'apprécier la consommation détaillée de soins (médicaments) lors d'un séjour hospitalier ou lors d'une institutionnalisation et dans le secteur ambulatoire médico-social.

L'affiliation à un régime étant fondée sur la profession ou la catégorie socioprofessionnelle, celle-ci peut changer au cours de la vie et entraîner des difficultés dans le suivi de l'assuré. Il est à souligner également dans la perspective de travaux de recherche que les structures d'âge et de sexe sont différentes selon le régime de la population de bénéficiaire mais aussi probablement dans le mode de recours aux soins. Les données individuelles concernant les bénéficiaires sont conservées trois ans et l'année en cours. Un échantillon généraliste des bénéficiaires au 1/97^{ème}, représentatif des personnes protégées (Régime général, MSA, SI), a été constitué afin de disposer d'un suivi de la consommation des soins et des taux de recours aux soins sur une période de vingt ans.

Malgré l'excellente acuité qu'offre le SNIIR-AM sur les recours aux soins, il laisse cependant aujourd'hui encore quelques zones d'ombre :

- Exploration nécessaire de la qualité du chaînage entre la base de soins ambulatoire et les PMSI SSR (soins de suite et réadaptation), HAD (hospitalisation à domicile) et RIMP.
- Consultations externes MCO, disponible plus récemment, examens intra-hospitaliers publics.
- Long séjour, EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

À terme, le SNIIR-AM doit concerner tous les régimes. L'un de ses atouts est sa réactivité (mise à jour au fil de l'eau) ce qui en fait une source appréciable pour la surveillance des évolutions de la consommation de soins. À termes, la proportion de perdus de vue doit diminuer (statut vital disponible, exhaustivité limitant l'impact des déménagements, identifiant unique). Le régime général comptait en 2003 près de 46 millions de bénéficiaires et traitait à lui seul 1 milliard de feuilles de soins par an⁹. Il permet aussi des comparaisons nationales, régionales grâce à l'identification de l'adresse de résidence et de la caisse d'affiliation. En termes de qualité, les données du SNIIR-AM sont plus fiables que celles des données déclaratives soumises à des oublis ou de moindre qualité. Il est d'ailleurs également possible de coupler le SNIIR-AM avec des enquêtes externes réalisées auprès d'échantillons (avis CNIL). Il peut enfin permettre la mise en place de systèmes de surveillance, d'étudier l'éventuel impact d'actions, de sélectionner des sujets pour des enquêtes spécifiques...

Le SNIIR-AM contient des informations médicalisées (diagnostics, ALD) et sur la consommation et recours aux soins mais peu d'informations sur les caractéristiques socioéconomiques de l'assuré. Les données médicalisées informent notamment sur la pathologie par le diagnostic (diagnostic principal/associé/relié) codé en CIM10, les ALD exonérantes, les accidents du travail et maladies professionnelles mais aussi la durée. En revanche les informations sur les résultats d'examens cliniques et paracliniques sont pauvres.

Afin d'identifier certaines pathologies, il est nécessaire d'avoir recours à des algorithmes et l'idéal est leur validation à l'aide d'études cliniques qui puissent être chaînées aux données de consommations inter-régimes (DCIR) ou de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

Lors de l'élaboration d'un protocole d'études les faiblesses de cette source d'information doivent être prises en compte. Si par exemple il existe des médicaments traceurs spécifiques comme pour la maladie d'Alzheimer, l'ensemble des patients n'est pas toujours sous traitement ; pour avoir une vision la plus exhaustive possible, il faut alors également utiliser l'information sur les ALD, et sur les diagnostics lorsque la personne est hospitalisée.

Parmi les variables socio-économiques informatives, la notion de Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) est renseignée. Pour rappel, cette couverture complémentaire a été mise en place en 2000. Elle couvre la part des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie et doit favoriser l'accès aux soins sans avance de frais et sans dépassement de tarifs. Le régime général inclut environ 94 % des bénéficiaires d'une CMUc, soit 4,2 millions (8 %) des bénéficiaires du régime général. Un indice géographique de désavantage social est aussi disponible sur la base de la commune de résidence.

⁹ Données de l'Assurance maladie au 31 décembre 2003.

Aujourd'hui, le SNIIR-AM constitue une source considérable d'informations pour des études médico-économiques ou épidémiologiques. Ses données permettent de repérer des pathologies, d'en estimer la prévalence, et d'obtenir des indications sur l'état de santé des sujets au travers notamment de leurs consommations de médicaments ou des actes réalisés. L'exhaustivité tous régimes du SNIIR-AM s'améliore progressivement. Il est nécessaire cependant d'avoir une bonne connaissance du recueil et du circuit des données afin d'en comprendre les limites, ce qui implique de bien comprendre les modes de prise en charge, de suivre les évolutions de codages sans oublier enfin de valider les algorithmes sélectionnés pour les travaux de recherche.

Discussions

- Le SNIIR-AM est une source d'informations très riche mais dont l'exploitation est difficile. Il serait appréciable que des indicateurs plus simples d'utilisation soient disponibles. D'autre part l'absence de diagnostics clinique hors ALD ou codé lors d'une hospitalisation implique le repérage de prescription de médicaments traceurs, ce qui limite tout de même les analyses possibles.
- Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) réalise actuellement des auditions afin de mettre en place un groupe de travail sur les systèmes d'information et leurs utilisations, réunissant producteurs de données et chercheurs, afin de faciliter l'accès et la compréhension de ces données administratives complexes.
- Mettre en relation ces différentes sources sur l'hôpital et le recours en ville, à un niveau régional et départemental serait déjà un premier pas intéressant. Cela peut donner lieu à plusieurs études, même s'il n'est pas possible de reconstituer complètement les parcours des patients.

Analyser le recours aux soins psychiatriques à partir du système d'information sur les établissements de santé : intérêts et limites

Magali Coldefy (chargée de recherche,

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

L'Irdes a réalisé en 2012, pour le compte de la Drees, une étude de faisabilité visant à mesurer la capacité du système d'information en psychiatrie à nous renseigner sur les disparités de prise en charge dans ce domaine, avec une application spécifique au champ de la dépression et de la schizophrénie. Cette étude constitue un préalable indispensable aux projets en cours à l'Irdes visant à analyser les disparités territoriales du recours à l'hospitalisation sans consentement et à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie. Je présenterai aujourd'hui les potentialités et les limites d'une approche à partir du système d'information actuel en psychiatrie.

La mesure de la variabilité des recours et l'analyse de ses déterminants permettent de décrire la qualité ainsi que l'efficacité des organisations et des trajectoires de soins qui lui sont associées. Sans préjuger des normes en place, l'analyse de cette variabilité pourra permettre d'optimiser la conduite de réorganisations. Il apparaît d'ores et déjà à l'issue de nos travaux préliminaires que les informations issues du système d'information sur l'offre de soins hospitalière en psychiatrie permettront à terme de produire de la connaissance sur les populations suivies en psychiatrie ainsi que sur la variabilité des prises en charge et des pratiques.

La méthodologie mise en place dans le cadre de ces études consiste à réaliser une modélisation multi-niveau afin d'isoler l'impact de l'offre de soins et de l'environnement socio-démographique ou social à l'échelle des différents territoires de santé sur les pratiques en psychiatrie.

Ces études sont réalisées en élaborant pour chacune un modèle d'analyse à partir notamment du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P), des rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY), de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et du répertoire ADELI des professionnels de santé. Certaines sources de données pourront être utilisées de façon spécifique à certaines thématiques comme le SNIIR-AM et les données de l'Insee pour les taux d'hospitalisation sans consentement (HSC) ou l'enquête sur les établissements médico-sociaux (ES) pour les taux d'hospitalisation de longue durée (HLD).

Nous proposons d'analyser la variabilité des pratiques et du recours en psychiatrie et leurs déterminants, à travers deux indicateurs « sentinelles », marqueurs spécifiques de la prise en charge de la maladie mentale : les **hospitalisations sans consentement** (à la demande d'un tiers et d'office) et les **hospitalisations au long cours**. Ces deux modes d'hospitalisation peuvent être des révélateurs de dysfonctionnements éventuels et constituent des problématiques majeures pour les équipes de psychiatrie. Les premières sont ainsi particulièrement pertinentes pour analyser le lien entre la psychiatrie et son environnement local, à la fois le contexte social, économique et politique du territoire et les caractéristiques de l'offre de soins, les secondes sont un marqueur de l'articulation du cheminement du patient entre secteurs sanitaire et médico-social.

En 2009, 13 % des hospitalisations en psychiatrie ont été réalisées sans le consentement du patient, soit 74 500 entrées. Cette proportion, relativement stable dans le temps, varie fortement selon les départements, de moins de 8 % à plus de 35 %¹⁰. Des disparités existent également entre secteurs d'un même établissement et selon le mode légal de séjour (hospitalisation d'office ou à la demande du préfet, à la demande d'un tiers).

L'importance des disparités territoriales de recours à l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie ne peut être expliquée exclusivement par des prévalences différentes de la pathologie dans les territoires. Plusieurs

¹⁰ Isabelle Leroux et Patricia Schultz, Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale, avril 2011, Drees, Collection Série Statistiques, avril 2011.

facteurs sont fréquemment évoqués pour expliquer l'augmentation du recours à ces modes d'hospitalisation : détournement de l'usage initial pour faciliter l'accès à une hospitalisation en psychiatrie, faiblesse des activités de prévention et de l'accompagnement en amont de l'hospitalisation, évolution des pratiques, intolérance à l'égard des problèmes de santé mentale et augmentation des situations d'exclusion, besoin accru de sécurité, etc^{11,12}.

L'Irdes propose d'analyser ces disparités de recours à l'hospitalisation sans consentement, en distinguant les hospitalisations d'office (HO) et les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), en regard des caractéristiques cliniques et démographiques des patients suivis sous ce mode, mais aussi en regard de l'environnement local et de l'organisation des soins sur le territoire et ainsi d'éclairer le débat sur les éventuels mésusages de l'hospitalisation sans consentement. L'hypothèse sous-jacente est que la configuration globale de l'offre à l'échelle des secteurs et des départements influe sur le recours à ce mode d'hospitalisation. En effet, plusieurs acteurs avancent une défaillance de la prise en charge en amont et de la prévention, mais aussi des détournements de l'usage de l'hospitalisation sans consentement (pour faire hospitaliser un patient dans un service sur-occupé, notamment, ou par défaut de médecin psychiatre extérieur à l'établissement). Au-delà de l'organisation de l'offre de soins, l'analyse de la variabilité à une échelle fine, permettra éventuellement de mettre en évidence des caractéristiques socio-économiques et démographiques de l'environnement local comme facteurs explicatifs de cette disparité du recours à l'hospitalisation sans consentement. Ainsi, l'isolement et la fragmentation sociale de certains territoires peuvent expliquer en partie un recours plus fréquent à ce type d'hospitalisation pour des personnes isolées ou désocialisées. À l'inverse, des pratiques plus « sécuritaires » pourraient être plus fréquentes dans certains territoires du fait des représentations sociales associées à la maladie mentale et à la dangerosité. Certains territoires peuvent ainsi apparaître plus intolérants à l'égard des problèmes de santé mentale, et avoir une conception plus extensive du principe de précaution. Par ailleurs, la réforme des soins psychiatriques sans consentement étendant à partir d'août 2011 le champ de la contrainte aux soins ambulatoires rend cet état des lieux nécessaire avant une modification profonde de la réglementation.

Les hospitalisations au long cours peuvent de leur côté constituer un marqueur de l'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social. Les hypothèses de disparités explicatives à ce jour sont :

- Spécialisation de certains services.
- Populations spécifiques dans la zone.
- Insuffisance de l'offre médico-sociale.
- Dysfonctionnement dans la filière de soins ?

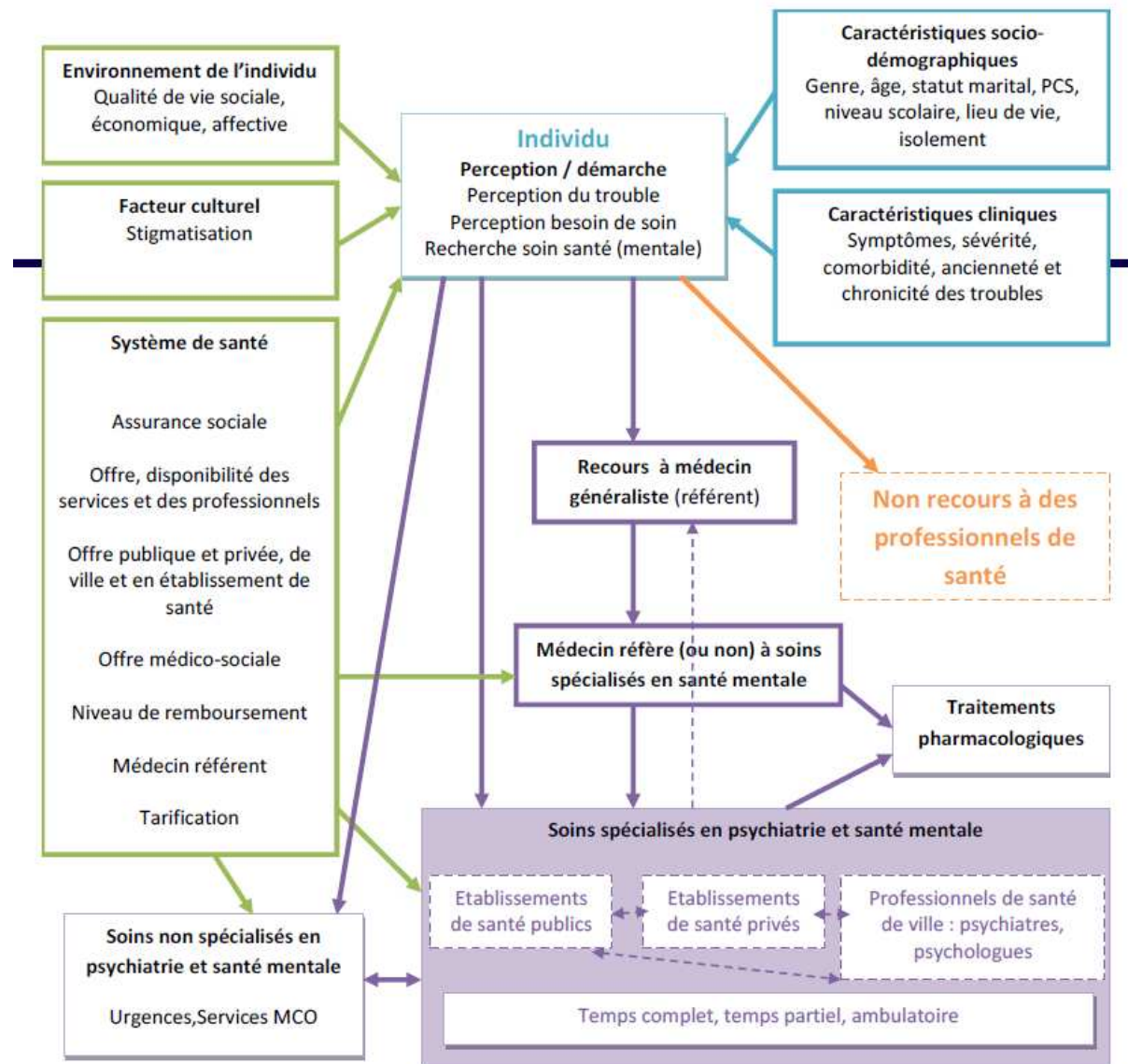
La complexité et la diversité des recours aux soins en psychiatrie (figure 4), des prises en charge, des recueils et de l'organisation des soins en psychiatrie, font qu'un premier travail a été nécessaire pour établir, d'une part, la faisabilité d'études sur la variabilité des pratiques en psychiatrie à partir des bases de données administratives et, d'autre part, en cerner les limites et précautions à prendre en particulier lors de l'utilisation du RIM-P. Ces projets d'analyse de la variabilité de recours aux HSC et aux HLD ont pour cette raison été précédés d'une étude de faisabilité portant sur deux pathologies traceuses : la dépression et la schizophrénie.

Cette étude a permis d'identifier un fort potentiel lié à un recueil très riche mais tout aussi complexe. Le RIM-P permet d'analyser les prises en charge des patients suivis en psychiatrie au sein des établissements de santé publics et privés.

¹¹ Alain Lopez, Isabelle Yeni, Martine Valdes-Boulouque, Fabrice Castoldi, Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, IGAS – IGSJ, Rapport public, Mai 2005.

¹² MNASM, Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques: 10 ans après, Pluriels N° 35, février 2003.

Figure 4 - Schéma conceptuel du recours aux soins en psychiatrie



SOURCE : COLDEFY, 2012, ADAPTÉ DU MODÈLE CONCEPTUEL DE RECOURS AUX SOINS EN SANTÉ MENTALE DE DEZETTER, 2012.

Le chaînage des épisodes de soins d'un même patient est satisfaisant pour analyser les parcours à l'intérieur d'un même établissement. L'exhaustivité du recueil est en constante augmentation depuis sa mise en place en 2007 et a atteint un taux d'exhaustivité suffisant (91 % en 2010) pour envisager une exploitation des données. Toutefois l'apparition de certaines variations de codage entre établissements peut amener à proposer quelques regroupements ou exclusions de modalités de prise en charge dont le codage prête à trop d'interprétations différentes.

De plus l'observation à un temps t d'une combinaison de situations peut être source d'erreurs. En effet, le chaînage des différents épisodes de soins d'un patient entre établissements est fortement biaisé par la non-génération d'un identifiant national anonyme ANO pour les prises en charge ambulatoires. L'analyse des trajectoires de soins des patients entre établissements de santé est dans ces conditions difficilement envisageable, du fait de l'importance des prises en charge exclusivement ambulatoires en psychiatrie.

Même si la qualité et l'exhaustivité du recueil de l'activité en psychiatrie se sont améliorées ces dernières années, il est nécessaire d'avoir conscience des limites de ces études liées à la temporalité d'observation des parcours,

aux champs non couverts et au manque de données individuelles sur les caractéristiques socio-économiques des patients.

Ainsi tout d'abord, la plupart des maladies sont chroniques et évolutives. Or, la classification internationale des maladies, utilisée dans les différents recueils hospitaliers, ne renseigne ni sur l'ancienneté ni sur la gravité de la pathologie. Un même diagnostic va ainsi pouvoir recouvrir des situations très diverses.

Ensuite, si le RIM-P couvre la majeure partie de l'activité psychiatrique réalisée en établissement de santé, certaines prises en charge psychiatriques ont lieu dans le champ MCO. Elles sont par conséquent recueillies dans le PMSI MCO et non dans le RIM-P. De plus, ni le PMSI MCO, ni le RIM-P ne remontent d'informations sur les données des patients passant aux urgences lorsqu'il n'y a pas hospitalisation. Cela peut poser quelques questions notamment lors de certaines tentatives de suicide accueillies dans les services d'urgence somatique. Ces deux bases de données ne portent que sur l'activité réalisée par les établissements de santé. L'activité libérale réalisée par les médecins généralistes, les psychiatres ou les psychologues de même que les données de remboursement de médicaments en ville ne sont pas remontées par les systèmes d'information hospitaliers.

Au-delà du champ strictement sanitaire, le secteur social et médico-social constitue un acteur important de l'accompagnement des personnes souffrant d'un trouble psychique. Or, à ce jour, le système d'information de ce secteur reste très embryonnaire dans notre pays et ne permet pas d'observer le parcours des patients entre ces différents segments du système.

Par ailleurs, l'intégration des pratiques de soins dans le contexte social, économique et démographique dans lequel elles s'effectuent, permet d'avoir une approche globale, et non uniquement centrée sur le secteur sanitaire. Il apparaît malheureusement que ces données sont à ce jour limitées dans les systèmes d'information hospitaliers.

La généralisation et la fiabilisation du RIM-P dans l'ensemble des établissements de santé permettent aujourd'hui en suivant une approche combinée avec la SAE et les RAPSY d'envisager pour la première fois des analyses sur les relations entre pratiques et disparités d'offre. Les enjeux principaux de l'étude de la disparité des prises en charge en psychiatrie sont de qualifier les prises en charge en réalisant des typologies de parcours, d'identifier des indicateurs de « qualité des soins », de documenter la variabilité à différentes échelles et d'identifier les facteurs explicatifs, notamment par une approche multi-scalaire.

La mise en place d'une typologie de parcours permettra ainsi de qualifier les prises en charge en prenant en compte les principaux paramètres de l'épisode de soins tout en isolant certains facteurs explicatifs et ceci à différentes échelles géographiques.

Ce projet d'ensemble permettra à la fois de nourrir la réflexion sur les bonnes pratiques et modes d'organisation et d'éclairer les réorganisations de l'offre afin d'assurer une plus grande équité d'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques.

Discussions

- Il faut porter une attention particulière à la qualité des données et il est indispensable de réunir des professionnels qui alimentent ces bases de données pour prendre le recul nécessaire sur les données utilisées dans les études. Au niveau local, le décalage entre ce qui est observable dans un établissement et les résultats d'études nationales peut parfois laisser perplexes certains professionnels.
- Des études nationales permettent toutefois de fournir des données de contexte et des éléments de comparaison à des études locales, aux objectifs différents. Elles permettent également de faire évoluer les pratiques de codage et d'améliorer la qualité des données. Enfin, l'existence de données aberrantes ou manquantes au niveau local n'empêche pas toute étude. Au niveau national, les exploitations (apurements, redressements) permettent d'établir des résultats statistiquement valides. Plus généralement, c'est l'utilisation des bases de données nationales qui permettra d'en améliorer la qualité.
- En l'absence d'information sur le diagnostic porté par le médecin, le SNIIR-AM permet le suivi de pathologies spécifiques uniquement lorsqu'elles sont associées à l'utilisation de médicaments traceurs (par exemple les anti-alzheimer). Dans le cas des troubles mentaux, la variabilité des pratiques de prescription, par ailleurs mal connues, rend l'analyse difficile.

■ SÉANCE 2 - LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : QUEL(S) RECOURS ? DANS QUELLE(S) CIRCONSTANCE(S) ? COMMENT GARANTIR LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE ?

Quand les hospitalisations de patients atteints de maladies mentales font suite à une entrée par les urgences, il est possible de se demander si ce recours particulier¹³ au service hospitalier est le signe d'une rupture ou au contraire fait partie du parcours de soins.

Les recours « par la crise » sont-ils inhérents aux pathologies psychiatriques ou traduisent-ils une décompensation liée à des ruptures de soins ? Peut-on évaluer quelle part de ces recours non programmés est due à un manque de continuité dans les soins ? Le recours par l'urgence est-il corrélé à une insuffisance locale de l'offre de soins ? Comment le système de prise en charge peut-il favoriser la continuité de l'accompagnement des patients et des suivis adaptés dans des situations à risque ?

C'est peut-être en partie l'organisation même du système de soins et ses cloisonnements qui généreraient des ruptures de prise en charge dans les différentes périodes de la vie des patients. Malgré l'importance que revêt la question des ruptures de prise en charge, leur description ne fait pas l'objet de recherches systématiques.

Cette séance a été co-animée par la DREES et le Docteur Serge Kannas. Elle alterne discussions et présentations, avec en particulier des interventions d'Audrey Parron et de Jérôme Thomas. Au cours de celle-ci, la DREES a également proposé quelques exploitations statistiques exploratoires à titre d'exemple.

¹³ La mesure du recours aux urgences attribuables à un motif psychiatrique peut-être appréhendée dans le PMSI ou en utilisant le réseau Oscour de surveillance des urgences (ce réseau, piloté par l'INVS, ne regroupe pas l'ensemble des services d'urgences).

Discussions

Serge Kannas

Il y a fort à faire sur cette question. Je vais présenter le point de vue d'un clinicien qui a observé des planifications de parcours et leurs conséquences pour les patients en soulevant peut-être plus de questions que de réponses. Plusieurs évidences sont à rappeler.

Lorsque l'on parle de rupture, cela renvoie souvent à une définition unilatérale du point de vue du professionnel et pas forcément du patient. D'autre part, pour qu'il y ait rupture il faut un engagement dans le parcours de soins. Or, comment définir la notion d'engagement sachant que cette notion est accompagnée de retours en arrière, de fluctuations et qu'il est difficile d'en avoir une vision « on-off », « blanc-noir » ?

Une autre question est celle des domaines peu étudiés tels que l'absentéisme aux rendez-vous dans les traitements ambulatoires et les sorties contre avis médical en hospitalisation. Il y a assez peu d'études en France sur ce sujet.

On évoque souvent la notion un peu galvaudée d'« alliance thérapeutique », mais, comme pour l'engagement dans les soins, elle est médecin/patient/famille/contexte dépendante.

Enfin, lorsque l'on observe un arrêt des soins, il serait important de savoir si celui-ci se fait contre l'avis médical ou en accord avec le professionnel qui acte que le patient souhaite interrompre ses soins. Or, cette dimension est absente des bases de données.

Delphine Moreau

Si un patient décide qu'il n'a plus besoin ou qu'il souhaite arrêter un traitement s'agit-il d'une "rupture de soin" ? Comment la définition de rupture de soin inclut-elle la position du médecin, son accord ou son désaccord avec cette interruption et peut-on considérer que toute interruption est une rupture, au sens d'une rupture problématique ?

Jean-Luc Roelandt

De quoi parle-t-on quand on parle de rupture, de quels patients ? Pour le savoir dans le secteur où je travaille nous avons mis en place une fiche qui doit être complétée pour motiver tout arrêt de soins. Elles peuvent permettre d'analyser les ruptures et sont d'ailleurs présentées en staff toutes les semaines mais le phénomène d'arrêt des soins contre avis médical reste extrêmement rare.

Laurent Plancke

Ces questions au sujet de la définition de la rupture nous apportent deux remarques importantes à considérer. D'une part, le fait que le point de vue du patient est à rechercher. D'autre part, le fait que les trajectoires ne doivent pas être vues comme linéaires mais comme cycliques, circulaires. Nous sommes donc en présence d'une notion complexe génératrice de problèmes méthodologiques.

Jérôme Thomas

Cette question de définition des ruptures de soins est importante. Par exemple, certains pensent qu'il faut armer les urgences en cas de ruptures de soins avec l'idée que c'est l'endroit qui reçoit les patients en rupture. Cependant, les recours aux urgences appartiennent parfois à un itinéraire que se sont construit les patients et viennent répondre à un besoin de soins spécifiques. Le service d'urgence est un lieu frontière et les médecins urgentistes savent en général lire l'usage que font les patients de ce service pour les réinscrire dans un parcours de soins. Il faut faire l'hypothèse que les urgences peuvent être un point du parcours de soins si l'on veut créer des bases de données qui permettent de mieux comprendre les ruptures de soins. Une question théorique doit donc présider à la manière dont on décrit les ruptures.

Sara-Lou Gerber

Cela fait partie des questions que nous nous posons : les urgences sont-elles un endroit qui « récupère » les patients en rupture de soins ? Nous percevons bien que c'est le cas d'une partie des recours, mais que cela peut également traduire, comme vous le faites remarquer, le fait que les personnes ont parfois du mal à s'orienter ou

être un usage conscient de la part des patients. Un recours aux urgences ne veut donc pas forcément dire « rupture de soins ». Nous pouvons donc nous demander s'il est possible de faire la part des choses dans des données quantitatives ou s'il n'est possible d'étudier ces recours que de façon qualitative.

Catherine Isserlis

Actuellement, la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) travaille sur la configuration des urgences dans la ville de Toulouse. Il y a beaucoup d'établissements privés et nombreux sont les patients qui ont été hospitalisés dans plusieurs structures différentes au cours des dernières années. Beaucoup apparaissent comme « perdus de vue » pour un établissement alors qu'en réalité ils sont multi-consommateurs. Il serait donc vraiment nécessaire de pouvoir faire un travail de jonction entre les différentes bases (SNIIR-AM, PMSI, etc.).

Philippe Tuppin

Cette possibilité de chaînage existe dans le SNIIR-AM entre les hospitalisations entre elles et avec les soins ambulatoires. L'idéal serait de pouvoir repérer des trajectoires mais le souci est technique : il faut une stabilisation de l'identification du patient et nous ne disposons pas toujours d'une possibilité de chaînage dans la partie ambulatoire. En effet, il n'est pas possible de retrouver et par conséquent de chaîner les prises en charge en ambulatoire dans des structures médico-sociales hors hospitalisation (nécessité de recueil de l'identification du consultant comme par la carte vitale même si l'acte n'est pas facturé et par conséquent remboursé).

Isabelle Leroux

Pour la ville, c'est plus précisément parmi les consultations de médecins généralistes qu'il n'est possible de repérer les consultations relevant de la santé mentale que s'il y a une prescription de médicaments traceurs. Il est possible de travailler avec toutes les consultations de psychiatres. Pour les prises en charge ambulatoires en établissements de santé, il n'y a effectivement pas de numéro anonyme ANO. Il est toutefois possible de chaîner des informations sur des actes en ambulatoires à d'autres prises en charge en ville et en établissement si le patient a également été vu à temps complet ou temps partiel au sein du même établissement de santé. Les séquences des patients qui ne peuvent pas être chaînées, au moins sur une partie de leurs parcours de soins, sont donc celles pour lesquelles les patients sont vus exclusivement en ambulatoire dans un établissement de santé. Il nous manque évidemment d'autres aspects des prises en charge et de l'accompagnement dans la reconstitution des parcours individuels : nous ne pouvons relier une description des prises en charge par du personnel non médical en ville, pas plus que de l'accompagnement réalisé dans les services et établissements sociaux et médico-sociaux à celles des prises en charge sanitaires déjà citées.

Sara-Lou Gerber

Il est important de se poser ces questions en ayant conscience des limites techniques. Compte tenu de celles-ci cela vaut-il quand même la peine de faire des études au niveau national ? Est-il possible de travailler sur ces données et comment, pour y chercher quoi ? Cela fait-il sens de rechercher les ruptures pour repérer les patients guéris ?

Laurent Plancke

Mais que représenterait un indicateur repérant les séjours d'une durée de trois mois qui seraient associés à une consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre ? Un travail préalable de définition de ce qui pourrait être affecté d'un signe positif ou d'un signe négatif est nécessaire à toute investigation. Émettre un jugement sur la qualité de la prise en charge est quelque chose de redoutable et il faut être sûr de l'appréciation !

Isabelle Leroux

Si nous intégrons le fait que décrire un parcours est difficile, est-il alors possible de décrire un mode d'entrée ? Pour donner un exemple, qui n'a peut-être pas de pertinence médicale, quand un parcours commence par trois mois d'hospitalisation, est-ce que c'est le signe d'une rupture de soins antérieure non souhaitée ?

Serge Kannas

Il serait sans doute plus intéressant et opératoire de repérer des incidents de parcours plutôt que des parcours « parfaits ». Ces incidents cela peut-être le retard à l'entrée dans les soins, le cas de personnes qui ont des troubles depuis longtemps mais ne se font pas traiter. Cela peut s'expliquer par divers facteurs : le patient est hésitant, l'entourage refuse le traitement etc. Pour plusieurs raisons l'entrée dans les soins va être anormalement longue. Des études sur le début de la schizophrénie montrent que l'entrée dans les soins est environ de 2 ans et demi, avec d'autres études qui suggèrent que si ce délai était réduit il y aurait un meilleur pronostic. Même si cette idée demeure controversée, on peut au moins penser qu'une entrée plus précoce aurait un effet bénéfique sur la qualité de vie de la personne et de son entourage. Toujours dans les accidents de parcours, on peut repérer ceux qui concernent la sortie d'hospitalisation. Une réhospitalisation un mois après la sortie peut amener à se demander par exemple si la coordination a été bien faite ou si la sortie était souhaitable. Il est possible d'élargir la question au fait de voir une même personne être hospitalisée plusieurs fois la même année. Cela repose cependant sur des postulats qui ne vont pas tous de soi : l'hospitalisation sous contrainte doit être évitée, les hospitalisations multiples doivent être évitées. Reste qu'il serait sans doute plus pertinent de déterminer des « indicateurs d'alertes » témoignant des conséquences d'une rupture (absentéisme, événements indésirables ambulatoires ou hospitaliers) pour aller au-delà de la description d'une séquence interrompue.

Delphine Moreau

Cela ramène à la question de la pertinence des indicateurs utilisés. Lorsqu'un patient est réhospitalisé moins d'un mois après sa sortie, cela signifie-t-il que la prise en charge n'a pas été bonne ? Parfois, il y a des stratégies de soins qui consistent à prendre des risques, à décider de laisser le patient rentrer chez lui et à voir ce qui se passe tout en lui proposant un soin, dont il se saisit ou non. La ré-hospitalisation est-elle dans ces conditions toujours un échec ou est-elle parfois nécessaire à la personne ? Il y a un vrai débat pour savoir si c'est une réponse adaptée dans le parcours de soins de la personne.

Philippe Tuppin

Ce qui pourrait être intéressant pour un travail sur les bases de données, ce sont des phénomènes itératifs comme rechutes ou reprise de traitements. Par exemple, lorsque l'on travaille sur la dépression, on constate une baisse importante de l'adhérence au traitement avant six mois. Dans ce cas existe-t-il ensuite une surhospitalisation, une reprise de médicaments, des consultations itératives de spécialistes ou non ? Si un parcours de soins « type » est emprunté par 40 % des dépressifs cela vaut le coup de l'étudier. La dépression semble être l'une des pathologies les plus abordables pour commencer ce type d'études.

Isabelle Leroux

Concernant les hospitalisations, il me semble que regarder les prises en charge effectuées entre deux hospitalisations pourrait être intéressant. Est-ce un problème s'il ne se passe rien entre deux hospitalisations ? Par ailleurs dans les données il est en théorie possible de repérer des réhospitalisations à moins de 15 jours, ou à un autre délai. Il est possible de chercher à observer cette variable et à la corrélérer à d'autres.

Il est vrai qu'un taux de réhospitalisation seul ne veut pas forcément dire grand-chose. En revanche, son association avec d'autres variables est peut-être éclairant. Il serait possible par exemple d'étudier les disparités de taux de réhospitalisation au regard des disparités d'offre et d'organisation des soins.

Roland Canta

Même si tout le monde ici autour de la table est convaincu qu'il est évident que le taux de réhospitalisation est corrélé au niveau d'équipement du secteur ou du territoire, il serait intéressant qu'une étude déjà au niveau local le démontre clairement.

Sara-Lou Gerber

S'il est important de regarder des situations locales il est aussi envisageable de faire des études sur des tendances nationales pour regarder à quel type d'organisation des soins des variations sont corrélées. Certaines choses peuvent sembler évidentes aux professionnels sur le terrain mais il serait intéressant de les confirmer. Dans quelle mesure les ruptures de soins sont liées à l'organisation des soins ou plutôt à des caractéristiques du patient comme son isolement, ses ressources, etc ?

Intervention de la salle

Cela sera peut-être provocateur mais une bonne variable pourrait être le taux de suicide. Il pourrait être intéressant de regarder la consommation de soins avant et après la tentative de suicide. Il est en effet possible de repérer des personnes passées en MCO après une tentative de suicide et les étudier avant et après.

Christine Chan Chee

Lorsque j'ai étudié la question des suicides en 2007 dans le PMSI, il y avait 90 000 séjours hospitaliers pour 70 000 personnes. Certaines personnes reviennent donc plusieurs fois pour des tentatives de suicide. J'ai alors travaillé sur ces réhospitalisations. Ces données sont chaînables avec les bases de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour regarder les consommations en ville.

D'un autre côté, il y a dans les bases de l'InVS des données issues des urgences hospitalières depuis la canicule de 2003. Les données sur près de 65 % de l'ensemble des passages aux urgences sont envoyées tous les jours en temps réel à l'InVS. À l'aide de la base de données Oscour, il est possible de voir que parmi les patients passés aux urgences près de la moitié sont ensuite hospitalisés en MCO. Il y a ainsi 200 000 passages aux urgences pour tentative de suicide. C'est un calcul frustré mais cela donne un ordre de grandeur.

Sara-Lou Gerber

Il serait effectivement intéressant de regarder le parcours de ceux qui font plusieurs tentatives dans l'année. Par ailleurs, pour le versant qualitatif sur le retard d'accès aux soins, j'ai connaissance de travaux de Livia Velpry sur le retard à l'accès aux soins de jeunes patients schizophrènes. Elle montre qu'il faut plusieurs années pour arriver, si ce n'est à un diagnostic, du moins à une prise en charge. En revanche, je ne connais pas d'études similaires sur d'autres pathologies, comme la dépression par exemple.

Laurent Plancke

En alcoologie, la question du déni, et donc du retard à la demande et à l'accès aux soins, a été largement décrite ; le recours aux traitements de la dépendance alcoolique est à la fois tardif et discontinu. Il en va différemment des TSO (traitements substitutifs aux opiacés) où la demande de traitement intervient plus tôt dans la carrière des personnes dépendantes et pour lesquels une forte dépendance existe ; ces personnes vont être médicalisées plus vite et sont suivies plus régulièrement. Pour ces deux raisons, les TSO présentés au remboursement des caisses d'assurance-maladie constituent un bon indicateur de l'héroïnomanie.

Philippe Tuppin

Il serait possible d'étudier les personnes mises en ALD pour maladies psychiatriques afin de mieux comprendre dans les trois ans précédant cette mise en ALD les prises en charge qui ont existé, la consommation médicale, les tentatives de suicide éventuelles, etc. La typologie des arrêts de travail peut être également étudiée mais seulement suivant certains délais.

Audrey Parron

Une étude de Martine Bungener sur les familles de l'Union nationale des amis et des familles des malades psychiques (UNAFAM) montrait justement un retard de 4 ans à l'accès aux soins. Ce qui est problématique pour décrire ce retard c'est de déterminer qui fait la demande de soins puisqu'il y a la question du déni. Est-ce que ce sont les proches, les travailleurs sociaux ? Les obstacles à la lisibilité du système sont plutôt documentés de manière qualitative. À partir des bases de données c'est plus difficile à renseigner.

Les parcours de passage à l'âge adulte de jeunes gens en situation de handicap psychique¹⁴

Audrey Parron (ATER et Doctorante en sociologie, LISST-CERS/UTM)

Je vais au cours de mon intervention revenir sur cette question de l'engagement et insister sur la non étanchéité des filières. Durant ma thèse, j'ai étudié les trajectoires de vie lors du passage à l'âge adulte dans un contexte de handicap psychique.

L'enquête a débuté en 2005. Je me suis intéressée à toutes les situations qui pouvaient légitimer une situation de reconnaissance de handicap pour la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ma recherche était qualitative, elle comprenait la réalisation d'entretiens semi-directifs avec une vingtaine de jeunes adultes entre 18 et 25 ans, leurs familles, les soignants. J'avais envie de croiser plusieurs discours : celui des parents, des aidants, des professionnels de santé. D'autres enquêtes complémentaires ont été réalisées dans des hôpitaux de jour, des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), au sein de la filière médico-sociale et à partir des dossiers de reconnaissance de handicap psychique de la MDPH.

Dans le cas de bifurcations au sein d'un parcours, la notion de rupture n'est pas partagée par tout le monde. Les professionnels ont des idées très différentes sur ce qu'est une rupture. Dans le cadre de la non étanchéité des filières, la rupture d'une relation thérapeutique peut signifier l'engagement vers une autre relation thérapeutique. Cette rupture n'est pas forcément un arrêt lorsqu'il s'agit d'un engagement vers le médico-social ou un autre accompagnement.

Dans leur discours, les jeunes adultes ne parlent pas de rupture. Lorsque la relation thérapeutique s'arrête, celle-ci est toujours motivée. Le patient a l'impression de se désengager d'une relation qui ne lui convenait pas.

Le risque de rupture est très souvent abordé par les aidants et les proches. En cas de rupture de soins, les parents ont le sentiment que le lien familial peut se renforcer alors que l'entrée dans une prise en charge peut parfois au contraire favoriser l'autonomisation.

Il y a une grande différence entre les enfants et les jeunes adultes. Dans l'enfance, la pratique consiste à éloigner le plus possible l'enfant des dispositifs de prise en charge. Chez le jeune adulte, l'idée est au contraire d'essayer de les orienter assez vite vers une relation thérapeutique. L'une des craintes exprimée est que le proche soit dans une perte de lien social si personne n'essaie de l'intégrer dans une prise en charge ou dans une structure comme un ESAT. L'objectif est de chercher à autonomiser le jeune adulte en l'amenant à s'engager dans des inscriptions institutionnelles.

Le travail de gestion de sa maladie par le patient lui demande en effet d'acquérir un certain nombre de compétences. Certains parlent alors d'« empowerment » et d'aider le patient à contrôler sa maladie psychique avec le maintien d'une certaine participation sociale.

¹⁴ Parron A. (2011), « Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques. Enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients », Thèse de doctorat de sociologie sous la direction de Marcel Druhle et François Sicot, Université Toulouse 2 Le Mirail.

Discussions

Catherine Isserlis

Vous avez réalisé des études sur les 18 – 25 ans. Mais je ne suis pas sûre que 18 ans correspond à l'âge de la transition institutionnelle. Il serait nécessaire d'étudier les patients de la tranche d'âge 16 – 18. Le passage dans les équipes de soins pour adulte est aussi significatif à 16 ans car cela correspond à la fin de l'obligation scolaire et aux autorisations d'hospitalisation en service de psychiatrie pour adultes. Un certain nombre d'équipes en pédo-psychiatrie ayant peu de moyens mettent fin à la prise en charge, et favorisent les orientations vers une structure médico sociale de type IMPro (institut médico-professionnel). Une étude qui débiterait à 18 ans ne prendrait pas en considération l'âge « bascule » de 16 ans. Du point de vue des parents le changement des pratiques des équipes de soins infanto juvénile / adulte est important. Pour les jeunes qui ne peuvent pas vivre chez leurs parents, l'accès à l'autonomie dans le logement et le besoin d'accompagnement se posent de façon très différente avant et après 18 ans. Cela impacte largement la durée des hospitalisations.

Il serait également intéressant faire une étude mettant en parallèle les trajectoires scolaires et les trajectoires de soins.

Question de la salle

Le plus souvent les personnes arrivent en ESAT vers 30 ans. Ces patients avaient-ils gardé leur autonomie ou étaient-ils chez leurs parents ?

Audrey Parron

Sur les personnes rentrées en ESAT, il s'agissait dans plusieurs cas de personnes qui étaient déjà suivies en hôpital de jour. À 18 ans il y a une reconnaissance du handicap et le projet se fait alors. Les patients en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) peuvent rester ou être accueillis dans ce type de structure jusqu'à 20 ans.

Il est vrai concernant l'âge que l'on aboutit souvent à des catégories arbitraires qui posent des questions amenant à regarder ce qui se passe avant et ce qui se passe lors du passage à l'âge adulte. Dans mon étude il a été possible de reconstituer les parcours antérieurs. 21 jeunes patients ont été suivis longitudinalement (3 ans de suivi + histoire de vie), dont plusieurs qui étaient suivis en hôpital de jour infanto-juvénile, un en hôpital de jour adulte, un en ambulatoire dans le secteur infanto-juvénile et un en ambulatoire dans le secteur adulte.

Illustrations exploratoires de requêtes possibles

Rémy MAS (chargé d'études sur les établissements de santé en psychiatrie à la DREES)

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) et le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) constituent un système d'information sur l'offre de soins dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie organisé en triptyque. La collecte de ces données est assurée par la Drees pour les 2 premières enquêtes et par l'agence technique de l'informatisation sur l'hospitalisation (ATIH) pour le RIM-P. Les résultats présentés ici consistent en quelques exemples, illustrant certaines des possibilités offertes par ces bases de données et certaines de leurs limites. Il s'agit d'exploitations intermédiaires qui nécessiteraient d'être approfondies et consolidées, mais qui à ce stade des discussions du séminaire nous sont apparues utiles pour enrichir les échanges. Les résultats présentés ici ont été obtenus à partir de données brutes non redressées.

Étant donné la problématique abordée, il apparaît nécessaire en premier lieu de préciser ce que l'on entend par continuité des soins. Je me suis intéressé ici à la prise en charge de patients connus des établissements de santé, dans différents lieux de vie et à tous les âges.

Cette continuité peut-être évaluée selon plusieurs approches : soit en étudiant les trajectoires, soit en essayant de repérer les ruptures. L'étude des trajectoires nécessite le chaînage des différentes bases de données entre elles. Lorsque les données sont chaînées, des trajectoires peuvent être décrites entre ville et hôpital, au sein de l'hôpital entre champs ou natures de prise en charge.

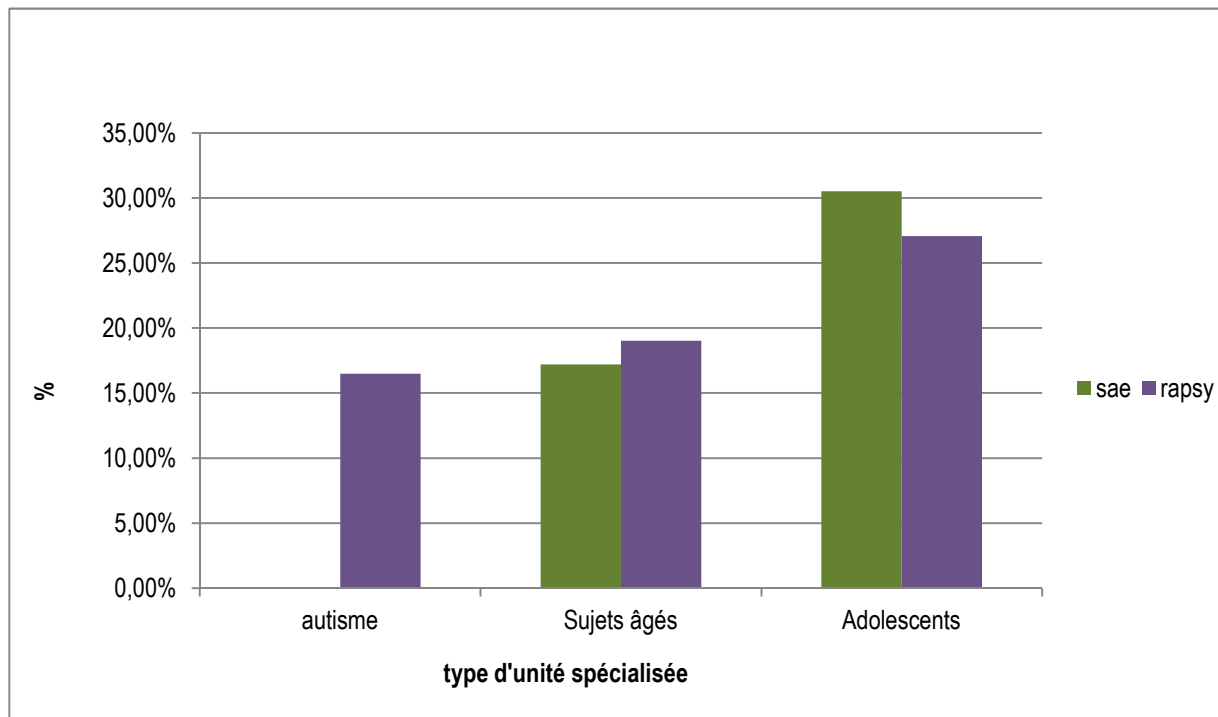
En comparant tout d'abord les données issues du RIM-P et du PMSI-MCO, il apparaît que le volume d'activité en nombre de journées est supérieur en psychiatrie en comparaison du volume d'activité des patients du domaine d'activité psychiatrie (D22) hospitalisés en MCO. Ces résultats ne prennent pas en compte les patients hospitalisés en MCO après une tentative de suicide. À 450 000 patients correspondent 26 265 729 journées hors sorties d'essai en psychiatrie contre 211 622 patients pour 1 383 075 journées hors sorties d'essai en MCO.

À partir des groupes homogènes de malades (GHM), on distingue 16 groupes différents en MCO parmi lesquels 4 concentrent deux tiers des séjours :

- « Les troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial » concernent pour 2/3 des patients des personnes âgées de 18 à 80 ans plutôt pris en charge en hospitalisation complète.
- « Les Névroses dépressives » concernent des patients âgés de 40 à 59 ans dans un tiers des cas, il s'agit dans 80 % des cas de prises en charge en hospitalisation complète, 60 % des patients ont des épisodes dépressifs.
- Les patients avec « troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans » sont âgés dans 80 % des cas de 79 à 90 ans. Il s'agit d'un Alzheimer dans 30 % des cas.
- « Les troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âges inférieurs à 80 ans » concerne dans 80 % des cas des patients âgés de 60 à 79 ans. 20 % sont des démences liées à la maladie d'Alzheimer, 1/6 des troubles cognitifs légers, 1/6 des désorientations.

Les patients hospitalisés en MCO du domaine d'activité psychiatrie (D22) proviennent du domicile dans plus de 50 % des cas et d'une structure d'urgence dans plus de 40 % des cas. Ils ont pour destination principale le domicile. Dans le RIM-P, les patients viennent du domicile dans 85 % des cas et leur destination principale est le domicile.

Figure 5 - Comparaison SAE-RAPSY du nombre d'établissement déclarant une ou plusieurs unités spécialisées

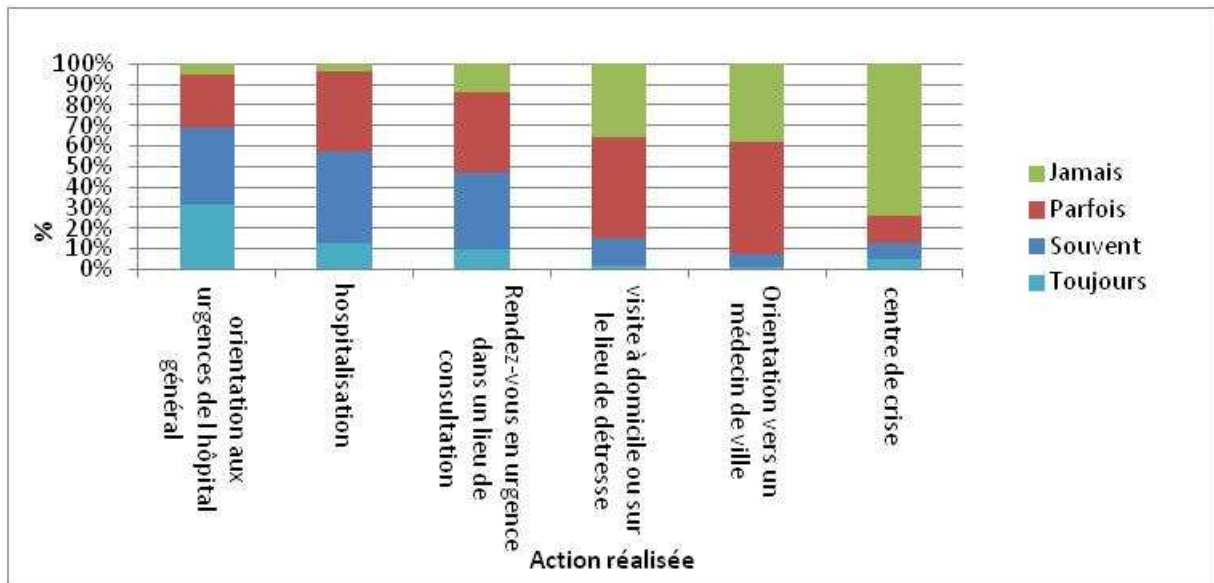


SOURCE : DREES, SAE 2008, DONNÉES ADMINISTRATIVES NON REDRESSÉES ; DREES, RAPSY 2008, DONNÉES ADMINISTRATIVES NON REDRESSÉES.

À titre d'illustration, la SAE et les RAPSY permettent également d'évaluer la qualité des données de variables communes, comme les unités spécialisées. Le pourcentage de ces unités spécialisées est semblable pour les deux sources. Environ 17 % des établissements ont une ou plusieurs unités spécialisées dans la prise en charge du sujet âgé et 27 % ont une ou plusieurs unités spécialisées dans la prise en charge des adolescents. Ces deux sources de données sont complémentaires. Les RAPSY complètent la SAE par exemple en indiquant les établissements qui ont une ou plusieurs unités spécialisées dans la prise en charge de l'autisme.

Ces sources de données permettent de s'intéresser à certains aspects organisationnels comme par exemple la psychiatrie de liaison qui, en renseignant sur les interventions des équipes de psychiatrie dans des structures non psychiatriques, constitue de ce fait un élément de la continuité des soins. Plus de la moitié des établissements assurent une activité de liaison et dans 44 % des cas elle est assurée par une équipe dédiée. Près d'1,5 million d'actes ont été réalisés par des équipes de psychiatrie en établissements social ou médico-social (avec ou sans hébergement) ou dans des unités d'hospitalisation en dehors des services de psychiatrie (et y compris en service d'urgences).

Figure 6 - Lorsqu'il existe un dispositif de réponse à l'urgence « 24h sur 24 » quel type d'intervention est réalisé



SOURCE : DREES, RAPSY 2008.

L'un des intérêts des RAPSY est d'interroger les établissements sur des éléments ou des projets de façon qualitative comme l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou des données de capacité et d'activité à un niveau de granularité fin. Les données d'identification de ces rapports permettent en effet de situer précisément chacune de ces structures. À partir de ces données, il serait envisageable par exemple de croiser des données d'activité avec d'autres données de moyens ou de prise en charge.

Ces différentes bases de données permettent de décrire l'offre de soins des établissements de santé en psychiatrie. Elles sont complémentaires et permettent également la comparaison de l'activité et des structures à différentes échelles géographiques. Il est possible par exemple de comparer la répartition des unités spécialisées par départements. Ainsi à échelle géographique pertinente et en pondérant les effectifs le cas échéant, ce type de comparaisons devraient permettre par des travaux approfondis d'élaborer des outils utiles aux décideurs. Comme pour toute base de données de taille importante un traitement des données est à prévoir par redressements statistiques, contrôles de cohérences ou reconstitution des données manquantes en utilisant une base complémentaire. Ce travail peut-être important et n'est possible qu'à condition de bien connaître les différentes modalités de recueil de chacune de ces bases de données, leurs limites et leurs objectifs respectifs.

Discussions

Isabelle Leroux

L'idée dans cette partie était de présenter ce que les bases de données permettent de faire, et un exemple de ce qu'on pourrait regarder dans un autre champ que la psychiatrie, en établissement de santé. Mais effectivement les prises en charge MCO du domaine psychiatrie ne sont pas comparables à celles du RIM-P.

Anne Buronfosse

La caractérisation de l'activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle telle que présentée dans les résultats s'appuie-t-elle sur l'identification des structures de prise en charge ou sur les durées d'hospitalisation ? Dans le second cas de figure en effet, plusieurs facteurs de confusion sont à craindre : une hospitalisation de « 0 nuit » peut s'être déroulée dans une unité d'hospitalisation conventionnelle ou dans une unité d'hospitalisation d'aval des urgences (ex lits porte) sans que cela relève d'une hospitalisation partielle ; une hospitalisation de « 1 nuit ou plus » peut s'être déroulée dans une unité d'hospitalisation d'aval des urgences (ex lits porte) sans que cela relève d'une hospitalisation complète. Par ailleurs, englober dans « l'activité de psychiatrie observée en MCO » les prises en charge en hospitalisation de courte durée correspondant à l'aval des urgences (ex lits porte) pourrait potentiellement conduire à une lecture biaisée des volumes d'activité considérés. Ce risque serait majeur si les tentatives de suicide, par exemple, étaient incluses dans l'activité considérée.

Isabelle Leroux

Nous n'avons pas regardé les unités médicales fréquentées mais seulement les patients relevant du domaine psychiatrie. À noter également que les tentatives de suicide ne se retrouvent pas dans le domaine psychiatrie mais dans le groupe d'activité « iatrogénie, intoxications médicamenteuses et chimiques ».

Encore une fois, la présentation de ces quelques résultats avait pour but d'illustrer les situations que nous sommes en mesure d'observer dans les PMSI ou encore dans l'organisation des soins. Par exemple, on a longtemps mis en avant la nécessité de créer des unités spécialisées de prise en charge. Pour autant n'y-a-t-il pas une sur-spécialisation de la psychiatrie et cela peut-il présenter des risques en termes de continuité des soins, si elle se développe au détriment de la psychiatrie généraliste ?

Enfin, nous voulions illustrer l'activité des établissements de santé qui consiste à prendre en charge le patient dans l'ensemble de ses lieux de vie ou de soins. Il s'agit ainsi de la psychiatrie de liaison ou encore des visites à domicile

Nadia Younes

Sur les chiffres MCO, il serait intéressant de voir les consultations des psychiatres de liaison qui relèvent de MCO seule ou de MCO avec autre chose. De plus les troubles dépressifs sont peut-être à inclure pour voir la liaison avec les services spécialisés.

Les passages aux urgences : lieu des ruptures de prise en charge¹⁵ ?

Jérôme Thomas (Maître de Conférences en sciences de l'information et de la communication à l'université de Reims)

Dans ma thèse, je me suis intéressé aux questions portant sur la parole, les systèmes d'information et leur impact sur la clinique et les cliniciens. Le pavillon qui a été mon terrain de thèse est celui qui reçoit les « déchets » de l'urgence somatique. Ce terme n'est pas le mien, c'est celui qui est utilisé par les professionnels. Quand il y a trop de monde en attente aux urgences, il n'est pas rare qu'ils utilisent l'expression « il faut tirer la chasse ». À l'hôpital général, les urgences reçoivent des demandes quasi-universelles du moment que l'on peut justifier d'une souffrance dont on pense qu'elle pourra être prise en charge par un intervenant du corps médical. Peu d'institutions proposent d'accueillir l'imprévisible de manière continue et à ce titre l'hôpital constitue, en tant que service public, une structure unique de médiation sociale. L'hôpital, à travers les urgences, est une garantie que le lien social, la solidarité et l'appartenance collective existent dès lors qu'un événement malheureux, d'ordre psychique, somatique ou social se déclare pour un individu. Les personnes qui ont recours aux urgences connaissent cette fonction de médiation de l'hôpital qui outrepassa sa vocation strictement médicale. Ce sont en fait les usagers, via des modes d'appropriation inattendus de l'offre de soin, qui ont peu à peu transformé la vocation initiale des services d'urgences. Il y a ainsi une tension au sein des services d'urgence qui oppose le sens que les usagers donnent à leurs recours et le sens donné à ces recours par l'expertise médicale. Les uns se plaignent de prises en charges trop lentes, les autres de devoir accueillir de la « bobologie ». La demande de soins aux urgences est un objet complexe à cerner, d'autant plus complexe quand il s'agit de caractériser la demande faite à la psychiatrie qui accueille des « patients résiduels », ne relevant même pas spécifiquement de la psychiatrie.

Mon exposé sera axé sur cette question de l'appréhension et de l'objectivation des usages de l'urgence, et plus précisément sur la nécessité, la pertinence et les limites de l'approche statistique dans l'analyse des recours à la psychiatrie.

Trois questions guideront cette réflexion :

- Quels sont les angles morts de l'analyse statistique pour comprendre les usages des urgences psychiatriques ?
- Le recours aux urgences reflète-t-il toujours un moment de rupture dans un parcours de soins ?
- Quelles sont les implications de la généralisation des systèmes d'information médicale dans la mise en œuvre de la clinique aux urgences ?

Au début de mes travaux, j'ai abordé la question de l'urgence après avoir été sollicité pour exploiter et analyser une base de données d'un DIM concernant la fréquentation d'un service d'urgence¹⁶. Cette étude était nécessaire dans le cadre d'une restructuration du service.

Il a été aujourd'hui remplacé par un dispositif téléphonique de régulation infirmière. Déjà apparaissait autour de l'urgence psychiatrique la tension entre efficacité de la dépense d'un côté, et efficacité du service fourni de l'autre.

¹⁵ Thomas J. (2010), « Dire(s) d'urgence : La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital », Thèse de doctorat en Sciences de l'information et de la communication sous la direction de Bernard LAMIZET, Université Lumière Lyon 2.

¹⁶ Thomas J. et al. (2006), « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Étude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 », *L'information psychiatrique*, vol. 82, n° 7.

Je propose de souligner quelques points saillants de cette étude ici :

- La fiche élaborée pour extraire les données sur la fréquentation du service, à travers sa structure émet l'hypothèse que le recours aux urgences constitue une simple étape dans une trajectoire de soins et que trajectoire de soins et trajectoire de vie peuvent être mêlées.
- L'écart entre le nombre de passages sur les 5 ans de l'étude (14 689) et le nombre de patients (6 568) signifie qu'un certain nombre de patients font un usage répété du service.
- La distinction entre deux profils : patients en crise et « patients habitués ».

Nous avons découvert grâce à cette étude que les « habitués de l'urgence » sont des gens connus de leur secteur, qui se rendent aux urgences sans adressage particulier, bénéficient à 51 % d'une simple consultation et s'ils sont hospitalisés, ils le sont davantage librement.

Les bases de données médico-économiques, bien qu'on ne puisse contester leur utilité, comportent cependant des angles morts dans la compréhension des recours aux urgences psychiatriques. La complexité des demandes adressées aux urgences n'est pas tracée dans les recueils. Seule l'enquête qualitative peut y répondre et c'est l'enquête que j'ai menée ensuite à l'accueil de psychiatrie des urgences de l'hôpital général.

On y retrouve la même distinction entre deux types de populations.

De ces patients habitués, il est difficile de dresser un profil-type, mais il y a pourtant un point commun entre eux tous, c'est qu'ils font un usage des urgences à partir des caractéristiques spécifiques à ce type de service implanté à l'hôpital général mais comptant une présence psychiatrique permanente :

- possibilités d'adresser une demande complexe et non pas pré-formée, ni pré-diagnostiquée ;
- pouvoir formuler une demande à partir d'une problématique somatique ou sociale pour solliciter une prise en charge psychiatrique :
- être reçu par une équipe pluridisciplinaire ;
- être reçu dans un lieu interstitiel qui n'est ni la ville, ni tout à fait l'hôpital : lieu de rencontre, de passage, temps d'arrêt dans des parcours de soins ;
- être reçu dans un lieu qui fait la part à l'auscultation du corps, à la parole, au psychique et au social dans des situations où les parcours de vie sont inséparables des parcours de soins.

Si le service d'urgence est un point-étape dans un parcours de soins et de vie, il est aussi le lieu à l'intérieur duquel se trace un itinéraire. Cet itinéraire nécessite d'être interprété par les soignants et par l'hôpital pour mieux comprendre les problématiques d'accès aux soins et d'organisation. Pour élaborer avec pertinence des outils statistiques sur les parcours de soins, il convient de savoir faire varier les conceptions théoriques que l'on a de la notion même de parcours. Cela d'autant plus quand on travaille sur la psychiatrie où les parcours de soins ont des caractéristiques précises :

- ils sont souvent longs, à la fois en termes de temps et en termes d'espace ;
- ils se distinguent mal de parcours de vie, où en tout cas sont très entremêlés ;
- Trop souvent, on considère que les urgences psychiatriques sont ;
- soit un point de départ inaugurant un parcours de soins au long cours en psychiatrie ;
- soit un point de butée, le service d'urgence « récupérant » les patients en situation d'isolement ou de rupture des soins.

Ces deux visions, même si elles renvoient bien à des situations qu'on peut rencontrer dans la réalité, sont sans doute très réductrices. Les patients faisant des recours répétés ne sont pas toujours en situation de crise ni en rupture de soins.

Ainsi, pour mieux lire les recours aux urgences, il convient de faire l'hypothèse, au moins pour la tester, que les recours aux urgences interviennent comme des étapes structurantes en elles-mêmes dans un parcours de soin continu qui n'a pas l'allure d'un segment, mais plutôt d'un itinéraire. En ce sens, il faut se départir d'une conception de l'urgence comme réceptacle ou comme bornes de parcours de soins qui, de part et d'autre de ces bornes, seraient articulés.

Mes recherches ont ainsi pu montrer comment les urgences n'étaient pas qu'une structure par défaut, mais constituaient une offre positive de soin, certes interstitielle, mais nécessaire. Les urgences présentent cette part

de marge qui permet à certains patients d'en faire un usage thérapeutique conformément à leurs pathologies. L'interprétation de la demande de soins se joue dans ce savoir-faire des psychiatres urgentistes, invisible pour les systèmes d'information médicale dans lesquels des situations très diverses seront cotées sous l'item « simple consultation ». Il y a donc ici un « angle mort » des bases de données qui ne mesurent pas ce travail massif des psychiatres qui ne débouche pas sur des hospitalisations.

Vis-à-vis des systèmes d'information médico-économiques, les médecins déploient deux types de pratiques contradictoires qui dépendent, d'une part, de l'affluence dans le service et des disponibilités de lits en aval, mais aussi, d'autre part, de la personnalité et de la formation des médecins. Cela permet de comprendre notamment pourquoi certains types de données sont plus ou moins renseignées. En cas de forte affluence, seul « l'essentiel » est renseigné. On s'aperçoit ici combien un système d'information qui est conçu pour réfléchir à l'offre de soins, mieux anticiper les demandes, se retourne contre lui-même en conditionnant une clinique pas toujours efficace sur le plan des résultats thérapeutiques.

Un autre critère du rapport aux systèmes d'information dépend de la formation des médecins, de leur propre conception de leur identité d'urgentiste, et de leur rapport à la question du diagnostic. Ainsi, si le dossier médical est parfois conçu strictement comme un outil de récupération de l'information médicale, il est aussi entrevu par d'autres médecins comme un outil de partage de l'information disponible sur un patient pour mener un travail clinique interdisciplinaire propre aux urgences. De ce point de vue, les responsables de l'information médicale doivent concevoir des outils qui soient à la fois des sources de données médico-économiques et en même temps qui servent au partage de l'information entre soignants. Enfin, dans des contextes de moindre affluence, où un temps plus long peut être réservé aux entretiens cliniques, certains psychiatres font un usage inventif et détourné des logiciels de récupération des données sur les patients. Ils s'acquittent des obligations de renseignements diagnostic et font un usage important de la case réservée aux « observations complémentaires ». À cet endroit, un véritable récit de la rencontre avec le patient, de son parcours de vie et de soins est parfois consigné.

Cela constitue une sorte de suivi précis pour les patients qui reviennent souvent et qui ne sont pas forcément vus par le même médecin. Cela constitue aussi une mémoire du patient à l'hôpital, aux urgences, ce qui est sans doute un argument important pour dire que les urgences ne sont pas qu'un lieu d'accueil de la rupture de soins.

Cela constitue une source exploitable mais sans doute inexploitée par les services et départements d'information médicale. À la suite des considérations précédentes, on pourrait suggérer un affinage des systèmes d'information médicale aux urgences pour mieux cerner la demande et interpréter ce qui relève vraiment de cas de ruptures de soin :

- donner une place à la récupération de données socioéconomiques sur les patients ;
- envisager comment exploiter les éléments « observations complémentaires » en gardant la nécessaire confidentialité clinique, peut-être en envisageant des méthodes d'analyse sémantique et sémiotique des récits cliniques ;
- réfléchir pour chaque item construit à l'impact sur la clinique : ne pas perdre en efficacité thérapeutique ce qu'on croit gagner en termes de mesure et d'objectivation de la demande de soins.

Discussions

Jean-Luc Roelandt

Il y a un vrai problème de codage. Je suis persuadé que les urgences font partie du parcours de soins. Depuis dix ans dès que quelqu'un qui était suivi dans le secteur passait aux urgences, on appelait le secteur.

Le dossier patient informatisé (DPI) est lancé et on peut même imaginer que bientôt on va distribuer le dossier au patient et qu'il donnera accès au professionnel de santé à son dossier. Pour la traçabilité, tout le monde aura son DPI. Cela ouvre-t-il des perspectives d'avoir des données plus importantes ?

André Loth

L'approche en termes de monographie est la bonne et il faut l'accepter. On considère parfois que le système d'information des urgences est l'exemple même de ce qu'il ne faut pas faire en termes de systèmes d'information. Ce qui a présidé à sa mise en place est la crainte de revivre la canicule. C'est donc un système d'alerte avant tout, très lourd au regard de sa finalité et qui est souvent complètement déconnecté des autres systèmes d'informations. Quant aux systèmes plus récents mis en place dans les services d'urgence, ils ont une visée pragmatique : ils servent aux urgentistes à savoir qui est dans quel box et ce qu'il faut lui faire.

Jérôme Thomas

Il est très intéressant de pouvoir suivre cela car dans le dossier médical des urgences on s'aperçoit qu'il y a des demandes centrées sur le corps qui déclenchent au bout d'un moment une prise en charge psychiatrique.

Nadia Younes

À titre de comparaison et pour compléter ce qui vient d'être dit, j'aimerais témoigner de la façon dont certaines de ces problématiques sont abordées au sein de l'établissement où j'exerce et partager certaines interrogations qui me semblent importantes.

Je suis responsable de la filière 72h pour les urgences psychiatriques mise en place au CH de Versailles, qui comporte 12 lits. Dans les années 1980, le service d'urgence a connu une augmentation d'activité et une participation des psychiatres aux urgences. Il y a des typologies à faire pour décrire les recours aux urgences : il est certainement possible de distinguer des patients qui ont des problèmes d'accès aux soins, des premiers épisodes, des ruptures, etc. Ce serait très intéressant d'avoir cette typologie.

En ce qui concerne la filière, elle est destinée à permettre aux professionnels de prendre du temps, mais un temps limité – 3 jours au maximum – pour mieux évaluer toutes les situations où l'on ne peut pas décider rapidement. On a besoin en tant que psychiatre de voir la famille du patient, d'appeler les soignants pour décider de la meilleure réponse. À l'issue de leur prise en charge par cette filière, à peu près 60 % des patients rentrent chez eux, le reste des patients est hospitalisé soit sous contrainte soit en hospitalisation libre.

Enfin, il est nécessaire de systématiser la relation avec le reste du système de soins. Nous envoyons ensuite le compte-rendu des urgences aux autres acteurs : psychiatres libéraux, généraliste, centres médicaux psychologiques (CMP).

De plus, le devenir du patient est mal connu quand il est adressé au CMP par exemple. Les trajectoires montrent que souvent le patient ne s'y rend pas et c'est le médecin généraliste qui devient l'interlocuteur. Mais actuellement, nous n'avons pas les moyens de savoir chez qui il va.

François Torres

Vous avez relevé que les dysfonctionnements sont des dysfonctionnements de la continuité des soins. Pourquoi y a-t-il ce clivage entre hôpitaux publics et cliniques ? C'est dommage de se replier sur un parcours privé/privé et public/public. Il y a des expériences à développer de partage.

Nadia Younes

Je crois que tout le monde est d'accord là-dessus. Beaucoup d'hospitalisations sont faites dans les cliniques privées à Versailles et elles sont intégrées au dispositif.

Catherine Isserlis

À partir de 15 ans 3 mois ici, 16 ans là l'accueil dans les services d'urgence se fait dans le service d'accueil des urgences (SAU) adulte par des psychiatres d'adultes alors que les liens à organiser entre la psychiatrie d'urgence et le suivi post urgence peuvent rester dans le secteur infanto juvénile. Ce qui est important ce sont les protocoles mis en place afin qu'une coordination soit possible plus que l'âge de rupture enfants/adultes dont on a vu qu'il est différent pour l'école (16 ans), le médico social (20 ans), le MCO (15 ans 3 mois habituellement), la psychiatrie (souvent 16 ans) !

En parlant de l'exemple de Toulouse, ce que je soulignais c'était que la multiplication des lieux de soins pouvait favoriser les risques de rupture. L'idée n'était pas de les mettre en concurrence.

André Loth

Il faut aussi avoir à l'esprit que si les psychiatres ont des demandes spécifiques en ce qui concerne les logiciels, c'est à eux de les formuler. Ensuite, les éditeurs se feront un plaisir de les mettre en œuvre.

■ SÉANCE 3 - QUELLE PLACE DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX, MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES, POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE ?

La prise en charge des patients par les professionnels libéraux pose la question du rôle des différents acteurs. Les défauts de cette prise en charge, comme la consommation excessive de psychotropes en France¹⁷, sont fréquemment dénoncés mais demeurent mal connus.

Les médecins généralistes en France, sont souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale. Pour autant, les difficultés que rencontrent ces professionnels pour prendre en charge les problèmes de santé mentale sont régulièrement mis en avant.

L'une des questions est celle du repérage de personnes souffrant de troubles débutants qui ne consultent pas ou sont mal identifiées sur le plan diagnostique lorsqu'elles consultent leur médecin généraliste. Comment améliorer la formation et le diagnostic des professionnels de premiers recours ?

¹⁷ La HAS a rédigé en 2007 un rapport spécifiquement consacré à la prescription de psychotropes chez le sujet âgé.

Introduction

Stéphanie Dupays (Chef de la Mission recherche, Drees)

Les médecins généralistes sont souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale. Plus de la moitié des patients déclarent en effet qu'ils iraient chez leur généraliste s'ils étaient confrontés à un problème de santé mentale et 47 % voudraient que celui-ci assure leur prise en charge. Pour autant, les difficultés que rencontrent ces professionnels pour prendre en charge les problèmes de santé mentale (repérage insuffisant, prescriptions inadéquates, etc.) sont régulièrement mis en avant. Les travaux portant sur ces sujets, notamment sur leurs pratiques de prescription, sont donc déjà assez nombreux, même si leur actualisation est parfois nécessaire.

La séance alternera discussions et brèves présentations de différents spécialistes :

- Gérard Milleret (CH de la Chartreuse) présentera l'enquête sur la place de la santé mentale en médecine générale menée en collaboration avec le CCOMS.
- Christine Passerieux (CH de Versailles) présentera le dispositif de soins partagés avec les médecins généralistes du Réseau Santé Mentale Yvelines Sud et la récente recommandation du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) sur les échanges de courrier entre médecins généralistes et psychiatres.
- Adeline Gallini (post-doctorante à l'université de Pittsburgh) présentera ses travaux sur les pratiques de prescription des anti-psychotiques.
- Hélène Dumesnil (ORS Paca) évoquera les pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale à partir de deux types de travaux : une étude sur un panel national de médecins généralistes (DREES-ORS-URPS-ML) et une enquête qualitative auprès de médecins généralistes marseillais.

Plusieurs recherches soulignent la fréquence élevée des troubles psychiatriques en médecine générale et la sous-détection par les généralistes des troubles psychiatriques identifiés par des instruments diagnostiques. Ce retard dans la détection a été mis en évidence dans plusieurs études à la fois pour des pathologies rares mais également pour des pathologies plus courantes comme les troubles anxio-dépressifs. Les facteurs évoqués pouvant expliquer la sous-détection sont notamment la formation insuffisante et la durée de la consultation.

Ces constats vont nous amener à discuter des questions suivantes :

- Quels facteurs sont corrélés à l'efficacité du repérage de troubles de santé mentale (facteurs médecin, facteurs patients, facteurs « organisationnels » tels que la durée de consultation, l'existence d'un réseau avec la psychiatrie etc.) ?
- Peut-on comparer l'efficacité de différents programmes de formation initiale / continue en psychiatrie des généralistes ?

Discussions

Pascale Gilbert

Il serait intéressant d'aborder la question des trajectoires de vie et celle de l'impact de la situation sociale, du handicap sur les parcours de soins. Certes, c'est très difficile à étudier mais il faudrait aller au-delà de la seule entrée soins et aborder les personnes et les trajectoires. Il y a en effet un certain nombre de personnes en dessous de la « ligne de flottaison ». Beaucoup passent dans les MDPH, prennent des neuroleptiques sans pour autant être suivies par un psychiatre.

Si des études ne se placent pas dans une logique de parcours nous n'avancerons pas. C'est là qu'il faut investir. Cela nécessiterait des cohortes, une étude longitudinale, sinon certaines choses seraient perdues. Si nous ne partons pas de la question des trajectoires cela va être compliqué.

Christine Passerieux

Les médecins généralistes sont en extrême difficulté avec des personnes sévèrement malades et qui ne profitent pas de toute la palette des soins dont ils pourraient bénéficier. Au niveau des MDPH, nous avons peu de données médicales pour ces personnes, mais nous pouvons avoir des informations sur l'âge ou des caractéristiques générales.

Il est vrai que la formation des médecins généralistes pourrait être améliorée, mais il y a aussi un problème de coordination entre praticiens. C'est en travaillant avec les spécialistes que l'on arrivera à connaître une spécialité. Formation et coordination relèvent de la même chose en fait.

Gérard Milleret

Au cours de sa formation, un médecin peut ne jamais être passé en psychiatrie. C'est également délicat quand on a des internes qui d'un seul coup découvrent le secteur. Certains essaient aussi d'avoir des externes mais si l'organisation des soins est déjà un mystère pour eux, ils auront du mal à améliorer la coordination. Sur cette problématique, il est d'ailleurs possible de faire un parallèle avec d'autres spécialités comme lors d'échanges avec les médecins du travail. Comment se coordonner, quelle place pour chaque professionnel, comment gérer le secret professionnel ?

Stéphanie Dupays

Auriez-vous connaissance de la place de la psychiatrie dans les formations initiales ou continues ? Que sait-on de leur efficacité ?

Nadia Younes

Différents programmes de formation ont été évalués en France. De façon générale, les évaluations concluent à l'inefficacité des programmes de formation s'ils ne sont pas associés à des organisations et des maillages particuliers.

Yannick Morvan

Je complète sur le besoin de formation abordé par Christine Passerieux. Le besoin de réseau est très important notamment dans le cadre de certaines expertises. En effet, la question se pose pour des pathologies dont les symptômes se repèrent mais ne sont pas suffisamment spécifiques ou importants pour permettre un diagnostic. De même pour les troubles qui se sont aggravés il faut beaucoup d'éléments pour poser un diagnostic de troubles mentaux sévères. C'est toute la question du repérage. À quel moment la plainte doit-elle permettre d'établir un diagnostic précis ? C'est très difficile et le médecin généraliste n'a pas forcément l'expertise nécessaire. Ce problème se pose en particulier pour les troubles émergents chez les jeunes adultes où on a besoin d'une véritable expertise.

Christine Passerieux

Le médecin généraliste n'a en effet pas à avoir cette expertise. Il va croiser en moyenne une situation de troubles sévères par an, et ne fera pas un effort de formation pour ça. La piste pertinente serait qu'il détecte tous les jeunes adultes en souffrance et qu'il les oriente, les adresse à des spécialistes ouverts sur la coordination des soins primaires.

Jean-Luc Roelandt

Dans tous les pays, la porte d'entrée est le système de soins primaires et celui-ci est plutôt bon en France. Nos indices de morbi-mortalité sont excellents.

Les psychiatres doivent rester en 2^{de} ligne, sinon nous risquons de « psychiatriser » la société et de créer un système de santé parallèle. Un lien très fort entre les psychiatres et la médecine générale doit être conservé. Il existe de plus une formation continue des médecins généralistes depuis 30 ans mais malgré cela ils continuent à dire qu'ils ne sont pas formés.

À Lille, nous nous sommes engagés à prendre les patients dans les 24h après qu'ils aient été vus par le médecin généraliste. Si cela est nécessaire nous pouvons nous déplacer au domicile.

Par ailleurs, les médecins généralistes prescrivent beaucoup de psychotropes. Des psychothérapies pourraient être envisagées beaucoup plus souvent mais pour cela il faudrait embaucher dans le secteur public des cohortes de psychologues. Dans l'état actuel des choses il n'est pas possible d'appliquer les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) qui donne la psychothérapie comme premier recours avant les médicaments. Cela ne sert à rien de faire des recherches si le système de soins ne le met pas en œuvre et donc ne répond pas.

Pierre-Louis Druais

Il faut avant toute chose aborder la question de l'organisation du système de soins avec lucidité. J'ai déjà vu le cas d'un adolescent avec un risque suicidaire qui n'a pu rencontrer un psychiatre que quinze jours après sa visite chez le généraliste, lui laissant la possibilité de faire deux tentatives de suicides.

Quant à la formation, la prise en charge de la santé mentale en médecine générale est enseignée à la faculté mais c'est la nouvelle génération qui en bénéficie. En 1958, la médecine générale a été oubliée dans la formation initiale¹⁸. Il a fallu vingt ans pour rattraper la situation. La formation continue est en déshérence. Tout ce système nécessite que l'organisation du système de soins soit réfléchi.

Dans ma clientèle, j'ai 4 patients schizophrènes dont deux ne sont pas pris en charge par des psychiatres. Je les prends en charge seul. Il faut regarder la réalité en face.

Par ailleurs, beaucoup de généralistes disent qu'ils ne reçoivent pas de courriers des psychiatres. Il est difficile de trouver des outils de rencontre et de communication qui permettent de tout faire passer.

L'une des difficultés rencontrée lorsqu'un patient doit aller voir un psychiatre est qu'il faut prendre en compte le désir du patient et le convaincre en même temps d'aller voir un psychiatre. Il est difficile d'aller contre la volonté du patient, d'où des prises en charge parfois non optimales.

Antoine Lazarus

Plusieurs remarques. Jusqu'à maintenant, le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) ne concernait que les structures institutionnelles. Depuis la mise en place des agences régionales de santé (ARS) vient d'être créé le SROS ambulatoire. Pour la première fois, il y a une planification à faire en médecine ambulatoire. Mais comment avoir une politique publique volontariste avec des médecins libéraux sur lesquels par définition on n'a pas de prise autoritaire ?

D'autre part, même dans notre réunion, qui n'est pas salarié, qui est libéral ? Il n'y en a pas ou peu. Or il y a un clivage qui fait barrière, très fort entre d'un côté des personnes qui gagnent leur vie en fonction du nombre des actes qu'ils font, du prix qu'ils en demandent et qui en dépendent pour gagner leur vie, et ceux qui depuis toujours sont dans des statuts salariés, dont la paye est garantie à vie quelle que soit même parfois la quantité de ce qu'ils produisent. Or, ce sont des personnels salariés du public, le plus souvent fonctionnaires qui réfléchissent, proposent et organisent, évaluent, imposent le fonctionnement des dispositifs de santé notamment pour ceux qui eux vivent dans un monde professionnel régi par une autre culture. C'est évident entre les représentations des modes de travail et de la légitimité des fonctionnaires d'état et des libéraux.

Une autre barrière existe qui différencie quasiment des flux de patients. Une partie de la population fréquente le privé, habituée, dans bien des cas à payer des dépassements d'honoraires, et une autre partie fréquente le public intégralement en tiers payant. Quand on regarde les dispositifs et habitudes d'adressage, les circuits ne sont pas les mêmes, on pourrait presque dire qu'il y a les patients du privé et ceux du public. Il y a une réflexion à avoir en termes de convergence de mobilisation des agents, publics ou privés, du système hospitalier et de mobilisation des généralistes libéraux qui est à faire autrement afin d'associer et intégrer les uns et les autres dans des éléments de stratégies communes. Nous en sommes bien loin, comme si les pouvoirs publics ne concevaient et ne savaient faire des politiques, dans les champs qui leur sont attribués et pas seulement la

¹⁸ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

santé, que par la seule mobilisation de ce qu'ils ont comme agents publics à leurs dispositions et sous leur commandement direct.

Ensuite, lorsque l'on parle de parcours, il s'agit des parcours de qui ? On a souvent tendance à considérer ou à ne considérer comme « cas type » que ceux des patients touchés par des pathologies caractérisées et plus ou moins comptabilisées. Si on regarde les problèmes des gens dans le champ de la géro-psycho-geriatrie, les conduites d'échecs à répétition, les difficultés à se sentir bien dans le monde de l'entreprise, on se rend compte qu'il y a toute une partie des troubles à tonalité dépressive, de troubles des comportements, d'incapacités d'adaptation qui s'expriment en médecine de ville, manquent parfois de réponses bien adaptées dans des parcours erratiques et sont largement ignorés par le planificateur en santé mentale.

Enfin, qui enseigne cela, qui enseigne le secteur et les parcours de soins et de soutiens possibles ? Comme enseignant en médecine à des professionnels de soins ou des travailleurs sociaux non spécialisés en santé mentale je me suis rendu compte que je suis pratiquement un des seuls à consacrer systématiquement un temps d'enseignement, premier cycle compris, sur un peu d'histoire de la psychiatrie, les soins en psychiatrie, le secteur, son mode d'emploi en ambulatoire, les modes d'hospitalisation.

Qu'ils aient entendu que la psychiatrie publique a la capacité de faire interner un patient sous contrainte et que la psychiatrie privée, à l'exception de quelques cas où un conventionnement existe, ne le fait pas. Si l'organisation du secteur doit être apprise, est-ce un enseignement de psychiatrie, de santé publique, de médecine générale ? Faut-il l'enseigner aux infirmières, faut-il aussi, ce qui n'est pas le cas, l'insérer dans les programmes d'éducation à la santé avec quelques bases de connaissances des troubles et des symptômes pour lesquels savoir demander et ou proposer de l'aide ? Ce serait bien d'avoir une photographie de la transmission des connaissances. En médecine, dans les enseignements préparant aux Épreuves classantes nationales (ECN), il n'y a pratiquement rien sur l'organisation même du dispositif de soins en psychiatrie.

Stéphanie Dupays

Cette discussion confirme que le lien entre médecine générale et psychiatrie est au cœur du problème. La plupart des travaux menés sur la relation entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie montrent que celle-ci est assez mauvaise. Nous allons présenter deux initiatives qui se sont confrontées à cette question.

Place de la santé mentale en médecine générale - Région Bourgogne

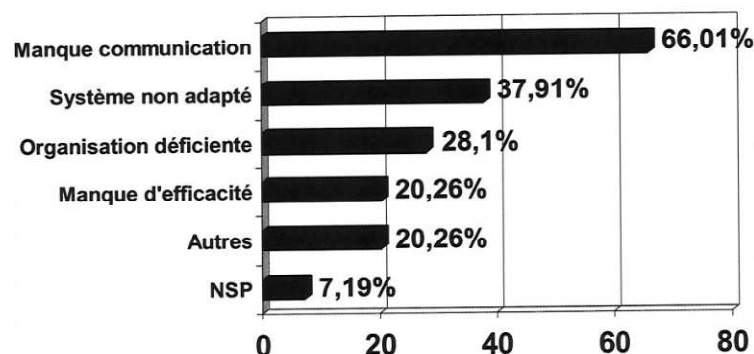
Dr. Gérard Milleret (Médecin psychiatre, CH la Chartreuse)

Pourquoi a-t-il été nécessaire de réaliser cette enquête ? En deux mots, quand j'ai eu la responsabilité d'un secteur, cette problématique n'était pas dans l'air du temps. Les arguments avancés concernaient le risque d'un « envahissement » des CMP par des demandes tous azimuts ... J'ai décidé de réagir quand j'ai rencontré un collègue qui ignorait l'existence d'un CMP juste en face de son cabinet... À mon initiative un travail de concertation auprès des médecins généralistes a alors été effectué. Nous avons profité de l'organisation en réseau de l'hôpital pour concevoir un questionnaire avec des médecins généralistes. Après validation par un groupe de 30 médecins généralistes, le questionnaire a pu être envoyé à tous les médecins généralistes du département Côtes d'Or.

Cette enquête auprès des médecins généralistes de Côtes d'Or a été réalisée en 2003 avec pour objectif la compréhension de leur pratique et leurs attentes en matière de santé mentale.

Elle nous a permis d'observer que 25 % de la clientèle des médecins généralistes répondant souffrait d'une maladie mentale. Les lieux de soins considérés comme les mieux adaptés étaient les lieux de soins spécifiques, les CMP, la psychiatrie libérale et les services de psychiatrie. L'évolution du regard porté sur la psychiatrie était même positive dans 73 % des cas¹⁹. Pour autant plusieurs difficultés relatives à l'orientation des soins étaient rencontrées comme celles de la négation des troubles.

Figure 7 - Reproches faits au système de soins psychiatrique



Parmi les reproches faits au système de soins psychiatrique (Figure 7), il a notamment été décrit le manque de communication (66 %), un système non adapté (37 %), le manque d'efficacité (20 %). Par ailleurs, si d'un côté les psychiatres expriment souvent une certaine surcharge de travail, près de 74 % des médecins généralistes souhaiteraient qu'une première consultation avec un paramédical du CMP soit possible. Enfin, parmi les personnes interrogées, 54 % déclaraient souhaiter des formations complémentaires.

La mobilisation importante des médecins généralistes générée par cette enquête et les attentes exprimées par ceux-ci vis-à-vis de la psychiatrie, ont amené ses promoteurs dans le département de la Côte d'Or et le CCOMS (Lille, France) à élaborer une extension de cette enquête au niveau régional. Nous avons alors repris ce questionnaire que nous avons élaboré en 2003 et nous avons retravaillé les questions sur la place de la médecine générale en psychiatrie. Le principe de ce questionnaire était qu'il devait être très rapide.

¹⁹ Résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes de Côtes d'Or de 2003.

L'enquête nationale intitulée « Place de la santé mentale en médecine générale »²⁰ a alors été réalisée grâce à l'implication active des secteurs de psychiatrie publique, qui ont adressé aux médecins généralistes de leur secteur, le questionnaire d'enquête. Le centre hospitalier « La Chartreuse » a assuré la centralisation, la saisie des réponses et l'exploitation des données statistiques.

Cette enquête s'est déroulée de juin 2010 à mars 2011. Les médecins généralistes sont répartis de manière inégale sur le territoire bourguignon. Les départements de Côte d'Or et de Saône et Loire sont relativement mieux pourvus avec respectivement 468 (199 répondants) et 458 (202 répondants) médecins généralistes libéraux installés en cabinet. L'Yonne et la Nièvre manquent cruellement de médecins avec respectivement 255 (78 répondants) et 98 (32 répondants) médecins généralistes libéraux installés. En tout, cinq-cent-onze médecins généralistes ont répondu à l'enquête en région Bourgogne. Les répondants étaient dans 71 % des cas âgés de 48 à 63 ans, 69 % étaient des hommes et la moitié avait un mode d'exercice individuel.

Dans l'enquête nationale, si 58 % des médecins interrogés pensent que l'offre de soins en psychiatrie a évolué ces dernières années, on constate dans le même ordre d'idée que 52 % pensent que le regard de leur patientèle a évolué ces dernières années. Les praticiens décrivent une mauvaise évolution de l'offre de soins. Ceci peut en partie s'expliquer par les demandes croissantes de la population et par la non adaptation de notre système de soins.

L'offre de soins de la psychiatrie privée paraît adaptée en ambulatoire pour 41 % des médecins et en hospitalisation pour 38 %. Les difficultés d'hospitalisation et d'orientation en consultation sur le secteur privé semblent liées à la pénurie de médecins psychiatres et au manque de structures d'hospitalisation privée en psychiatrie. Il y a peu de cliniques psychiatriques en Bourgogne, les praticiens sont souvent obligés d'envoyer leurs patients dans d'autres régions.

Parmi les généralistes interrogés, 92 % déclarent rencontrer des difficultés pour orienter un patient. Ces difficultés d'orientation des patients, proclamées par les médecins généralistes, montrent la nécessité de développer des structures alternatives à l'hospitalisation classique et de la formation d'un réseau de professionnels pluridisciplinaire. La collaboration entre généralistes et psychiatres est à améliorer.

Au plan de la faisabilité et de la validité de l'enquête, le taux de réponse global est supérieur à ce qui est observé dans la plupart des enquêtes postales. Ce taux de réponse de 40 % témoigne de l'intérêt porté par les médecins généralistes au sujet de la santé mentale et de leurs pratiques. Le questionnaire postal permet de valider un recueil de données simple, peu onéreux et réalisable à grande échelle.

L'analyse des données socio-démographiques montre que la population des répondants est représentative de la population des médecins généralistes libéraux de Bourgogne : l'âge moyen est de 51,57 ans dans l'échantillon contre 51 ans dans la population des médecins généralistes de Bourgogne²¹. De même la répartition des médecins femmes est de 30 % dans l'échantillon et de 29 % dans la population des médecins généralistes de Bourgogne.

Cette enquête présente toutefois certaines limites :

- Tout d'abord, il est à considérer que ce sont les médecins généralistes libéraux installés qui ont été inclus. Les médecins remplaçants et les médecins généralistes travaillant dans les services d'urgence publics ou privés (« SOS médecins ») étaient exclus. Ces derniers étant souvent amenés à traiter des urgences psychiatriques, leur avis aurait été intéressant à recueillir.
- Ensuite, aucune information n'existe pour les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire. Il se peut que les médecins ayant répondu soient les plus sensibilisés à la prise en charge des troubles psychiatriques, que les difficultés que rencontrent les médecins généralistes soient alors sous estimées et que le pourcentage des troubles psychiatriques qu'ils prennent en charge soit surestimé.

²⁰ Thèse de Mlle Plantard, « Place de la santé mentale en médecine générale : résultats de l'enquête en région bourgogne », 2011.

²¹ Le Breton-Lerouillois G. Sous la direction de P. Romestaing. Atlas de la démographie médicale en région Bourgogne. Situation au 1^{er} janvier 2009. Ordre national des médecins. Brochure remise par le Conseil départemental des médecins.

- Au niveau de la rédaction du questionnaire, certaines formulations amènent une réponse ambiguë. Les réponses sous forme de catégories (« faible/moyen/important ») entraînent également une imprécision des réponses.

Ce type d'enquête a pour intérêt de vérifier si l'offre proposée correspond aux attentes des professionnels.

Il en ressort que l'offre de soins en santé mentale en Bourgogne paraît peu satisfaire les médecins généralistes qui déplorent les délais importants avant hospitalisation ou consultation, ainsi que le manque de communication entre médecins généralistes et psychiatres. Ces difficultés semblent exister depuis de nombreuses années puisqu'elles étaient déjà observées dans l'enquête réalisée en Côte d'or en 2003.

Plusieurs expériences qui ont cherché à améliorer l'articulation entre médecine générale et psychiatrie suggèrent la nécessité de diversifier les panels de services proposés²². Il apparaît important de proposer des alternatives à l'hospitalisation classique en Bourgogne pour répondre aux difficultés croissantes de prises en charge ambulatoires et en hospitalisation des patients. Le développement de ces structures participera à la déstigmatisation des patients en psychiatrie.

Suite à ces travaux, il apparaît que l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale en Bourgogne passe par trois axes : alternatives à l'hospitalisation, échanges et formations.

Les résultats de cette dernière enquête feront l'objet d'un colloque qui réunira près de 200 participants le 28 novembre 2012 à Dijon et feront l'objet d'une publication par la suite.

²² Masse G., Lesieur P. Médecine générale et psychiatrie de secteur : des pistes pour un réel partenariat. *Nervure* ; Tome XV ; n° 2 ; mars 2002 ; p 39-43.

Propositions d'amélioration de la coopération MG – Psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération

Dr. Christine Passerieux (chef de service, CH de Versailles)

Je parlerai d'abord lors de mon intervention de la coopération entre médecin généraliste et psychiatre et ensuite du dispositif de soins partagés du centre hospitalier de Versailles.

Le constat du déficit de coopération entre médecins généralistes et psychiatres est partagé par l'ensemble des grands pays occidentaux. C'est une question émergente avec le développement de soins médicaux de nature psychiatrique dédiés aux troubles mentaux fréquents. En 2004, dans l'étude ESEMED (Alonso et al. 2004), il a été montré que le taux d'adressage, au sens de l'action par le médecin généraliste de référer un patient à un psychiatre, est en France l'un des plus faibles d'Europe. Il est peut-être alors possible de se poser la question des raisons de ce manque de coordination.

Quels sont les obstacles à la coordination du médecin généraliste et du psychiatre (Figure 8) ? Certains facteurs identifiés sont d'ordre organisationnel. Une coordination correcte prend beaucoup de temps. Les spécialistes ne sont souvent pas assez disponibles. D'autres facteurs sont liés à l'exercice. C'est le cas par exemple lorsque le patient ressent l'adressage au psychiatre comme un abandon.

Figure 8 - Les obstacles à la coordination médecin généraliste – psychiatre

<ul style="list-style-type: none">• Facteurs organisationnels :<ul style="list-style-type: none">– Sous évaluation du temps (et du coût) de cette coordination– Manque de disponibilité des spécialistes (délai d'attente, insuffisance des lieux d'adressage dédiés, etc.)• Facteurs liés à l'exercice :<ul style="list-style-type: none">– Vécu d'abandon ressenti par le patient et le MG (pas de retour de la part du psychiatre dans 80 % des cas)– Réticence des patients à l'adressage au psychiatre et préférence pour leur MG– Absence de langage commun entre MG et psy, de connaissance des pratiques de l'autre– Limites des compétences des MG (par ex, le premier critère d'adressage au psychiatre est le fait qu'il y ait eu un suivi psy antérieur)– Problème de définition des rôles ou de définition non consensuelle (ex: déléguer la prescription au MG sans accompagnement)	<p>Des particularités françaises :</p> <ul style="list-style-type: none">- Prévalence du modèle de remplacement ou du modèle communautaire d'une équipe pluridisciplinaire de soins en santé mentale- Psychiatre identifié comme premier contact pour les patients présentant des troubles mentaux et responsable de l'organisation de leurs soins- Organisation des soins en santé mentale peu lisible : distinction difficile entre premier et deuxième recours- Certaines modalités de coopération existent (ex: MG prescripteur et psychiatre psychothérapeute) mais peu diversifiées, insuffisantes et le fait de relations personnalisées et non d'une organisation des soins- Une démographie médicale très disparate
---	--

L'absence de langage commun entre les médecins généralistes et les psychiatres est également parfois en cause, de même que les limites des compétences des médecins généralistes donnant parfois lieu à des réserves de la part des psychiatres. Il y a un problème très clair de définition des rôles lorsque la prise en charge d'un patient devient partagée.

Certains obstacles à la coordination entre le médecin généraliste et le psychiatre sont dus à des particularités françaises. L'une des spécificités de la psychiatrie en France est le secteur. Ce système est en évolution et il est difficile d'avoir un propos clair dessus. L'organisation des soins en santé mentale est peu lisible. La distinction

entre le premier et le deuxième recours est souvent difficile. En France, certaines modalités de coopération existent mais sont insuffisantes et peu diversifiées. Enfin, la démographie médicale est très disparate.

Ces résultats ont été confirmés par le réseau Yvelines Sud lors de son enquête RPSM78 en 2000 (Younes et al. 2005). Cette dernière a montré en particulier l'absence d'identification claire des rôles avec des médecins généralistes qui suivaient seuls une population importante de patients (23 % des patients psychiatriques). Elle a également montré que si près de 50 % des patients sont, de l'avis du psychiatre, adressés trop tardivement, 64 % des médecins généralistes se trouvaient de leur côté insatisfaits ou très insatisfaits des relations avec les psychiatres.

Figure 9 - Une réponse du RPSM78 - Le Dispositif de soins partagés

Dispositif dédié	Cahier des charges :
<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration partenariale du cahier des charges - Modèle des « consultation-liaison » (versus « liaison – attachement ») - 2 lieux de consultation en hôpital général (facilité d'accès / déstigmatisation) - Trajectoire de soins construite en fonction du partenariat - Favoriser l'accès au soin le plus approprié - Pratique clinique « active » orientée vers la construction, l'explicitation et la délégation du projet de soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins : facile et sans délai, quel que soit « l'adresseur » (MG, Psychologue, patient, entourage) - Implication d'une équipe pluridisciplinaire (Psychiatre, psychologue, infirmier) - Multiplication des étapes de coordination / concertation - Séquence de soins/évaluation : offre de soins limitée à l'évaluation, l'élaboration conjointe d'un projet de soin, et le cas échéant l'accompagnement vers un nouveau professionnel et/ou la PEC de la crise - Action de formation en direction des MG : <ul style="list-style-type: none"> - Compte rendu de consultation à visée formative - Action de formation directe (groupes de supervision) - Développement de l'offre de soin psychothérapeutique : <ul style="list-style-type: none"> - Prestations spécifiques de psychothérapie - Diversification des modalités de PEC - Un « réseau » de partenaires : MG / psychologues libéraux / psychiatres (2ème ligne) - Observatoire des pratiques partenariale et recherche clinique

En réponse à ces problèmes de coordination, le RPSM78 a proposé la mise en place d'un dispositif de soins partagés (Younes et al., 2008) suivant un cahier des charges rédigé en collaboration avec les médecins généralistes. Ce dispositif avait pour finalité de permettre une facilité d'accès aux soins, sans délais, et d'assurer une déstigmatisation. La pratique clinique mise en place est « active », orientée vers la construction, l'explicitation et la délégation du projet de soins. Les étapes de coordination et de concertation ont été multipliées et ceci avec tous les professionnels. Il y a eu des actions de formation en direction de ces médecins généralistes d'abord sous forme de compte rendu de consultation à visée formative puis d'action de formation directe notamment des groupes de supervision.

En conclusion le dispositif de soins partagés permet une réelle délégation de compétences avec un dispositif de formation efficace car inscrit dans le dispositif organisationnel des soins. L'impact de ces consultations a été évalué. Ce dispositif est possible. L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) nous a accompagnés et nous a aidés pour voir ce qui peut-être généralisable. Son coût reste relativement faible et il présente un potentiel considérable d'amélioration. Il constitue également une réponse à la problématique des psychothérapies.

À la question de savoir s'il faut contraindre ou non les situations d'adressage il y a deux orientations. Les recommandations NICE²³ tentent par exemple de fixer des « normes » d'adressage au psychiatre. Pour autant dans

²³ NICE est l'acronyme de "National Institute for Health and Clinical Excellence".

d'autres circonstances certains considèrent que cela n'est pas possible en particulier car cette solution ne tient pas compte du médecin généraliste, de la définition de son rôle et du caractère évolutif de sa compétence. En réponse, nous avons formulé une recommandation portant sur les courriers d'adressage. Ils constituent un signe et une cible. C'est une étape essentielle pour poser la nature des échanges et du partenariat. La présence d'échanges de courrier est souvent un facteur associé à de bons échanges collaboratifs.

Bibliographie

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420):21-7.
- Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMCFam Pract* 2005;6(1):18.
- Younes N, Passerieux C, Hardy-Baylé MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, et al. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005;5:104.
- Younes N, Passerieux C, Hardy-Bayle MC, Falissard B and Gasquet I. "Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems". *BMC Family Practice* 2008, 9:41.
- Younes N, Passerieux C, Janvier D, Kayser N, Hardy-Bayle MC. Shared Mental Health care. One-year outcome for patients after a French consultation-liaison intervention, communication, 16th European Congress of Psychiatry, Nice, April 5-9, 2008.

Discussions

Jean-Luc Roelandt

Il a été décidé il y a dix ans dans mon établissement de ne prendre aucune personne sans qu'elle soit vue par un médecin traitant au préalable. Comme tout le monde a droit à un médecin traitant, certaines personnes ne viennent plus nous voir car leur médecin peut gérer certaines choses. Les médecins généralistes font en plus un examen somatique et nous envoient des patients après avoir fait un tri, gardant ceux qu'ils peuvent soigner. Inversement, une fois qu'il a vu le patient, le psychiatre peut ensuite proposer une prescription au médecin généraliste.

Nous avons très rapidement pris conscience du problème de la stigmatisation des patients et de leur pathologie. C'est pourquoi nous nous sommes greffés dès le début aux réseaux existants en intégrant pour nos consultations les cabinets de groupe. L'accompagnement par les infirmiers pour aller voir le médecin traitant se développe en parallèle et c'est bien car les infirmiers peuvent expliquer certains symptômes et faciliter les échanges.

Il peut subsister des cas où personne ne sait s'il y a coordination, mais cette question sera réglée quand il y aura un seul dossier médical.

Pierre-Louis Druais

Certains patients ne sont pas repérés comme des anxio-dépressifs sévères et cela pose problème. Ils sont de plus en plus nombreux. Il faudrait prendre le temps de s'asseoir à côté d'eux et les accompagner en plus des médicaments.

Se pose également la question de la prise en charge des personnes âgées en Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et en Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces personnes sont traitées pour des troubles cognitifs classiques alors qu'elles devraient l'être pour des troubles dépressifs. Ces personnes sont « scotchées » dans les institutions. Il est souvent question de transfert de tâches, mais c'est un transfert de compétences qu'il faudrait mettre en place en réalité.

Stéphanie Dupays

Avez-vous évoqué la possibilité de faire intervenir le couple psychologue-infirmier ? Ces questions sont-elles abordées ?

Christine Passerieux

Quand je parlais d'un délai de 6 – 8 jours, c'est le délai pour rencontrer un psychiatre. En réalité, il y a un premier contact avec des infirmiers d'une durée de trente minutes qui permet de préciser le degré d'urgence et qui est ressenti par les patients comme un premier acte de soins. Grâce à ce système, on a un taux d'absence de 5 % au premier rendez-vous avec le psychiatre contre 40 % habituellement.

Nous recevons aussi des patients qui n'ont pas été envoyés par leur médecin généraliste et qui nous donnent leur accord pour que l'on travaille ensuite avec leur médecin traitant. Nous travaillons alors de la même façon avec ces patients qu'avec ceux qui viennent après avoir été adressé par leur médecin généraliste.

Comparaison des tendances d'utilisation des antipsychotiques en France et aux USA²⁴

Adeline Gallini (post-doctorante, Université de Pittsburgh)

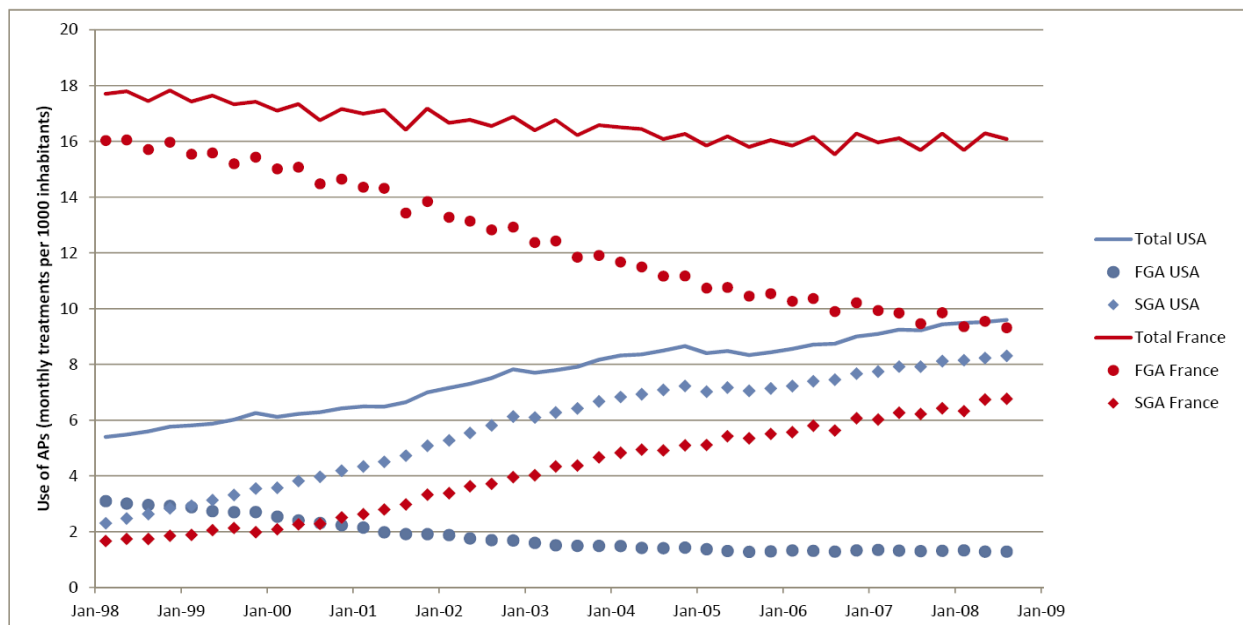
Les premiers antipsychotiques ont été disponibles dans les années 50. La seconde génération de cette classe thérapeutique est arrivée ensuite aux alentours des années 80 à 90. Lors de leur mise sur le marché, ces antipsychotiques de seconde génération présentaient moins d'effets indésirables de type dyskinésie que les molécules de première génération et ils étaient également supposés plus efficaces.

Depuis, des essais indépendants ont apportés de nouvelles informations en comparant les nouvelles molécules aux anciennes. D'un point de vue sécurité, un risque métabolique a été mis en évidence pour l'olanzapine en 2003 ainsi qu'un risque de décès accru chez les patients atteints de démence (2005-2008). *A contrario*, la comparaison de leur efficacité lors de ces essais n'a pas permis de démontrer la supériorité de la seconde génération par rapport aux molécules plus anciennes.

L'objectif de cette étude était de décrire et comparer les évolutions de l'utilisation des antipsychotiques en France et aux États-Unis. L'idée était de décrire les usages, la rapidité d'adoption des nouvelles molécules, et d'assimilation des informations de sécurité dans la pratique des médecins.

Les résultats ont été obtenus à partir des données de ventes aux pharmacies issues de la base GERS²⁵ et à partir des prescriptions d'un échantillon représentatif de médecins pour les États-Unis. L'unité utilisée est le nombre de traitements mensuels pour 1 000 habitants. Cette étude s'est intéressée aux formes orales d'antipsychotiques sur la période de janvier 1998 à septembre 2008.

Figure 10 - Tendances comparatives de l'utilisation des antipsychotiques de première et de seconde génération en France et aux États-Unis entre 1998 et 2008

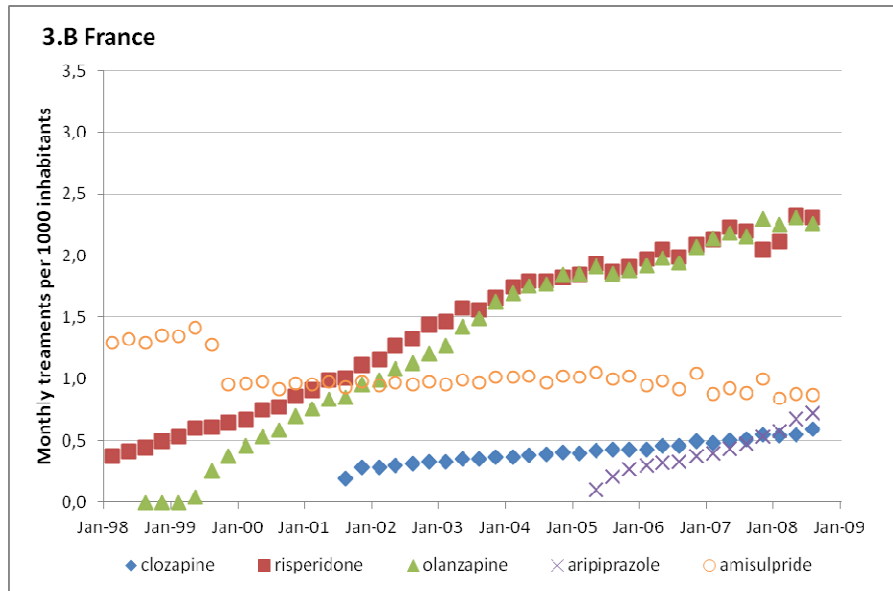


²⁴ Cette étude a été acceptée pour publication dans la revue *Psychiatric services* courant 2013.

²⁵ Le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques est un groupement d'intérêt économique (GIE), créé par les entreprises de l'industrie pharmaceutique, qui ont décidé de mettre en commun leurs données de ventes Ville et Hôpital.

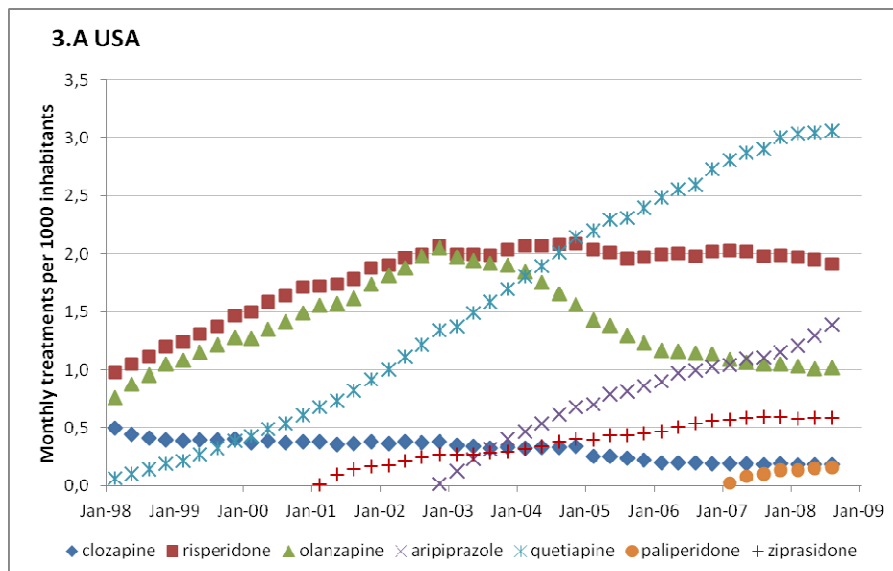
Parmi les médicaments de première génération (formes orales), 22 sont disponibles en France contre seulement 11 aux États-Unis. Pour les médicaments de 2^{ème} génération, 5 sont disponibles en France contre 7 aux États-Unis. Les indications de la seconde génération sont souvent différentes. La consommation globale d'antipsychotiques est en France bien supérieure à celle des États-Unis (Figure 10). En 2008 en France les molécules de seconde génération occupent environ 40 % des parts de marchés contre un peu plus de 80 % des parts de marchés aux États-Unis.

Figure 11 - Utilisation des antipsychotiques en France de 1998 à 2008



Lorsque l'on regarde plus en détail l'utilisation des différentes molécules de seconde génération en France, il est possible d'observer qu'entre 1998 et 2008, à part l'amisulpride dont l'utilisation a diminué, la consommation de toutes les autres molécules a augmenté (Figure 11).

Figure 12 - Utilisation des antipsychotiques aux États-Unis de 1998 à 2008



Aux États-Unis les tendances sont différentes (Figure 12). Les médicaments leaders en 1998 ne sont pas les mêmes qu'en 2008. Le recul observé pour l'olanzapine peut s'expliquer en partie par ses effets secondaires métaboliques. L'un des éléments de comparaison intéressant à noter c'est qu'en France l'utilisation de cette molécule est plutôt en augmentation.

Les tendances observées peuvent ainsi être très différentes selon les pays. Il serait intéressant d'approfondir les éléments amenant à l'adoption de nouvelles molécules notamment lorsqu'il y a des différentiels de coût pour le patient aux États-Unis. Dans quelle mesure les différences culturelles interviennent-elles ?

Du point de vue de l'évolution des prescriptions, il semble que la France soit plutôt conservatrice alors qu'il y a plus de variations aux États-Unis. Ceci est peut-être lié à une meilleure diffusion des informations ou à une aversion au risque plus importante des médecins américains.

Stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville : résultats de deux enquêtes

Hélène Dumesnil (psychologue chargée d'étude, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur)

Il existe de nombreuses publications sur le thème de la prise en charge de la dépression en médecine générale. Elles portent en général sur une modalité de prise en charge en particulier, le plus souvent sur les prescriptions médicamenteuses. Il semble néanmoins souhaitable d'approfondir certaines questions comme le recours et les freins à l'accès aux psychothérapies et les facteurs susceptibles d'influencer les choix thérapeutiques des médecins généralistes, liés au médecin et/ou au patient.

Les objectifs de cette étude étaient de décrire les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale et de mettre en évidence les facteurs associés aux choix thérapeutiques des médecins.

Pour ce faire, une approche mixte a été mise en place, avec d'un côté une enquête quantitative dans le cadre d'un panel national représentatif de médecins généralistes et de l'autre une enquête qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de 32 médecins généralistes à Marseille.

L'enquête quantitative a montré que les médecins généralistes ont des opinions plutôt favorables à l'égard des psychothérapies. Pour sept médecins généralistes sur dix en effet, les psychothérapies constituent un traitement efficace de la dépression d'intensité légère et un traitement de la dépression au même titre que les médicaments. Seulement un médecin généraliste sur dix n'est pas du tout d'accord avec ces deux affirmations. Cependant, pour six médecins généralistes sur dix, les psychothérapies conviennent d'avantage aux patients ayant un niveau d'éducation élevé.

Mais de nombreux freins à l'accès aux psychothérapies sont soulignés par les médecins généralistes. L'accès aux soins spécialisés en santé mentale est en effet perçu comme difficile par huit médecins généralistes sur dix, du fait notamment des délais d'obtention d'un rendez-vous avec les professionnels spécialisés. Un autre frein tient au fait que deux médecins généralistes sur trois ne sont pas satisfaits de leur coopération avec les professionnels spécialisés en santé mentale. Le non remboursement des consultations de psychologues et psychothérapeutes (91 %) peut également être perçu comme un obstacle. Enfin, a été évoqué le problème que certains patients sont réticents à suivre une psychothérapie (76 %).

Plus de neuf médecins généralistes sur dix déclarent prendre en charge eux mêmes les patients atteints de dépression, 12 % de façon différée (en revoyant le patient quelques semaines après afin de suivre l'évolution de son état, avant d'initier un traitement) et seulement 4 % après avoir pris un avis auprès d'un professionnel spécialisé. Seuls 7 % des praticiens interrogés ont déclaré adresser leur patient à un professionnel spécialisé.

La probabilité que les médecins généralistes assurent la prise en charge augmente quand ils s'estiment efficaces dans la prise en charge de la pathologie ou quand ils ne sont pas satisfaits de leurs relations avec les professionnels spécialisés. Les stratégies de prise en charge envisagées face à un cas fictif de dépression pouvaient consister soit en une psychothérapie seule, soit en l'utilisation d'antidépresseurs sans psychothérapie, soit en l'association des deux. On voit d'une part que la prescription d'un antidépresseur est fréquente, quelle que soit la sévérité de la dépression. La psychothérapie seule est peu proposée par le médecin, même dans les dépressions d'intensité légère. Un médecin sur 10 réalise uniquement une psychothérapie de soutien (écoute et soutien des patients).

Nous avons regardé quels sont les facteurs, liés au médecin ou au patient, qui sont associés à la proposition d'un traitement combiné, c'est-à-dire un antidépresseur et une psychothérapie, plutôt qu'un antidépresseur seul (Tableau 3).

Tableau 3 - Facteurs associés à la proposition d'un traitement combiné versus un antidépresseur seul

	Probabilité ↗	Probabilité ↘
Caractéristiques du MG - Femme (vs homme) - Médecin > 56 ans (vs < 49 ans)	OR =1,72 ***	OR =0,54 ***
Opinions du MG - S'estime suffisamment formé sur la PEC (vs non) - Pas satisfait de la coopération avec les profs. spé. (vs satisfait) - Score d'adhésion élevé : efficacité psychothérapies (vs faible) - Score d'adhésion élevé : utilité coopération MG/prof. Spé. (vs faible)	OR =1,53 * OR = 2,39 ***	OR = 0,56 *** OR = 0,70 **
Pratiques des MG - Propose souvent une psychothérapie seule d'emblée dans les dépressions d'intensité légère (vs jamais)	OR =1,80 **	
Caractéristiques du patient - Dépression sévère (vs légère) - Cadre sup. (vs ouvrier)	OR =1,42 ** OR =1,41 **	

L'enquête qualitative auprès de médecins généralistes à Marseille a permis de compléter ces résultats. Elle a montré que si les médecins interrogés ont une identité professionnelle forte avec des principes d'exercice communs (proximité et connaissance du patient, disponibilité, prise en charge au cas par cas...), il n'en demeure pas moins une certaine variabilité des pratiques de prise en charge. Cette enquête a confirmé les observations précédentes sur la place inégale occupée par les différents types de traitements dans la prise en charge. Selon les médecins généralistes, la « psychothérapie de soutien » et les antidépresseurs sont des traitements incontournables. L'adressage à un professionnel spécialisé reste rare. D'après les médecins interrogés, les patients sont au cœur des choix thérapeutiques. En effet pour la majorité des médecins, les traitements instaurés devraient résulter d'une négociation avec le patient, ceci d'autant que l'adhésion au traitement constitue un enjeu important. Si certains patients demandent des antidépresseurs, parfois avec une grande insistance, la majorité des médecins généralistes répondent à la demande uniquement si celle-ci correspond à un besoin. Enfin, l'enquête a permis de mettre en évidence quatre profils de médecins en fonction de leurs représentations et pratiques (Figure 13).

Figure 13 - Quatre profils de représentations et de pratiques



En conclusion, ces études ont permis de montrer que la prise en charge est peu différenciée en fonction de la sévérité de la dépression. Les psychothérapies sont peu proposées par les médecins généralistes. Il apparaît que les caractéristiques individuelles, les représentations et l'histoire personnelle des médecins ont une influence sur leurs choix thérapeutiques.

Enfin il semblerait que les stratégies de prise en charge suivraient plutôt un modèle professionnel fondé sur des valeurs communes qu'un modèle professionnel académique.

Discussions

Pierre-Louis Druais

Ce travail confirme la façon dont fonctionne le corps social des médecins généralistes. Le renforcement des cours de pharmacologie est l'un des éléments qui a permis de faire changer les choses. Ces résultats s'expliquent en partie par une offre de soins insuffisante en regard de la demande avec des médecins qui assurent la prise en charge car ils n'ont pas le choix. Les psychothérapies ne sont pas assez fréquentes car il y a un problème d'offre, d'où le recours aux Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) pour pallier le délai de prise en charge. Le discours sur l'utilisation des antidépresseurs par les commerciaux influence également les médecins généralistes qui peuvent observer dans leur pratique une amélioration de la thymie des patients lors de l'utilisation des IRS.

Le temps d'acceptation par le patient d'une stratégie thérapeutique donnée peut être très long. La négociation avec le patient est plus longue en psychiatrie car l'émergence de cette maladie se fait via une plainte qui n'exprime pas forcément la vraie demande. Les recommandations dans ce cadre sont souvent élaborées sans les médecins généralistes. Leur applicabilité aux soins primaires est par conséquent très faible. Elles doivent être relues et être applicables.

Antoine Lazarus

Dans le cadre de la différenciation entre dépression sévère et dépression légère, je me demandais si certains auraient une idée de la corrélation entre le taux de suicide et la prise en charge dans le public ou dans le privé ainsi que de la dangerosité, du risque de passage à l'acte selon la stratégie.

François Torres

Dans votre étude vous faites une différenciation entre les dépressions sévères et les troubles anxieux. Avez-vous fait la distinction entre Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et psychothérapie analytique ?

Hélène Dumesnil

On a demandé aux médecins qui déclaraient proposer une psychothérapie, quel type de psychothérapie et avec quel professionnel. Il a été observé que les médecins adressent principalement leurs patients aux psychiatres libéraux, mais qu'ils laissent le plus souvent le patient choisir le type de thérapie qu'ils souhaitent suivre. Sinon, ils proposent plus souvent une TCC qu'une psychothérapie analytique.

Nos résultats permettent également de remarquer que si les médecins s'estiment bien formés à la prise en charge de la dépression, ils souhaiteraient l'être davantage. Selon les médecins, la formation initiale n'est pas suffisante.

Yannick Morvan

La spécificité de la psychiatrie est que nous ne disposons pas de marqueurs physiopathologiques suffisamment spécifiques permettant l'identification d'une étiologie précise. Par conséquent, le diagnostic repose principalement sur la sémiologie descriptive et les classifications sont établies par consensus. Certes, ce consensus repose le plus possible sur la logique « evidence based medicine » mais il demeure néanmoins que cet exercice est également soumis à des influences contextuelles et sociales.

Serge Kannas

Il y a quelques années en effet, l'homosexualité par exemple était reconnue comme une pathologie psychiatrique et c'est seulement après un vote dans les années 1950 que cette pathologie a disparu. *A contrario*, nous voyons aujourd'hui apparaître de nouvelles pathologies comme l'addiction aux jeux vidéo. Le contexte joue beaucoup sur la définition des pathologies.

■ SÉANCE 4 - COMMENT ARTICULER LES PRISES EN CHARGE SANITAIRES ET MÉDICO SOCIALES ?

Certaines estimations régionales menées entre 2003 et 2009 rapportent qu'un jour donné, entre 20 et 40 % des lits sont occupés par des patients en séjour prolongé et que 60 à 70 % d'entre eux seraient inadéquats. D'autres résultats évaluent que la part des séjours de plus de six mois est de 5,6 % et celle des séjours de plus d'un an de 3,3 %²⁶. Dans ces conditions, comment expliquer ces différences, comment repérer au sein des séjours hospitaliers les hospitalisations inadéquates qui traduisent l'absence de solutions d'aval ? Ces séjours, quoique n'étant pas toujours au début inadaptés, se prolongent parfois en raison notamment du manque de lisibilité concernant les structures susceptibles d'accueillir chaque patient, de la difficulté à trouver des lieux disposant des compétences nécessaires et d'un nombre de places disponibles en aval pouvant parfois être insuffisant.

Si le précédent plan psychiatrie et santé mentale préconisait un certain nombre de mesures pour réduire ce type d'hospitalisations, il peut apparaître en particulier nécessaire d'accompagner les créations de places prévues par une amélioration de la coordination entre l'hôpital et les établissements médico-sociaux. De là, comment assurer un suivi des soins des personnes prises en charge au sein de services et établissements sociaux ou médico-sociaux ? Comment orienter des patients, hospitalisés ou non, vers ces services et leurs équipes ?

Comment repérer au sein des séjours hospitaliers les hospitalisations inadéquates qui traduisent l'absence de solutions d'aval ? Si le précédent plan psychiatrie et santé mentale préconisait un certain nombre de mesures pour réduire ce type d'hospitalisations, il peut apparaître en particulier nécessaire d'accompagner les créations de places prévues par une amélioration de la coordination entre l'hôpital et les établissements médico-sociaux. De là, comment assurer un suivi des soins des personnes prises en charge au sein de services et établissements sociaux ou médico-sociaux ? Comment orienter des patients, hospitalisés ou non, vers ces services et leurs équipes ?

²⁶ Rapport public thématique de la Cour des comptes, « l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan 'psychiatrie et santé mentale' (2005-2010) », Décembre 2011.

Introduction

Stéphanie Dupays (Chef de la mission recherche, Drees)

L'un des objectifs de cette partie est de tenter de démêler les questions complexes portant sur l'articulation des prises en charge entre les secteurs sanitaires d'une part et sociaux et médico-sociaux, d'autre part. Pour ce faire, nous essaierons tout d'abord de voir s'il est possible de quantifier l'offre médico-sociale et sociale nécessaire aux personnes soignées en psychiatrie. Nous nous demanderons ensuite s'il est possible d'évaluer l'efficacité et l'efficacité des différents types de structures et d'accompagnements sociaux et médico-sociaux. Enfin nous nous interrogerons sur les causes des cloisonnements entre professionnels du sanitaire et du social.

La séance alternera discussions et brèves présentations :

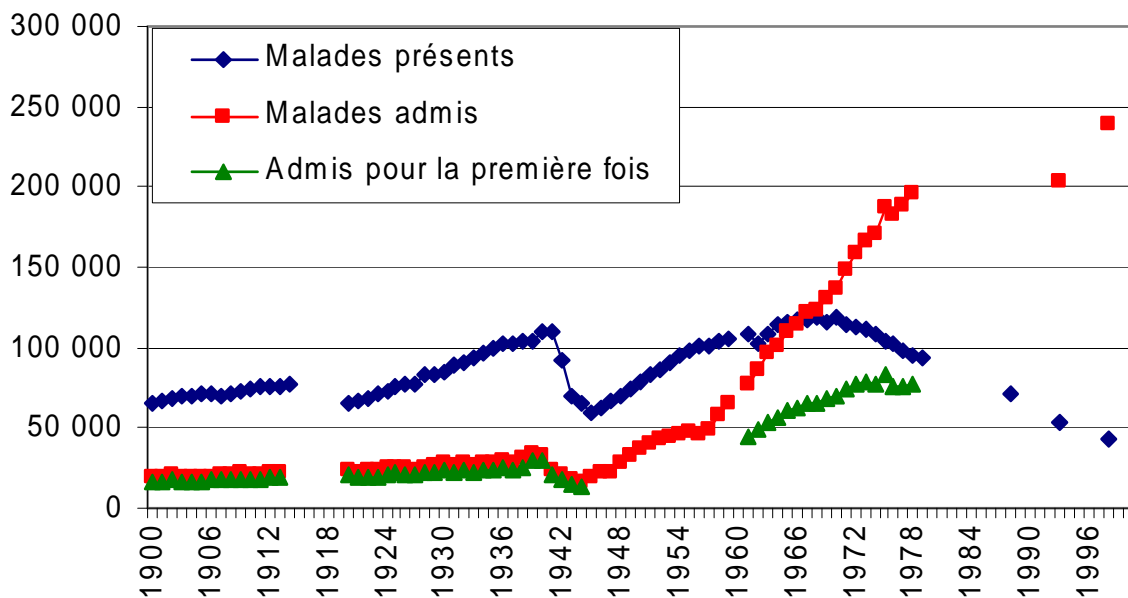
- François Chapiro [psychiatre, département d'information médicale (DIM) de l'association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris (ASM 13)] présentera ses travaux sur la population hospitalisée au long cours à partir de l'enquête handicap, incapacités et dépendances (HID) et d'analyses menées sur des cohortes de patients hospitalisés.
- Carole Peintre et Jean-Yves Barreyre (CEDIAS, CEAHI IdF) évoqueront notamment leurs travaux sur les services d'accompagnement destinés aux personnes handicapées psychiques.
- Anne Dujin et Claude Maresca (CREDOC) présenteront leur étude sur le point de vue des usagers et des professionnels sur l'articulation des champs sanitaire, social et médicosocial, commandée par le HCSP dans le cadre de son évaluation du premier Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM).

Intérêt des bases de données pour la recherche en psychiatrie²⁷

François Chapireau (psychiatre des hôpitaux honoraire, responsable du département médical de l'ASM13)

Les statistiques d'activité hospitalière ont été recueillies successivement par la Statistique générale de France (SGF), par l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) et par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Figure 14 - L'activité hospitalière au vingtième siècle



La première moitié du siècle est caractérisée par un faible nombre de patients entrés (Figure 14), dont la plupart sont admis pour la première fois. Les longues durées de séjour se traduisent par une augmentation progressive du nombre de malades présents un jour donné. La deuxième guerre mondiale a pour conséquence à la fois une baisse du nombre de malades admis et une diminution massive du nombre de présents un jour donné, due à la forte mortalité provoquée par la sous alimentation, les infections (et d'abord la tuberculose), le froid et l'isolement social des patients, malgré l'augmentation des rations alimentaires décidée fin 1942. Le nombre de décès en excès peut être évalué à 45 000.

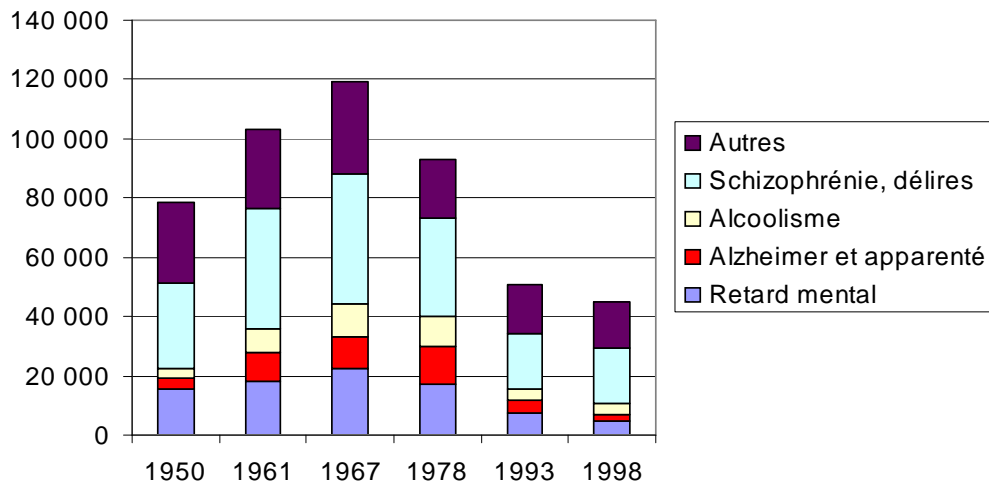
La dynamique de la population hospitalisée se transforme complètement après la guerre. Ainsi, l'augmentation rapide des entrées et des sorties commence dès 1949. De plus, il y a d'emblée une diminution des durées de séjour : l'augmentation considérable du nombre de malades admis ne se traduit pas par une augmentation proportionnelle du nombre de présents un jour donné (il y aurait aujourd'hui un million de lits !). Enfin, l'apparition des neuroleptiques en 1952 et leur généralisation vers 1955 n'a aucun effet sur l'évolution du nombre total de présents un jour donné. En effet, les neuroleptiques n'apportent pas de changement notable chez les patients ayant reçu un diagnostic de démence du sujet âgé, de retard mental ou d'intoxication alcoolique, trois groupes particulièrement nombreux en hospitalisation psychiatrique à l'époque. Certes, il existe une augmentation importante du nombre de sorties chez les patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de troubles délirants, mais la hausse du nombre des admissions dans ce groupe compense celle des sorties. Dans l'ensemble, la

²⁷ Le champ des chiffres cités et des graphiques se limite à la santé mentale.

dynamique de la population hospitalisée après la guerre se caractérise par deux mouvements produisant des effets contraires : le raccourcissement des durées de séjour et la hausse considérable du nombre de malades admis.

Le nombre de malades présents un jour donné (Figure 15) atteint un maximum de 119 000 en 1967, avant de baisser de manière importante pour atteindre 43 000 en 1998. Cette évolution s'explique pour près de la moitié (45 %) par la création de nouveaux itinéraires, de sorte que des malades qui auraient été adressés en hospitalisation psychiatrique sont de plus en plus pris en charge de manière différente.

Figure 15 - Nombre de malades présents un jour donné, par diagnostic



En effet, les patients ayant reçu un diagnostic de démence du sujet âgé, de retard mental ou d'intoxication alcoolique sont les trois groupes dans lesquels la baisse du nombre de présents un jour donné est la plus forte. Cela tient d'une part au développement considérable des établissements avec hébergement pour personnes âgées et pour personnes souffrant d'un handicap mental, et d'autre part à la création d'une politique nationale pour le maintien à domicile et pour les soins ambulatoires de ces personnes. En ce qui concerne les patients souffrant d'addiction à l'alcool, l'apparition de filières spécialisées limite corrélativement le recours à l'hospitalisation psychiatrique.

Outre la profonde modification de la structure par diagnostics des malades présents un jour donné, l'autre facteur qui contribue à la diminution massive du nombre de présents un jour donné est la réduction des durées de séjour. En effet, en 1967, le nombre de malades admis est de 122 000. Cet effectif augmente à environ 250 000 en 1998. La baisse des durées de séjour, beaucoup plus rapide que l'augmentation du recours, cause une diminution du nombre de présents un jour donné. En 1970, un patient sur deux est sorti après un séjour de 44 jours au plus. En 1978, cette proportion est des deux tiers.

Diverses perspectives de recherche sont envisageables. Quelle est par exemple en 2012 l'évolution du nombre et du taux des nouveaux patients ? Où en sommes-nous de l'interaction entre l'augmentation du recours et la baisse des durées de séjour ? D'autre part, il est important de dépasser le cadre de l'hospitalisation pour diffuser des données à propos de l'ensemble des soins. Par exemple : quels sont les lieux de premier contact des patients suivis dans le service public (CMP, services d'accueil des urgences, hôpital... ?) et quelles sont les probabilités de suivi ultérieur en fonction des lieux de premier contact ?

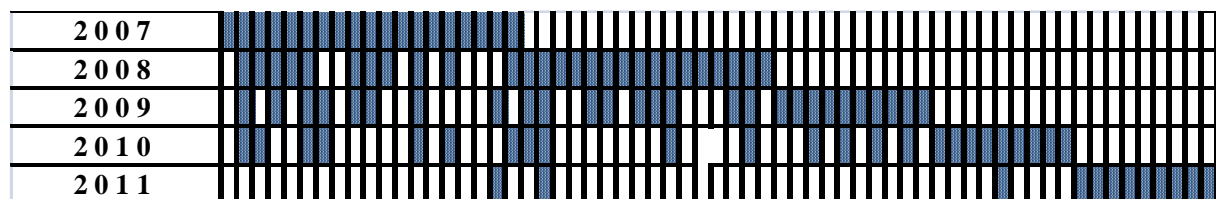
L'enquête Handicap Incapacités Dépendance (HID) conduite par l'INSEE en 1998 et 2000 a apporté des informations précises sur la situation à la fin du siècle. En particulier, cette enquête permet de savoir où se trouvaient les personnes avant leur admission en établissement avec hébergement, qu'il s'agisse de l'hospitalisation psychiatrique, des établissements pour personnes âgées ou des établissements pour personnes handicapées. Le deuxième passage auprès des mêmes personnes deux ans plus tard permet de connaître leur itinéraire.

Ainsi, en 1998, au moment où 43 000 personnes sont présentes un jour donné en hospitalisation psychiatrique, il y a 26 000 personnes dans des établissements avec hébergement pour personnes âgées ou pour personnes handicapées qui se trouvaient hospitalisées en psychiatrie avant d'être admises dans ces autres établissements. D'autre part, deux ans plus tard, en 2000, la quasi-totalité des patients hospitalisés en psychiatrie et venant des établissements avec hébergement pour personnes âgées n'est plus présente à l'hôpital, mais la majorité des patients venant des établissements avec hébergement pour personnes handicapées est toujours là : les patients sont devenus des patients de long séjour.

L'orientation des patients « inadéquats » vers les structures médico-sociales s'accompagne-t-elle d'une redistribution des patientèles en sens inverse, par exemple en raison de la différence des taux d'encadrement par le personnel ? Quelle est la situation en 2012 ?

Il y a place également pour des études fondées sur les données disponibles au sein des nombreux établissements. À titre d'exemple, voici (à la demande des organisateurs de ce séminaire), une étude réalisée à l'Association de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement de Paris (ASM13²⁸) (Figure 16). Chaque ligne verticale correspond à un patient. La zone est grisée si le patient a été hospitalisé plus de 292 jours (définition du long séjour dans la SAE).

Figure 16 - Patients hospitalisés au moins une année plus de 292 jours à l'ASM XIII entre 2007 et 2011



Cette étude montre que chaque année, il y a de 14 à 28 patients de long séjour à la fois, mais au total sur les cinq années 64 patients sont concernés. Le plus grand nombre des patients de long séjour ne correspond à cette définition que pendant un an ou deux. Aucun des patients de long séjour en 2007 ne correspond encore à cette définition en 2011. De plus, tous les ans il y a des nouveaux patients de long séjour.

Une telle étude mérite d'être approfondie en recherchant dans les dossiers des patients les facteurs qui ont contribué à ce qu'ils deviennent patients de long séjour puis à ce qu'ils cessent de l'être. Des études analogues peuvent être entreprises dans d'autres établissements afin d'identifier les points communs et les différences dans les itinéraires des patients de long séjour. D'une manière générale, de nombreux DIM disposent de bases de données de bonne qualité qui pourraient utilement être exploitées de manière coordonnée (sans qu'il soit besoin de fusionner les bases) pour mieux connaître les itinéraires des patients, et leur variabilité.

En conclusion, les bases de données apportent des informations irremplaçables à propos de la dynamique de la population ayant recours aux soins et des itinéraires des patients. Les recherches utilisant ces bases doivent être développées en vue de mettre à jour les informations anciennes et de découvrir des informations nouvelles.

²⁸ L'ASM 13 est un établissement de santé privé qui participe au service public hospitalier.

Discussions

Martine Barres

Je voudrais dire quelques mots sur un travail réalisé à la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) concernant les hospitalisations qui se prolongent de façon inadéquate faute de moyens d'accueil et d'accompagnement suffisants. Je souhaiterais également souligner ici l'importance de ne pas utiliser le terme inadéquat pour désigner des patients, ceci afin de dire que c'est la situation qui est inadéquate et non le patient hospitalisé.

Lors de nos travaux, un de nos objectifs était de mettre en évidence le besoin de soins des patients. Ce n'est pas parce qu'ils n'ont plus besoin d'être hospitalisés qu'ils n'ont plus besoin de soins. Nous voulions par ailleurs montrer quels étaient les besoins d'accompagnement dans les divers moments de vie.

Il a alors été constaté, dans un premier temps, que certaines enquêtes cristallisent les problèmes plus qu'elles ne les résolvent. La plupart des enquêtes réalisées sur les « inadéquations » ne disaient pas grand-chose sur les besoins des patients et n'avaient pas permis non plus de réduire le nombre d'hospitalisations jugées inadéquates. Sur le terrain il était alors possible d'observer des équipes épuisées disant qu'elles avaient tout essayé, mais aussi de ressentir des crispations perceptibles autour de la transformation de lits de psychiatrie en lits médico-sociaux. Pour les équipes de psychiatrie, l'offre sociale et médico-sociale restait souvent très mal connue.

C'est dans ce contexte que la MNASM a proposé une démarche partenariale au niveau d'un territoire entre les établissements, les acteurs, et les Agences régionales de santé (ARS). La mission a conseillé aux équipes de mettre en place une fiche de recueil d'informations permettant de mettre en évidence le parcours antérieur ainsi que les besoins de soins et d'accompagnement de chaque patient hospitalisé, dans la perspective de sa sortie. Les équipes sont invitées ainsi à approfondir la situation de chaque personne, tenant compte de son environnement. Un certain nombre d'établissements et d'ARS ont montré un intérêt pour cette fiche et ont demandé qu'elle soit informatisée.

Cette démarche peut s'appliquer à toutes les personnes hospitalisées. Elle implique un changement de perspective avec la prise en compte de la capacité des différents protagonistes et de l'environnement à accueillir ces personnes. L'enjeu va au-delà de la question de l'aval et des inadéquations.

Jean-Yves Barreyre

Entre 2000 et 2003, après avoir convaincu les DIM de faire une approche croisée, les projets de sortie des personnes bloquées à l'hôpital ont été étudiés. Nous nous sommes alors rendu compte qu'il manquait une connaissance sur le terrain des possibilités d'aval même s'il y avait une pénurie. Une part importante des projets ne pouvait aboutir car les gens n'arrivaient pas à comprendre quel type de structure pouvait accueillir quel type de patient. À partir de la question qui nous avait été posée au départ, d'autres questions se sont posées nous amenant à conclure à la nécessité de différents modes d'évaluation partagés.

Il faudra retenir une telle approche si quelqu'un veut disposer de chiffres plus précis. Les résultats obtenus à partir des seuls établissements de santé n'apportent pas grand-chose. Je crois qu'il y a un réel chantier sur la question de l'information partagée.

Jean-Luc Roelandt

Ces notions sont complexes. D'un côté sur Armentières, il y a eu le coup de baguette « magique » avec des personnes qui étaient décrites comme « malades » qui sont devenues « handicapées » du jour au lendemain. Malgré cela, il reste encore une soixantaine de patients qui devraient finir par réussir à sortir grâce à ce type d'artifices.

Mais d'un autre côté dès qu'un patient a des antécédents psychiatriques, et encore plus quand il est déjà passé à l'hôpital psychiatrique, une fois entré, la trappe se referme pour des questions de stigmatisation car les établissements médico-sociaux ne veulent plus prendre en charge ces patients. Nous sommes souvent devant des situations de personnes âgées mises historiquement à l'hôpital par erreur.

Lorsqu'un patient arrive aux urgences à l'hôpital général avec des antécédents psychiatriques, on le renvoie presque systématiquement en psychiatrie. C'est absurde. Quand un patient a des antécédents d'obstétrique, il n'est pas renvoyé en obstétrique dès qu'il revient à l'hôpital.

La question des personnes en situation de handicap mental est encore plus compliquée, mais dans tous les cas si une de ces personnes a des troubles du comportement et a le malheur de mettre un pied à l'hôpital, elle devient à ce moment-là automatiquement « psychiatrique ».

Grâce aux réseaux, dans la communauté nous avons passé des conventions et nous avons pu expliquer que les hôpitaux ne sont pas des lieux de résidence mais de soins.

Gaël Leloup

En Rhône-Alpes, le nombre d'hospitalisations inadéquates est mesuré deux fois par an. C'est dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Cela n'est pas simple, car nous n'avons jamais d'éléments réellement fiables pour les dénombrer et car nous réalisons en fait une photographie à un moment donné. Il est important de disposer de ce type de clichés mais il faudrait également pouvoir disposer d'un « film » reprenant le déroulement de toute l'hospitalisation. Pour les patients qui sont là depuis 10 ans, il est parfois possible de se demander jusqu'à quand remonte l'inadéquation sans trouver de réponses.

C'est à l'occasion de ces coupes sur les patients déclarés sortants que des réunions pluridisciplinaires, qui font parfois défaut, sont organisées. La situation de chaque patient concerné, sous tous ces aspects, doit être étudiée collégialement. Les assistantes sociales qui sont en nombre insuffisant ont un rôle majeur dans la gestion de ces trajectoires de soins ou de vie. Il y existe bien une connaissance de l'aval mais elle doit être meilleure.

Juliette Bloch

Pour ma part, je n'arrive pas à voir quelle est la définition de l'hospitalisation inadéquate. Est-ce un patient qui va dans un service alors qu'il n'en a pas besoin, ou est-ce un patient qui a une pathologie psychiatrique mais dont l'hospitalisation aurait pu être évitée s'il avait été pris en charge plus tôt ? La notion d'hospitalisation inadéquate est-elle la même pour tous, les psychiatres sont-ils d'accord sur la notion d'inadéquation ? On parle de cela sans savoir de quoi il s'agit ce qui rend difficile l'appréciation des chiffres.

Intervention de la salle

Il est possible de distinguer trois cas. Il y a des patients déclarés sortants mais qui ne peuvent pas sortir. Il y a ensuite ceux qui sont déclarés « guéris ». Enfin il y a ceux pour lesquels des essais de sorties et de placement ont été tentés mais qui n'ont pas marché. La solution idéale pour ces patients n'existe pas car ils ont des handicaps tels qu'il n'y a pas de solution. Actuellement, elle est à inventer. Dans ces cas-là ce n'est pas un simple problème d'hébergement, ce n'est pas non plus un problème d'environnement social. Il y a aussi des typologies de structures qui n'existent pas.

Roland Canta

Pour ma part je pense qu'on peut considérer qu'un patient est en hospitalisation inadéquate, lorsqu'il est observé par le psychiatre que cette personne pourrait à ce moment de son « parcours » faire l'objet d'une prise en charge ou d'un hébergement autre que l'hospitalisation complète et que cette dite prise en charge ou cet hébergement serait « meilleur » tant pour le bien être et le rétablissement de la personne que pour le système de soin.

Bruno Maresca

L'une des problématiques principales du maintien dans l'espace hospitalier concerne les solutions de logement à l'aval. La grande majorité des cas restant dans le service de psychiatrie au-delà de ce qui est jugé nécessaire par le chef de service sont liés au manque de logements en aval. Ils représentent une fraction importante de patients, parfois hyper-problématiques, justifiant la fonction d'asile qu'avaient autrefois les hospices. Même si tout le monde refuse cette mission d'asile, il n'y a pas de solutions en aval. Une autre source d'hospitalisations inadéquates se situe au niveau du fonctionnement du service et non du patient.

Anis Ellinni

A contrario, existe-t-il des patients pour lesquels une hospitalisation au long cours en milieu sanitaire est inévitable ? Comment les caractériser ?

Serge Kannas

Un point de référence dans la littérature que j'aime à citer et qui nous avait bien inspiré est l'étude britannique TAPS²⁹. Cette étude a décrit la fermeture complète de 2 hôpitaux psychiatriques dans la banlieue sud est de Londres.

Ce projet de recherche a été engagé afin de voir ce que devenaient les personnes. Leur situation a été comparée un an avant la fermeture, pendant la fermeture, un an après et cinq ans après. Au départ il y avait 700 patients, devenus 600 au moment de la fermeture. Il y avait ceux pour lesquels une sortie était envisageable et qui se sont vu proposer toute une palette de solutions avec des soins ambulatoires. Les patients ont fait l'objet d'une catégorisation. Après cela il est resté 60 patients réputés « insortables ». Il s'agissait des plus difficiles à placer. La fin de l'hospitalisation paraissait trop risquée au moment où l'analyse était réalisée.

Deux groupes de patients ont été identifiés. Le premier était composé pour la plupart de patients schizophrènes non contrôlés par les traitements habituels. L'autre groupe avait des déficits, des démences et des inhibitions, qui ne leur permettaient pas de vivre même avec de l'accompagnement. La réponse proposée consistait en une maisonnée hospitalière avec des soins intensifs. Deux pavillons avec un sur-encadrement à l'origine d'un surcoût étaient utilisés.

Pour ces « insortables » un bilan très fin des approches pharmacologiques qui avaient été envisagées jusque-là a été fait. Aucun changement de traitement n'a été envisagé pour ces 60 patients, mais des méthodes psycho-éducatives ont pu être proposées. Après cela une sortie vers le médico-social pouvait être envisagée pour la moitié des personnes.

Jean-Yves Barreyre

Il est nécessaire d'être attentif à ne pas définir des catégories de patients par rapport à des établissements. Il ne faut surtout pas partir de là. C'est à l'offre d'être au service de la demande et pas l'inverse. Nous n'arrivons pas à sortir de ce fonctionnement. C'est ce retournement qu'il faut acter aujourd'hui.

Jean-Luc Roelandt

En Australie sont définies des catégories de patients à partir des besoins de soins et des besoins sociaux pour trouver les meilleures solutions pour ces personnes. Cette question est intéressante à condition d'avoir des équipes médico-éducatives qui sont capables de suivre. Des équipes de rééducation il y en a très peu en France.

Roland Canta

La problématique de l'accès et du maintien au logement est majeure, ainsi nous envisageons en région Provence-Alpes-Côtes-d'Azur de rééditer l'enquête sur le logement menée à l'initiative des 3 hôpitaux marseillais qui avaient montré qu'environ 40 % des patients avaient des difficultés de logement. Il est fondamental qu'une réflexion globale sur le logement soit menée en intégrant l'analyse de toutes les situations et en les articulant grâce à la palette très large de dispositifs dont nous disposons en France.

²⁹ Triemann, N. & Leff, J. (1997) : la transition de l'hôpital vers les services implantés dans la communauté, quelques résultats d'études du TAPS, in L'Information Psychiatrique, 1997, 8, 773-779.

Quels services d'accompagnement pour les personnes présentant un handicap d'origine psychique ?

Carole Peintre (responsable du service études et recherche, CEDIAS)

Ces travaux de recherche ont été financés dans le cadre du Programme de recherche 2008 « Handicap psychique, autonomie, vie sociale », par la Drees et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en collaboration avec la Direction générale des affaires sociales (DGAS), le groupement d'intérêt scientifique de l'Institut de recherche en santé publique (GIS-IRESP) et l'UNAFAM.

Les premiers services d'accompagnement datent de la fin des années 70. Ils étaient destinés aux travailleurs ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) en alternative aux foyers d'hébergement et également à un public avec déficience intellectuelle. Ces dispositifs se sont progressivement ouverts à d'autres publics, notamment ceux en situation de handicap psychique à partir du début des années 2000. Depuis le décret n°2005-223 du 11 mars 2005, les services d'accompagnement disposent d'un véritable cadre juridique qui donne la possibilité à certains d'entre eux d'inclure des prestations médicales ou paramédicales (SAMSAH).

Ces dispositifs ont été développés de façon rapide et hétérogène après avoir été plébiscités par les promoteurs, les financeurs et les associations. La mise en place de travaux de recherche s'est révélée nécessaire en raison notamment des questions de spécialisation de ces services en fonction du profil de leurs usagers ainsi que de l'intérêt et du contenu de leur éventuelle médicalisation (SAVS ou SAMSAH ?). À ces questions s'ajoutent les interrogations posées par les équipes psychiatriques. Quelle articulation entre l'accompagnement médico-social et les soins, selon quelles modalités ? Comment l'accompagnement s'inscrit dans le parcours de vie de la personne : en amont, pendant ou en aval des soins ?

Nous avons identifié trois résultats en lien avec le thème du séminaire. Il a d'abord été observé que les soins (prodigués par les secteurs psychiatriques ou la psychiatrie libérale) et l'accompagnement médico-social sont deux démarches complémentaires et non subsidiaires. Dans ce cadre, nous avons montré qu'il n'y avait pas de service d'accompagnement sans une psychiatrie de secteur forte et mobilisée, puis nous avons décrit le contenu de cette fameuse « médicalisation » des SAMSAH qui ne font pas pour autant du soin.

Si les soins psychiatriques sont absents, insuffisants ou inadaptés, les effets de la maladie psychique impactent de façon négative toute forme de soutien ou d'accompagnement à la vie quotidienne sociale ou professionnelle. À l'inverse, pour des personnes très isolées, présentant des difficultés d'hygiène ou d'incurie, des difficultés sociales et de santé complexe, ou au contraire en demande d'activités sociales et professionnelles, la psychiatrie seule est insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins.

Ces deux démarches contribuent au processus de rétablissement de la personne mais poursuivent des objectifs immédiats différents et s'exercent dans des espaces différenciés. Les soins relèvent des dispositifs psychiatriques et visent à une amélioration de l'état morbide en diminuant les symptômes, en facilitant le développement des fonctions cognitives ainsi que les habiletés nécessaires pour l'autonomie dans la vie quotidienne. L'accompagnement médico-social se conduit dans le quotidien de vie de la personne et vise à favoriser une posture de sujet dans la Cité. L'accompagnement médico-social a d'abord pour objectif d'ouvrir des perspectives de vie pour la personne, de l'aider à faire des choix, de valoriser ses compétences, en les confrontant avec l'environnement qui l'entoure.

Bien que les soins et l'accompagnement médico-social soient fondamentalement distincts dans la nature et l'organisation des services rendus, l'un n'est pas sans effet sur l'autre, et inversement. Ainsi, la plupart des acteurs s'entendent à considérer que l'accompagnement social (ou médico-social) a des effets thérapeutiques réels. Cet effet se traduit notamment par des épisodes d'hospitalisation moins fréquents et moins longs, observés pour une majorité des personnes accompagnées. Ainsi, l'action de veille sanitaire menée par les services d'accompagnement permet de prévenir les décompensations et de ne pas attendre que la situation soit trop dégradée pour orienter la personne vers les services de psychiatrie. De plus, le développement des habiletés sociales et le tissage de liens avec les personnes présentes dans leur environnement participent à l'équilibre de la situation et à une amélioration globale de l'état de santé de la personne.

D'après nos résultats, le développement de ces services ne peut s'inscrire que dans un maintien, voire un développement des structures sanitaires ambulatoires. En effet, l'accompagnement doit favoriser un suivi psychiatrique régulier (mobilisant donc davantage les équipes de CMP) et impliquer également pour les services psychiatriques des réunions de synthèse et de concertation autour de situations communes (souvent « chronophages »).

Si le suivi psychiatrique est souvent posé officiellement comme un pré-requis à l'admission à un service d'accompagnement pour la plupart des services, dans les faits il n'est pas toujours effectif et régulier. L'un des grands axes de l'accompagnement pour l'ensemble des services est d'aider la personne à s'inscrire dans une démarche de soin, durable et adaptée. Cette attention particulière se traduit pour tous les services d'accompagnement par une fonction de veille à la continuité des soins et de « raccrochage des soins » en cas d'interruption du suivi psychiatrique (observance du traitement, régularité des consultations, repérage d'une aggravation des difficultés psychiques susceptibles de conduire à une ré-hospitalisation).

Concernant la différenciation entre SAVS et SAMSAH, la recherche a montré que, d'une façon générale, la « médicalisation » des SAMSAH se manifeste moins par la présence substantielle de médecins (qui peut se restreindre à quelques heures par semaine pour un des SAMSAH de notre panel) ou d'une qualification particulière, que par la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire (infirmier, aide médico-psychologique (AMP), travailleurs sociaux, psychologue, chargé d'insertion professionnelle, aide soignante, etc.), susceptible d'intervenir de façon régulière et soutenue dans les lieux de vie de la personne (et en particulier à son domicile).

Aussi, les interventions croisées de l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH sont davantage en mesure (que les SAVS) de traiter des problèmes d'hygiène personnelle ou d'incurie, d'aller au-devant des personnes les plus isolées ou encore de s'adresser à un public en rupture de soins psychiatriques, voire pour lequel la maladie n'a jamais été diagnostiquée et qui refuse tout contact avec le secteur psychiatrique. Il paraît important, malgré le fait que ce séminaire porte sur la psychiatrie et la santé mentale, de garder à l'esprit que cette « médicalisation » comprend aussi un soutien à la santé somatique par le suivi et la coordination des soins pour des personnes atteintes, en sus de leur pathologie psychiatrique, de maladies somatiques graves et/ou chroniques.

Discussions

Jean-Yves Barreyre

Si je peux ajouter quelque chose, nous allons vers une organisation territoriale pouvant prendre en charge n'importe quelle population dans un cadre de vie avec des services sociaux. Cela va peut-être donner des modes d'organisation différents.

Dans ce contexte, l'ensemble des services doivent s'articuler mais pas avec des établissements qui s'opposent à cause d'intérêts particuliers. Ce vers quoi nous tendons actuellement, c'est cette articulation à partir des besoins des gens et pas à partir des besoins des services des institutions. Chacun doit se sentir nécessaire et suffisant dans les problèmes que l'on rencontre.

Ce que décrit Serge Kannas dans les « sans solutions », on le retrouve dans toutes les maladies dont l'autisme et les dégénérescences. C'est de cette manière-là que l'on pourrait essayer de positionner des structures à géométrie variable.

Jean-Luc Roelandt

La présentation de Carole Peintre m'intéresse car chez nous le conseil général n'a pas payé beaucoup de SAVS. Du coup, maintenant il est à nouveau demandé aux collectivités de payer pour la psychiatrie. Autant dire que cela n'a pas suivi. Pourtant, il est évident qu'il y a des patients au long cours qui sont malades longtemps et qui nécessitent des équipes de prise en charge.

De plus il faut barrer le « médico » dans médico-social. La différenciation entre médical et social est liée aux tutelles, souvent entre nous on a du mal à faire la différence. Les deux sont intriqués et quand le social est bien fait, cela diminue le coût médical et inversement.

Pascal Cacot

S'il est permis d'être rétrospectif, au sein d'un travail prospectif, posons la question : pour « permettre aux personnes ayant des troubles psychiques de faire affaire avec le monde ordinaire », si c'était à refaire... inventions-nous encore ce secteur dit médico-social, dont on a crû qu'il allait constituer la solution en créant d'un trait, d'un seul, l'union entre deux champs dont on sentait bien que, s'agissant de troubles au long cours, leur disjonction était absurde ?

Là où l'on aurait pu attendre que le médico-social porte la représentation active d'une préoccupation fondamentale (construire le bi-face sanitaire et social dont ont besoin l'analyse et le traitement de certaines pathologies humaines) on a assisté à la création d'un domaine qui a d'abord tenté de définir ses bornes alors qu'il aurait dû d'abord définir sa méthode en mettant au travail le médical et le social, au sens du monde ordinaire (formation, travail, logement, culture...) et non au sens des services sociaux !

On s'est donc mis à construire des établissements accueillant « certains publics » tandis que la question primordiale du rapport entre le fait clinique et le fait social autrement dit de la construction du binôme soin-insertion peinait à se construire comme un champ de pratique et de savoir permettant de dépasser les problèmes non résolus précédemment. Illustration de ce qu'il est plus commode de résoudre par des lieux des problèmes de liens!

Aussi, sauf à considérer que la psychiatrie est seulement là pour gérer la crise et la décompensation survenant au sein du médico-social, il y a tout un champ de pratiques et de théorisation de ces pratiques à construire ensemble, autour d'une question répétitive : en quoi un fait clinique est aussi un fait social. Le renouvellement de cette question, grâce à des modèles interactionnistes, type Wood est peut-être une chance de sortir de l'ornière des articulations incantatoires.

Claire Thebault-Jean

Au niveau du Centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI), nous constatons que du côté sanitaire la filière d'aval n'est pas formalisée et se trouve être multiple, dépendante de l'offre médico-sociale, sociale existante. À cette première difficulté s'ajoute une offre représentée ne couvrant pas les besoins pour la population que nous avons identifiée conjointement avec différents partenaires du territoire. D'autre part différents dispositifs de soins sont

organisés pour ces populations sans réelle articulation entre eux et mettant en jeu les travailleurs sociaux du droit commun de manière aléatoire.

Il nous paraît risqué d'établir une délimitation entre soin et social tant les problématiques psychosociales sont imbriquées pour ce qui touche au domaine de la psychiatrie et plus largement de la santé mentale. Le croisement des savoirs et des pratiques est donc essentiel pour répondre aux exigences sanitaires et sociales.

Nous faisons nôtre le fait que la réalité des personnes concernées implique de fait une interdépendance entre nos missions et de meilleures articulations entre les dispositifs de soins existants.

Par ailleurs, plusieurs pathologies psychiatriques invalidantes laissent les personnes une fois stabilisées en situation d'incompétence sociale, ce qui conduit à de l'exclusion ou à de l'insertion « bancale » et entretient les troubles, masquant le fait qu'elles sont aussi des personnes exclues et qu'elles en souffrent.

Aussi, pour offrir à toutes ces détresses psycho-sociales un accompagnement de qualité et/ou une continuité de soins appropriés en vue d'une inscription sociale digne de ce nom, il importe que psychiatrie et travail social en agissant de concert conjuguent leurs efforts.

Le service d'accompagnement « Espace PLEAIDE » logement-santé, s'inscrit dans cette dynamique, et a pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes souffrant de troubles psychiques ou de maladies psychiatriques stabilisées ou non par le soin.

Ce service propose un accompagnement médico-social et sanitaire, favorisant le maintien ou la restauration des liens périphériques aux soins et la lutte contre la précarité et l'exclusion, en lien avec le logement, point d'ancrage de toute inscription sociale. Il s'agit d'une équipe mixte sanitaire et médico-sociale, biculturelle, ce qui est une innovation en soi et qui appelle à un financement tutélaire multipartite. Pour permettre cet accompagnement social, nous impliquons les services sociaux de secteur, des travailleurs sociaux des associations, des médecins, des psychiatres et des bailleurs sociaux. Grâce à ce dispositif, des solutions nouvelles d'accès ou de maintien au logement sont mises en place et ce même pour des personnes en situation de précarité.

À ce jour seule la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de l'Isère finance deux postes de travailleurs sociaux, à moyens constants nous organisons les articulations avec les dispositifs de soins. Actuellement, 20 mesures d'accompagnement sont en cours dont les prescripteurs sont les travailleurs sociaux du territoire et l'orientation se fait via la DDCS vers l'Espace Pléiade.

Stéphanie Dupays

Est-ce que les nouvelles structures mises en place répondent aux besoins de la personne ou s'agit-il de structures hospitalières transformées ?

Serge Kannas

En quinze ans d'exercice à la mission d'appui, j'ai vu le pire et le meilleur. Le pire était le changement d'étiquette sans changement ni de structures ni de personnels qui étaient par ailleurs souvent maladroits. Dans ces cas-là même quand un problème était signalé il y avait peu de changements.

De façon exceptionnelle, j'ai pu voir le meilleur. Il s'agissait d'une structure pour handicapés à Sarreguemines traitant remarquablement les patients.

Entre les deux, j'ai vu beaucoup de structures restées sur le site de l'hôpital sans progrès réels. Les chances de réussite étaient plus importantes à partir de structures nouvellement créées. Aucune étude n'a jamais été réalisée sur tout ce qui a été fait en terme de diversité médico-sociale, alors que des milliers de structures ont été créées. Pour autant personne ne peut dire quels ont été les effets de ces créations.

Martine Barres

Il y a un déficit de textes sur tout ce qui est MAS et FAM. Il faudrait travailler sur le rôle et la place de la médicalisation dans les foyers par exemple. Les choses évoluent de telle façon que les professionnels de santé se trouvent aujourd'hui à faire face à un éventail de prises en charge très différentes.

Pascale Roussel

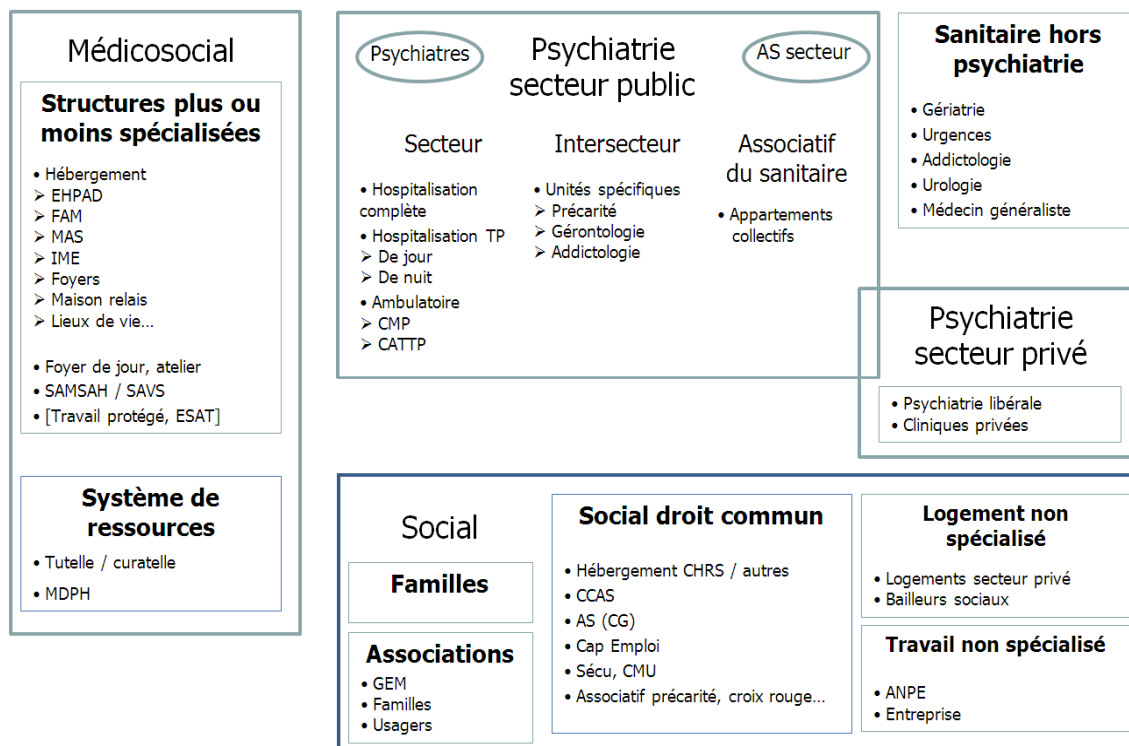
Pendant très longtemps, il y a eu un vrai questionnement sur les petites unités de vie avec de vrais moments d'impulsion et de créations. Puis, tout d'un coup, cette question a disparu alors que le surcoût des petites structures par rapport aux grandes ne semble pas être une réalité indiscutable : dans les années 2000, des travaux menés à l'initiative de la Fondation de France et de l'UNIOPSS avaient mis en évidence des coûts similaires à niveau de dépendance équivalents pour des populations âgées. Cette question mériterait d'être remise sur le métier, dans chacun des secteurs de l'accompagnement social et médico-social compte tenu de l'importance des enjeux en matière de qualité de vie pour les usagers.

Quelques enseignements de l'évaluation du plan santé mentale sur l'articulation entre secteurs sanitaire, social et médico-social

Bruno Maresca (directeur du Département Évaluation des politiques publiques du CREDOC)

L'articulation entre secteurs sanitaire, social et médico-social implique des acteurs nombreux, aux caractéristiques hétérogènes, entre lesquels les interactions ne sont pas systématiques (Figure 17). À première vue, il est ardu de s'orienter dans ce paysage. Néanmoins, l'articulation entre ces différentes formes de prise en charge apparaît de plus en plus importante pour favoriser des parcours cohérents qui évitent que les patients restent hospitalisés faute de mieux, ou bien qu'ils n'accèdent pas à la prise en charge sanitaire.

Figure 17 - Le système d'acteurs pris en compte



En tout, cinq types de trajectoires différents peuvent être distingués.

- Le premier, dit « d'autonomisation » repose sur des appuis sanitaires forts. Il concerne des patients sortis de l'hôpital et qui continuent d'être suivis de manière importante en hôpital de jour ou en CMP/CATTP. Des solutions d'hébergement et des activités qui restent dépendantes du secteur sanitaire sont possibles.
- Le type deux correspond à un transfert au médicosocial. Il s'agit alors des patients sortis de l'hôpital et pris en charge par un acteur médicosocial. Si une certaine satisfaction peut-être ressentie lorsque ce type de transfert est réussi, mieux vaut s'assurer avant le transfert effectif de la nécessité et de la faisabilité d'un relais médical et psychiatrique à mettre en place.
- Le troisième type correspond aux personnes qui refusent le contact avec la psychiatrie et sont souvent en grande précarité. L'entrée dans le circuit de soins se fait alors par des structures médicosociales ou sociales, ou par des équipes mobiles.
- Dans le quatrième groupe, se trouvent les patients dont la trajectoire est bloquée. Ils n'ont pas de sortie possible de l'hôpital faute d'une solution d'hébergement adaptée en aval. Cela engendre beaucoup de sorties retardées, après des hospitalisations justifiées au départ, qui sont très coûteuses pour la collectivité. Ces trajectoires traduisent des « dysfonctionnements » subis par la psychiatrie.

- Enfin le dernier groupe concerne les trajectoires dites « en échec ». Il s'agit de patients sortis de l'hôpital. Ils sont sujet à des ré-hospitalisations fréquentes faute de prises en charge adaptées : ce sont des situations peu satisfaisantes sur le plan de l'étayage de la personne (solitude, précarisation...). Les projets thérapeutiques peuvent également être en échec du fait du désaccord de la famille.

Dans les faits, tout part du sanitaire et de la façon dont il conçoit son rôle. Le positionnement des équipes n'est pas homogène. L'hôpital peut tout d'abord n'être considéré que comme le lieu du soin, où le patient est géré selon un parcours médical, auquel est associée une durée d'hospitalisation adéquate. Dans cette acception de l'hôpital, la question du projet de vie ne concerne pas le sanitaire.

Une autre approche consiste au contraire à considérer que l'hôpital a la responsabilité de la construction du projet de vie à l'extérieur, pour sécuriser l'étayage du patient. Cette posture justifie une approche pluridisciplinaire au sein de l'hôpital. Elle prône la continuité avec l'extérieur et la complémentarité entre le sanitaire, le médicosocial et social.

Si ces deux approches de l'hôpital recouvrent la plupart des cas, il en existe encore une troisième, celle de l'hôpital « intégrateur ». Dans cette perspective, l'établissement hospitalier dispose de ses propres solutions pour organiser le parcours des patients et libérer des lits pour le soin. L'hôpital crée des structures associatives, gérant des solutions d'accès au logement, à la sociabilité, voire à l'emploi, associations qui souvent s'autonomisent. Cette approche peut être qualifiée de « tout thérapeutique », dans le bon sens du terme.

L'une des premières questions qui se pose à l'accompagnement médicosocial et social est de savoir s'il a les moyens de prendre en charge le soin ou de l'intégrer dans la prise en charge. Soit l'accompagnement est assuré en gérant le rapport au soin, hors urgence et soins vitaux, soit il exclut tout rapport avec le soin et développe son intervention hors de tout projet thérapeutique. Pour tous, la question de savoir jusqu'où se charger du projet de vie est cruciale. L'accompagnement doit-il prendre en compte la forme de la construction d'un projet de vie ou bien se limiter à des questions ciblées, le logement notamment ? Et aussi concevoir l'intervention comme une prise en charge ponctuelle, ou bien projetée dans la durée ?

Entre le sanitaire, le médicosocial et le social, le travail relationnel et la connaissance mutuelle sont nécessaires pour partager un langage commun et permettre la constitution de réseaux de connaissances interpersonnelles. Ces derniers sont très importants. Une formation à la gestion de la maladie mentale apparaît nécessaire du côté médicosocial, mais aussi du côté sanitaire. C'est un enjeu fort que de décroquer le sanitaire et le médicosocial pour permettre aux professionnels à apprendre à travailler ensemble. En effet, une forte demande de formation et de partage d'expériences s'exprime au sein du médicosocial. De même, il existe du côté sanitaire une certaine méconnaissance des structures médico-sociales et de leurs projets.

La capacité à constituer des réseaux et des partenariats apporte une plus value importante comme lors de la mise en place d'un Conseil local de santé mentale par exemple. Les réseaux informels qui fonctionnent grâce aux connaissances interpersonnelles, sont très inégalement développés parce que leur mise en place nécessite du temps.

Pour répondre à la problématique de la garantie du retour dans la structure après hospitalisation, la solution est la mise en place d'une convention entre établissements. Des dispositifs permettent de réserver des places à l'extérieur du sanitaire pour des patients vivant avec un trouble psychique ou bien de formaliser des liens limités aux consultations extérieures, sans contreparties.

Une autre piste est d'amener les soins vers les personnes qui ne vont pas d'elles-mêmes à l'hôpital, grâce à des équipes mobiles. Qu'elles soient spécifiques à la prise en charge de la précarité ou de la gérontopsychiatrie, leur objectif est de prévenir les arrivées à l'hôpital par le biais des urgences.

Certains dispositifs d'aide à la sortie pourraient être améliorés en permettant la préparation de l'admission dans une structure médicosociale. Ces structures auraient entre autre pour responsabilité l'évaluation des capacités de réinsertion.

En conclusion, deux nœuds de difficultés majeurs apparaissent au regard de l'objectif du décrochage. Le premier se trouve dans le secteur sanitaire et concerne le phénomène des « inadéquats ». Le second, au niveau

du médico-social, réside dans les limites du projet d'autonomisation de la personne, qui conduit à redouter la prise en charge des personnes vivant avec un trouble psychique.

Il semble préférable de ne pas opposer l'approche « hospitalo-centrée » à une approche alternative, désinstitutionnalisée. Les alternatives à l'hospitalisation et les partenariats se développent quand les partenaires peuvent s'appuyer sur un hôpital disponible et réactif.

Pour conclure, il faut souligner la tension que traverse le sanitaire sur l'avenir même de la psychiatrie et qui conditionne le type de collaboration qui peut se développer avec le médicosocial. Comment concilier des prises en charge où l'on considère tantôt que le médicosocial n'est mobilisé que pour un passage de relais (modèle diagnostic/traitement/sortie), tantôt qu'il est un partenaire de la construction du projet de vie (modèle intégrateur) ?

Des travaux de recherche pourraient permettre d'approfondir l'analyse de la dualité des visions sanitaires de la prise en charge de la santé mentale. Il pourrait être utile d'approfondir l'analyse des difficultés du médico-social à se confronter à la prise en charge des troubles psychiques, qui résultent de l'inversion de la proportion handicapés/psychotiques et de l'inadéquation des projets de structure à ces nouveaux profils.

Une revue d'expérience des outils de travail communs entre le sanitaire et ses partenaires pourrait se révéler utile, tout comme une analyse des différents dispositifs, de leur genèse, de leur raison d'être, de leurs effets sur les prises en charge, et leur possible duplication. Le fonctionnement de la MDPH mériterait peut-être lui aussi d'être décrit de façon plus approfondie, pour être mieux compris.

Discussions

Martine Barres

Les besoins de personnes en termes d'accompagnement (plutôt que d'hébergement), sont plus importants qu'auparavant étant donné le contexte mis en place par la loi de 2005³⁰. L'organisation actuelle du médico-social fonctionne sur des modèles de coûts moyens dépassés. Une évolution est à considérer.

Claude Marescaux

Dans le Rhône, il y a eu un travail de la Maison départementale des personnes handicapées qui a travaillé avec les professionnels du domaine psychiatrique. Étant donné mon domaine de compétences, j'ai travaillé un peu sur la confidentialité des données. Nous nous étions posé la question du type de grille à proposer pour ces patients. Au final, nous avons convenu que l'on pouvait utiliser la même grille que la MDPH. Il est apparu cependant qu'il reste difficile d'estimer les besoins de la personne. En réalité quand un patient est hospitalisé, il est compliqué de savoir ce qu'il peut faire réellement, quelle est sa capacité d'autonomie et quels sont ses besoins.

Un autre paramètre important à considérer et qui a été discuté plus tôt au cours de cette séance, c'est que l'étiquette qui est mise sur une structure n'implique pas forcément que cette structure fonctionne comme l'étiquette le laisse penser.

Gaël Leloup

Dans ces conditions, l'orientation est nécessairement dépendante de l'offre alors que l'objectif est de partir des besoins. Tant qu'une activité suffisamment précise des différentes catégories d'établissements ne sera pas connue, toute étude des besoins passera forcément par le prisme de l'offre existante.

Martine Barres

L'évaluation de la situation des personnes ne doit pas être unilatérale, ce n'est pas seulement l'équipe psychiatrique qui doit faire cette évaluation. Elle doit être conçue comme un processus et il ne faut pas regarder seulement à un moment donné.

Serge Kannas

J'aurais une remarque macro-sociale. Lorsque les raisonnements passent d'une logique de segment à une logique systémique, on fait comme si les acteurs au niveau local avaient tous intérêts à se coordonner. Or, ce n'est pas vrai car il y a une forte ambivalence entre le niveau national et le niveau local. Les non-choix permettent aux acteurs hospitaliers et aux acteurs du médico-social de perpétuer leurs pratiques. Les acteurs locaux ne se coordonneront que si cette articulation est partagée par tous les acteurs. S'il n'y a pas de politique globale, les acteurs locaux utiliseront les appuis qu'ils trouvent, vérifiant alors tous les paradoxes du national.

³⁰ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

■ SÉANCE 5 - QUELLES ÉVOLUTIONS DU TERRITOIRE DE LA PSYCHIATRIE ?

Plusieurs rapports récents^{31,32} concordent sur la nécessité d'un débat public relatif à la rénovation du secteur de psychiatrie. Une préconisation du rapport en 2011 de la cour des comptes sur le premier plan psychiatrie et santé mentale consiste en ce sens, en la définition d'une mission, qui reprendrait les atouts de la politique de secteur, tout en limitant ses effets négatifs.

Différentes coopérations entre les acteurs gravitant autour du patient, semblent devoir être organisées à différents niveaux géographiques.

Si, étant donné le contexte réglementaire actuel, la détermination du niveau territorial d'organisation de l'offre doit se faire autour d'une logique de compétence des ARS, selon quels critères ce découpage territorial doit-il être réalisé ?

³¹ Couty E., mars 2013, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », Ministère des affaires sociales et de la santé, rapport.

³² Milon A., décembre 2012, « Rapport d'information relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux », Sénat.

Introduction

Stéphanie Dupays (chef de la mission recherche, Drees)

La psychiatrie, en mettant en œuvre la sectorisation, a été le premier champ sanitaire en France à prendre en compte la notion de territorialisation dans son organisation. Après la circulaire de 1960, l'encadrement juridique du secteur et, en particulier, ses règles d'organisation et de financement ont été précisées par les lois de 1985 et 1986. La sectorisation a initialement consisté à définir des zones géographiques spécifiques à la psychiatrie, au sein desquelles une équipe pluridisciplinaire est responsable des interventions et des soins, sous la responsabilité de l'hôpital. C'était un choix fort de faire reposer cette organisation et les moyens correspondants sur l'hôpital. C'est pourquoi certains parlent d' « hospitalo-centrisme ».

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a plus tard fait des territoires de santé l'échelon de référence de l'organisation des soins, supprimant dans le même temps le fondement juridique de la dimension territoriale des secteurs tout en maintenant leur contenu fonctionnel, afin de réduire l'hospitalo-centrisme des prises en charges. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 a alors créé les Agences régionales de santé (ARS) chargées entre autre de définir les territoires de santé pertinents élargis par ailleurs au secteur médico-social.

On voit donc que successivement, différents niveaux de découpages territoriaux se sont succédés ou superposés. L'objet de la séance d'aujourd'hui sera de s'interroger sur les relations entre ces découpages, et sur l'organisation la plus apte à répartir au mieux les moyens et à répondre au mieux aux besoins de la population.

La séance va s'articuler autour des quatre interventions suivantes :

Magali Coldefy, IRDES, s'est interrogée sur la territorialisation de la santé et la territorialité de la santé mentale. Correspondent-elles à une même approche du territoire ou ont-elles une histoire différente ?

Corinne Martinez, ARS Rhône-Alpes, a présenté comment s'est effectuée la territorialisation de la psychiatrie en Rhône Alpes.

Nathalie Lopez, centre hospitalier Alpes Isère, a présenté l'élaboration d'une démarche et d'outils d'aide à la planification de l'offre de soins en Isère.

Enfin, Philippe Pichon et Ghazal Joud, Agescs, ont présenté une étude de qualification de la précarité sur la ville de Grenoble et la réponse qu'apportent les centres de santé aux disparités de précarité.

Territorialité(s) et santé mentale

Magali Coldefy (chargée de recherches, IRDES)

L'une des questions qui apparaît lorsque la question de la territorialisation se pose est de comprendre dans quelle mesure les territoires de santé et des territoires plus spécifiques, comme ceux de la psychiatrie par exemple, doivent être appréhendés de façon globale et dans quels cas, pour des problématiques spécifiques il est préférable de les appréhender distinctement. Pour tenter d'y arriver, il est utile de revenir d'abord sur la définition du territoire et sur la manière dont elle a été utilisée dans le champ de la psychiatrie.

Le concept de territoire est relativement récent et très à la mode ces dernières années. L'espace du politique a été démultiplié (politique de décentralisation), entraînant une multiplication des occurrences territoriales, des espaces de pouvoir. Toutes les organisations, économiques, sociales, culturelles, sanitaires se sont territorialisées.

C'est pourtant un concept qui pose problème au géographe qui emploie peu ce terme. C'est un concept polysémique. Le territoire est souvent présenté comme l'espace géographique où s'inscrivent les modes de gouvernement. En 1982, le géographe Raffestin, différencie ainsi l'espace et le territoire : « L'espace est un enjeu de pouvoir, tandis que le territoire est un produit du pouvoir ». Mais le territoire est aussi une « œuvre humaine, à la base de l'existence sociale ». Cette dimension de l'humain, du vécu est souvent oubliée dans la définition du territoire. Par rapport aux notions d'espace ou de milieu, la notion de territoire comprend l'idée d'un effort d'appropriation par les individus ou les groupes humains. Un territoire est une portion d'espace que les hommes s'approprient par la force, à travers leurs activités et leur imaginaire.

L'idée d'une gestion du territoire va se renforcer avec la mise en place de la politique dite d'aménagement du territoire apparue dans les années 1950 et qui correspond à une volonté de corriger les disparités observées sur le territoire national. « *L'aménagement du territoire, c'est la recherche dans le cadre géographique de la France d'une meilleure répartition des hommes en fonction des ressources naturelles et de l'activité économique* »³³ Cette notion d'aménagement du territoire fait appel aux idées de justice spatiale, de recherche de la meilleure répartition des ressources et de spécialisation fonctionnelle des territoires.

La santé ne va pas tout de suite être concernée par cette gestion du territoire. Il faudra attendre les années soixante-dix. Il a d'abord été observé, suite à la loi hospitalière, la mise en place de la carte sanitaire. Il s'agissait de réguler et de redistribuer le parc hospitalier qui s'est développé de façon inégale. L'objectif était alors d'aboutir à des taux d'équipements identiques dans les différents territoires. La notion d'égalité de répartition des moyens est alors préférée, au détriment d'une distribution équitable. Le territoire conçu ainsi est surtout un simple contenant, un espace neutre et isotrope.

Dans les années quatre-vingt-dix, intervient la régionalisation des politiques de santé, avec la mise en place des Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), dans le but de répondre aux inégalités spatiales de santé. Le territoire devient un outil d'observation et de différenciation sociale et territoriale de l'offre de soins et des problèmes de santé. Le territoire reste un simple contenant, mais l'espace n'est plus pensé comme un espace neutre.

À partir des années 2000, avec la 3^{ème} génération des SROS et la loi HPST, le territoire va devenir un élément structurant de l'organisation des soins, fondé sur l'évaluation des besoins des populations. Il est alors question de décroquer, en théorie, le sanitaire avec les autres secteurs (soins de 1^{er} recours, secteur médico-social, social, politique de santé publique). Le territoire gagne en substance, il devient un outil d'approche globale de la santé. La dimension humaine est davantage prise en compte et il s'agit de réussir le passage d'une logique de soins à une logique de santé publique.

³³ E. Claudius-Petit, Pour un plan national d'aménagement du territoire, 1950.

Dans le champ de la psychiatrie et santé mentale, on peut observer une toute autre histoire du territoire et une évolution de la notion associée. Les différentes dimensions du territoire (espace politique, d'action, de pouvoir, espace social, vécu) sont différemment mobilisées au cours du temps.

La prise en charge des maladies mentales en France repose en effet sur un ancrage territorial fort, plus ancien. La planification départementale apparaît au 19^{ème} siècle avec la loi de 1838 et la mise en place des asiles. Dans les années soixante, la politique de secteur se développe ensuite avec le souci d'une couverture égalitaire du territoire. Après l'ordonnance de 2003, la définition du secteur se concentre sur son organisation fonctionnelle, sa dimension géographique est supprimée par transfert au territoire de santé qui devient le territoire de référence.

Le territoire du secteur psychiatrique est une spécificité française. Le secteur se base sur une ambition clinique et thérapeutique égalitaire de la psychiatrie, avec l'idée que la maladie ne peut être combattue qu'en agissant dans l'environnement du patient. Dans les faits, cette conception philosophique a été délaissée au profit d'une conception administrative et gestionnaire, liée à la répartition de l'offre de soins. La sectorisation a consisté en un découpage en zones de 67 000 habitants suivant les critères prévus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et aboutissant parfois à de « petits arrangements entre amis ». Les principes d'égalité ont été préférés à la dimension humaine ; la conception initiale a été perdue de vue, tout au moins du côté des gestionnaires et politiques. D'essence thérapeutique, de contenu du soin, le secteur n'est souvent devenu qu'un simple contenant, un cadre sur lequel on applique une offre de soins, recherchant la bonne adéquation entre offre de soins et besoins d'une population donnée.

Un dialogue apparaît nécessaire entre le secteur psychiatrique et le territoire de santé. En effet, si le secteur a été pionnier en matière de planification sanitaire, par sa conception d'ensemble des soins et sa prise en compte de l'environnement du patient, il apparaît depuis quelques années qu'il n'a atteint que partiellement ses ambitions. Aujourd'hui, la dimension géographique du secteur est parfois pratiquée localement, accentuant les incompréhensions de part et d'autre. Ce dialogue aurait pour objectif de renouer avec les principes fondateurs de la sectorisation tout en dépassant les freins qui l'empêchèrent d'atteindre ses objectifs. Il serait fondé sur une conception globale de la santé et une transversalité de la prise en charge qui permettraient de raisonner en termes de parcours et ceci au plus près du patient. La façon dont la psychiatrie a pensé le territoire à l'échelle d'une maladie chronique entre les champs du sanitaire et du social, est en mesure aujourd'hui d'inspirer les politiques de santé d'une population vieillissante dont les besoins de soins divers et de proximité sont proches des problématiques développées depuis 50 ans en matière de santé mentale.

Discussions

Jean-Luc Roelandt

Je suis toujours enchanté d'entendre Magali Coldefy car le secteur est le fondement du territoire en psychiatrie. Je suis attaché à la notion de territoire. Le secteur a été inventé en Espagne lors de la révolution espagnole en Catalogne. Les républicains de l'époque avaient mis en place une psychiatrie cantonale. Cela a été repris pendant la résistance par Bonnafé. Au début un seuil de 200 000 habitants par secteur a été fixé, mais c'était trop important pour faire de la psychiatrie de proximité. Donc on l'a divisé par trois, ce qui correspond aux normes de l'OMS mais qui sont venues après.

En réalité le problème avec le secteur en France a été le manque de courage politique pour sortir le secteur de l'hôpital. Jamais le pouvoir politique n'a eu le courage de le faire, permettant une véritable mise en place du secteur. En Italie, ils ont fait les services territoriaux et ont fermé l'hôpital psychiatrique. Ce qui n'a pas été fait en France. Les lobbies ont été trop forts, le secteur n'a pas pu se développer.

Aujourd'hui, il n'est plus possible de penser un secteur « hospitalo-centré ». Il faut réintégrer la notion de territoire.

Martine Barres

Magali Coldefy a bien présenté le paradoxe originel. Il est intéressant de remarquer que les responsabilités originelles du secteur sont préservées alors que les découpages sont remis en cause, car ils ignorent les collectivités territoriales. Il faut se rappeler que le secteur est avant tout une mission et une fonction. Il est fondé sur la continuité prévention - soins - réinsertion sociale, sur la responsabilité vis-à-vis d'une population qui ne vient pas vers les soins, etc. Cela nécessite que l'on réfléchisse au territoire en pensant à ce qui constitue les « organes » du territoire c'est-à-dire les collectivités territoriales, que ce soit la ville ou le département.

Intervention de la salle

Je suis tout à fait d'accord avec ce qui a été dit. Je souhaite juste ajouter que l'idée était de soigner le patient dans son environnement naturel contrairement aux théories précédentes où il fallait extraire le patient de son environnement pathogène. La loi de 1960 est la traduction administrative de cette idée mais elle n'a pas véritablement rendu compte de cette philosophie. Ce qui importe c'est que cette notion de secteur géographique s'est sclérosée. Elle revient pourtant dans les équipes mobiles et les réseaux qui sont au plus proche de l'environnement naturel du patient. Souvent quand on met un nouveau dispositif en place on le met par-dessus l'existant. En France, nous avons gardé les hôpitaux psychiatriques et nous ne sommes donc pas allés au bout de l'idée du secteur.

Alain Lopez

On ne sait jamais exactement ce que telle ou telle personne met derrière le mot secteur. Notre discussion illustre bien comment cela se manifeste. Je pense que c'est l'un des problèmes que nous avons aujourd'hui. Parlons-nous d'une conception de la prise en charge du malade, d'une organisation de l'offre, d'un espace de planification, de quelque chose de différent de l'hôpital (activité hors les murs), quelles réponses sommes nous en train de chercher ? Qu'individualisons nous en sortant le secteur de l'hôpital, quelles activités seront déroulées hors les murs ? Ce mélange explique bien des difficultés ; le même mot recouvre plusieurs significations, nous aurions intérêt à bien distinguer les variations de sens qu'il peut recouvrir.

D'une certaine manière, la profession n'était pas très enthousiaste face à la sectorisation, si cela a marché c'est grâce à la dimension administrative à mon sens. J'étais interne dans les années 70. Ce dispositif a permis aux chefs de services d'avoir des pouvoirs qu'ils ont encore aujourd'hui. Dès les années soixante-dix, quand le secteur s'est vraiment mis en place, la signification clinique et thérapeutique, d'une part, et la signification gestionnaire, d'autre part, ont tout de suite été associées. Aujourd'hui une des questions qui se pose c'est de débarasser le concept de secteur de sa portée planificatrice car, elle est portée désormais par le territoire de santé et la région.

Laurent Plancke

Le terme de secteur est polysémique, ce qui était d'abord un territoire est devenu un mode d'organisation. Si le concept de secteur (en tant qu'espace où diverses formes d'aide et de soins sont proposées) reste pertinent, il doit s'intégrer dans une organisation plus large, qui pourrait être la zone de proximité (avec dans chacune, un pôle). Les services généralistes (CMP, hospitalisation ...) seraient réfléchis dans la proximité et les services plus spécifiques (centres de crise, d'addictologie, pour adolescents, géronto-psychiatrie ...) au niveau des zones de proximité/pôles.

Francine Vanhee

Dans le Nord-Pas-de-Calais, il y a 4 millions d'habitants et 2 départements. Il y a 4 territoires avec pour chacun entre 800 000 et 1 200 000 habitants. Il y a aussi des zones de proximité de 250 000 à 400 000 habitants qui sont un échelon de raisonnement pertinent en termes de coopérations avec les partenaires et notamment les collectivités territoriales. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, les secteurs de psychiatrie avaient été calés avec les circonscriptions médico-sociales. Des évolutions se sont faites pour mieux coller aux collectivités locales mais la psychiatrie n'a pas suivi. Il est clair qu'en Nord-Pas-de-Calais, la zone de proximité apparaît comme la bonne échelle. Cela fait consensus sur le plan politique mais pour autant tous les problèmes ne sont pas résolus.

Stéphanie Dupays

Comment chacun d'entre vous voit-il cette organisation territoriale ? Verriez-vous des niveaux différents pour les différentes missions psychiatriques ? Faudrait-il plusieurs niveaux de granularité ? Comment tout cela pourrait-il s'articuler ?

Alain Lopez

La solution sera de partir des missions et évaluer ensuite quel espace territorial sera le plus adapté. Tant qu'on aura une vision du secteur de 70 000 habitants on aura beaucoup de peine à avancer. Il faut garder le principe de la sectorisation, comme conception globale des soins, mais pas les principes du secteur, en tant que découpage géographique, car cela ne correspond pas à la conception originelle.

Pascale Gilbert

Dans le médico-social, cette question des échelles s'est posée puisque les interlocuteurs sont les collectivités territoriales que sont les départements et les conseils généraux (CG). Cela étant dit, cela fait longtemps que les CG ont un découpage infra départemental. La question importante est celle du parcours de vie des personnes. On est dans des situations où la bonne échelle n'est pas celle du professionnel, d'un découpage, ou la prééminence de l'hôpital mais celle du parcours de vie des personnes. Ce qui compte c'est de distinguer, d'une part, ce qui doit être fait tous les jours et qui doit être fait à la porte du patient et, d'autre part, ce qui peut être fait occasionnellement et qui peut être effectué à une échelle plus large. La santé mentale est une maladie chronique, c'est donc tous les jours. Le parcours de soins ne doit plus conditionner le parcours de vie, c'est l'inverse qui doit se passer.

Jean-Luc Roelandt

Je suis tout à fait d'accord, quand le secteur s'est mis en place, beaucoup de psychiatres étaient contre. Le secteur s'est mis en place en 1969 quand on a eu des moyens incitatifs. Sur l'un des territoires où j'ai exercé, il a été dénombré jusqu'à 58 dispositifs différents. Par ma pratique j'en connaissais seulement une dizaine alors qu'il y en avait une cinquantaine. Comment coordonner ces dispositifs ? Ce que Mme Gilbert dit est vrai, le dispositif doit être à la porte des gens. Il y a un niveau micro-local. Il faudrait réfléchir d'un point de vue égalitaire. Tout passe chez nous par le généraliste.

La territorialisation de la psychiatrie en Rhône-Alpes

Corinne Martinez (chargée de mission, ARS Rhône-Alpes)

Je suis chargée de mission en psychiatrie en Rhône-Alpes. Je voudrais organiser cette présentation en illustrant la manière dont nous sommes passés du secteur au territoire dans la région.

Il est nécessaire de préciser avant tout que les projets mis en place en Rhône-Alpes reposent sur une longue tradition de concertation. Nos discussions ont lieu au sein de deux instances : la commission régionale de l'évaluation médico-économique et le Comité régional de santé mentale. Ce dernier, preuve de l'inscription dans la durée de nos concertations, a eu une influence importante sur la sectorisation dans notre région après avoir été mis en place en 1998. J'en profite d'ailleurs pour remercier ici le médecin inspecteur régional de l'époque, M Lopez qui en est à l'origine. C'est dans ce contexte de concertation que toutes les lignes relatives à la psychiatrie ont été écrites en Rhône-Alpes de façon collective.

En Rhône-Alpes, nous avons décidé d'entremêler les territoires et les départements. La sectorisation est complexe (Tableau 4). Certains établissements sont sur plusieurs territoires et il y a plusieurs départements par territoire. Il y a 5 territoires sur 8 départements. Dans le territoire nord, il y a l'attraction du centre psychiatrique de l'Ain. Le territoire le plus cohérent et le plus pertinent est celui du sud qui recouvre l'Ardèche et la Drôme.

Les territoires ont des volumes de population très différents qui peuvent aller de un à trois. En 2005 il y avait 79 secteurs adultes avec une moyenne de 71 500 habitants. Aujourd'hui, il y a 69 secteurs pour une moyenne de 91 000 habitants. Il y a eu un phénomène de regroupement des secteurs au sein des pôles, la réflexion a été très importante dans les zones urbaines. C'est là que nous avons vu que nous étions passés à quasiment 100 000 habitants par secteur.

Tableau 4 - Les secteurs en Rhône-Alpes : une articulation entre territoires et départements

DEPARTEMENTS	Population	Nbre établissements	Nbre Etb sectorisés	Nbre de secteurs	Population moyenne par secteur
DEP 01	605 892	2	1	6	100 982
DEP 07	323 516	1	1	5	64 703
DEP 26	497 487	4	2	6	82 915
DEP 38	1 223 730	8	5	15	81 582
DEP 42	763 867	4	2	8	95 483
DEP 69	1 738 949	12	3	16	108 684
DEP 73	424 578	1	1	6	70 763
DEP 74	747 965	6	3	7	106 852
TOTAL	6 325 984	40	18	69	91 681

D'un point de vue réglementaire sur la question des modalités de rattachement des secteurs psychiatriques prévus à l'article L3221-1 du code de la santé publique, le projet de décret relatif aux contrats d'objectifs et de moyens prévoyait initialement à l'article 6114-3 des dispositions donnant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) compétence pour déterminer le nombre et le rattachement des secteurs psychiatriques aux établissements de santé. Ces dispositions ont disparu du décret du 2 novembre 2006. De plus, les conseils départementaux en santé mentale qui avaient vocation à être saisis pour se prononcer sur les limites des secteurs ont été supprimés au bénéfice de la Commission régionale de concertation en santé mentale qui ne retrouve plus cette compétence dans ses attributions³⁴.

Là encore, en l'absence d'adaptation des textes de 1986 au nouveau contexte législatif, et compte tenu de la disparition de l'arrêté fixant la carte sanitaire, la notion de rattachement ou de regroupement de secteur ne

³⁴ Article 6 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 codifiée dans les articles L 3221-1 à 3 et R 3221-7 pour la description de ses missions.

dispose plus d'aucun cadre formel. Il s'ensuit une ambiguïté de la définition du secteur qui ne correspond plus qu'à une organisation fonctionnelle de la discipline.

Vues du côté de la psychiatrie, les évolutions législatives ont introduit paradoxalement une césure supplémentaire entre maladie mentale et handicap psychique, entre soins et accompagnement, alors que la plupart du temps, ce sont les mêmes personnes qui alternativement relèvent de l'un et de l'autre. Par ailleurs, la question du financement des dispositifs est venue poser avec acuité les barrières des champs de compétences.

Comment sommes nous passés du secteur au territoire ? Suite à une réflexion collective, des groupes de travail ont été mis en place et des évaluations qualitatives des dispositifs de soins existants ont été menées en essayant de faire abstraction des barrières et des limites. Des évaluations sur les CATTTP versus l'hospitalisation de jour (HDJ), les urgences psychiatriques, la prise en charge somatique des patients psychiatriques et une trame de rapport d'activité régional uniformisé pour les Maisons des adolescents (MDA) ont par exemple été mis en place.

Les premiers résultats montrent que les moyens existent mais sont souvent mal utilisés et mal répartis. Il faudrait ensuite réaliser des travaux pour mieux connaître les organisations et mieux les objectiver. Ce que nous essaierons d'analyser par la suite, c'est le géo-populationnel. Est-il possible au travers des informations dont nous disposons de caractériser les besoins de la population du territoire, sachant qu'il y a des observations au niveau du département, de l'établissement et des zones des communautés hospitalières de territoires (CHT) qui pourraient correspondre au territoire de proximité ?

Pour concilier territoire, départements et secteurs, il a alors été proposé une organisation graduée. La proximité est représentée au niveau du secteur avec les Centres médico-psychologiques (CMP), les dispositifs mobiles, les médecins généralistes et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM). Au niveau du département, il y a les liaisons avec le somatique, l'urgence, l'inter-secteur (les populations spécifiques) et l'hospitalisation complète. Les collectivités sont très impliquées dans ce dispositif, il existe quelques centres de santé portés par certaines municipalités. La mise en place d'un annuaire des ressources du territoire mis à jour régulièrement est dans ce contexte primordiale pour aboutir à des contrats locaux.

Pour terminer mon propos j'aimerais enfin évoquer notre démarche sur la réduction des inégalités.

Afin de mesurer ce qui est vraiment mobilisé par le soin nous avons, après un travail d'affinage à partir des retraitements comptables retenu le nombre d'euros par habitant. En 2010, l'écart des ressources entre départements est de 1 à 1,6 contre 1 à 6 en 1999 et ceci alors que les écarts entre établissements sectorisés sont de 1 à 3. Suite aux résultats de cette étude, nous avons décidé de poursuivre notre démarche de réduction des inégalités par la mise en œuvre d'actions ciblées. Dans ce contexte, un projet médical territorialisé sur la pédopsychiatrie, une charte territoriale pour la prise en charge des enfants et des adolescents ont alors été mis en place. Ce qui est intéressant dans cette démarche c'est le lien et la relation de continuité entre l'étape d'évaluation et le programme d'actions mis en place ensuite. Les limites de ce type de démarches portent sur la méconnaissance des passages aux urgences pour problèmes psychiatriques et le codage perfectible des caractéristiques dans le RIM-P (code Z). De là, d'autres perspectives d'études sont envisageables comme par exemple sur les inégalités inhérentes aux organisations dans les territoires ou sur les lignes de soins disponibles pour les populations.

Hôpital psychiatrique : élaboration d'une démarche et d'outils d'aide à la planification de l'offre de soins

Natahlie Lopez (contrôleur de gestion, Centre hospitalier Alpes-Isère)

Le centre hospitalier d'Alpes-Isère (CHAI), établissement spécialisé en psychiatrie, a élaboré un outil d'évaluation à destination de la Direction et des pôles cliniques ayant pour but de :

- fournir des outils pour alimenter les débats relatifs au projet d'établissement ;
- formaliser un arbre décisionnel et des critères d'arbitrage pour les allocations de moyens du CHAI ;
- établir un état des lieux clair et partagé qui constitue le point de départ de tout débat d'orientation ;
- mettre à disposition du centre hospitalier un outil d'aide à la décision pour son redécoupage de pôles.

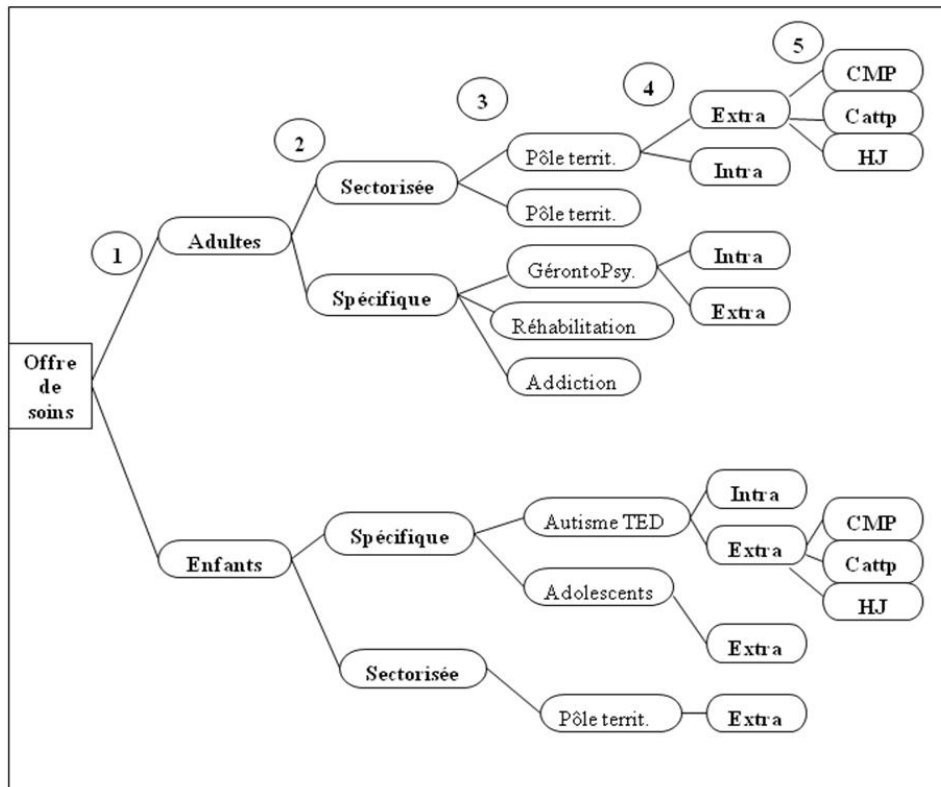
Cette démarche d'élaboration d'un outil d'aide à la planification de l'offre de soins a été débutée à l'initiative de deux chefs de pôle. Il faut savoir que 70 % des patients enfants et 80 % des patients adultes ne sont jamais hospitalisés et sont traités en ambulatoire, d'où la nécessité pour les chefs de pôle de bien connaître leurs territoires et de mettre en place des outils, notamment d'aide à la décision.

La méthodologie utilisée pour ce projet comprend plusieurs phases se déployant sur près de cinq ans. La première phase a consisté à modéliser et établir un diagnostic de la situation actuelle du territoire. La seconde phase a eu pour objet de construire un outil d'aide à la décision permettant de définir le redécoupage des pôles. Afin de réussir cette mise en œuvre, un groupe projet en partenariat avec l'agence d'urbanisme de la ville de Grenoble (AURG) et comprenant par ailleurs un médecin de santé publique, un DIM et un contrôleur de gestion a été mis en place.

La phase 1 a alors porté sur le choix d'indicateurs d'activité et de moyens utilisés habituellement par les hôpitaux permettant tout d'abord la modélisation d'un arbre décisionnel à 5 niveaux (Figure 18) mais également l'élaboration de tableaux de bord. La construction de ces outils a été débattue et validée avec les chefs de pôles à qui un atlas cartographique détaillé du territoire a été diffusé. Lors de notre démarche, de nombreuses sources d'informations ont été mobilisées, à la fois nationales (INSEE, SAE, AMELI), régionales (CAR 2008) et propres à l'établissement (données RIM-P, données DRH et DAM, FICOM).

Cette étude a permis le recueil de données (tableaux de bord) classées selon les besoins de la population, les moyens disponibles (ETP, nombre et capacité des structures) ainsi que l'activité intra et extra-établissement réalisée par les structures. Ces données ont ensuite été complétées grâce aux bases de données de l'AURG, par des indicateurs d'accessibilité pour les structures extrahospitalières.

Figure 18 - Un arbre décisionnel à 5 niveaux d'arbitrage



Au cours de l'élaboration de cet outil d'aide à la décision, le recueil de données a abouti à un grand nombre d'indicateurs. Cinq seulement ont finalement été sélectionnés : l'accessibilité, le taux de recours, la charge potentielle de travail, la charge effective de travail, la proportion de patients hospitalisés sous contraintes pour avoir une typologie du territoire et le caractériser.

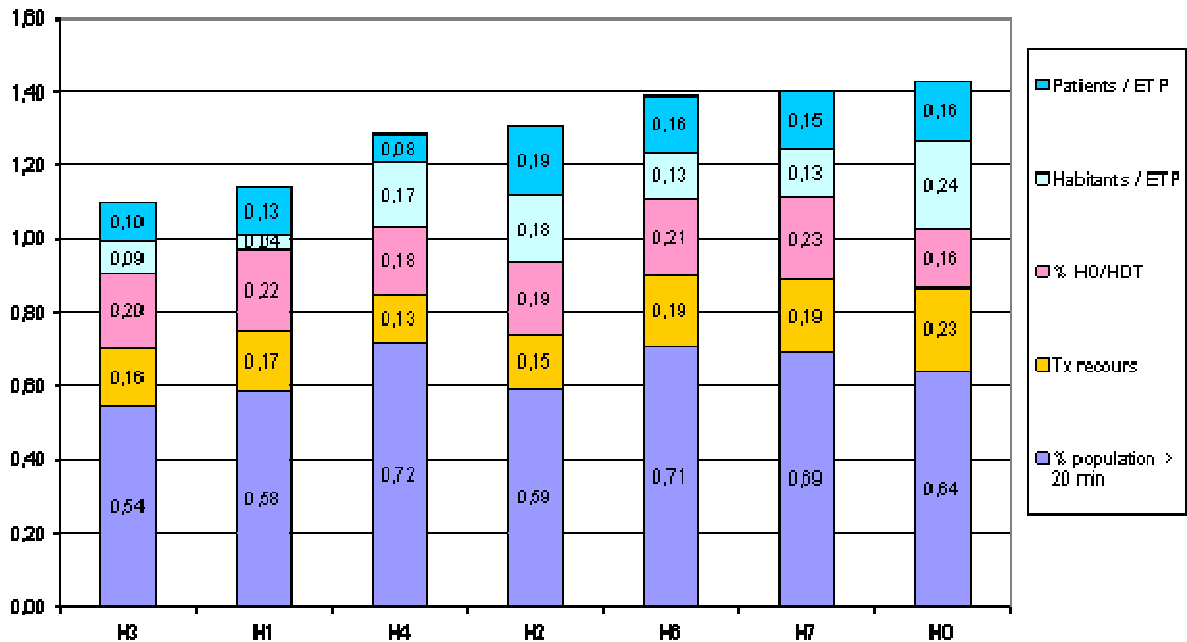
À partir de ces cinq indicateurs, il a été établi une cartographie fine permettant d'identifier, à travers une typologie des territoires, les zones de tension où se concentrent les plus forts déséquilibres entre besoins et moyens. La typologie permet de regrouper les territoires par grandes familles, plutôt rurales, urbaines, périurbaines.

Ce travail très descriptif a aidé à mettre en place un outil d'aide à la décision pour le redécoupage des pôles de psychiatrie adultes, en tentant d'adapter notre organisation de façon plus efficace au regard des moyens mais aussi plus équitable en terme d'accessibilité des soins et de charges de travail pour les équipes. Après l'analyse du territoire couvert par l'établissement et la description des pôles existants, sept hypothèses différentes de redécoupage ont été comparées (Figure 19), aboutissant à des travaux de concertation avec les chefs de pôles afin de réunir des éclairages complémentaires.

Les pôles ont été analysés par l'intermédiaire de radars, permettant de positionner chacun des indicateurs retenus, au regard de la moyenne de l'hôpital. Actuellement il y a 4 pôles de psychiatrie générale.

Les sept hypothèses de redécoupage ont ensuite été testées afin de quantifier leurs effets sur les inégalités entre les pôles. Un coefficient de variation a été calculé en faisant le quotient de l'écart type de la série sur la moyenne de la série pour chaque indicateur et chaque hypothèse. La somme des cinq coefficients de variation permet de juger du caractère plus ou moins inégalitaire de l'hypothèse, prise globalement. Ces tests sur coefficients de variation ont ainsi permis d'analyser les hypothèses les unes par rapport aux autres.

Figure 19 - Décomposition des coefficients de variation par hypothèse



Ces données comparatives ont été présentées en Directoire et il a été décidé que les trois hypothèses les mieux placées (H3, H1 et H2) feraient l'objet d'un examen approfondi. Celles-ci ont donc été soumises à concertation et discussion au collège des chefs de pôles. Il est important de préciser que de façon générale, la mission évaluation du CHAI travaille beaucoup avec les chefs de pôles pour faire adhérer les équipes. Cette concertation s'est assez bien passée et les 3 hypothèses ont fait l'objet de remarques et suggestions des médecins et cadres supérieurs de santé.

Lors des différentes réunions, des éclairages complémentaires ont été demandés concernant la répartition de la population résidant dans les quartiers difficiles : Zones urbaines sensibles (ZUS) ou zone en Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS). Après ces échanges, le Directoire a retenu l'hypothèse la mieux placée.

Ce travail présente les différentes limites techniques et politiques. Sur le plan technique, il est important de rappeler les restrictions liées aux indicateurs sélectionnés et à leur nombre, ainsi que la pertinence des données d'accessibilité. Ce dernier indicateur est en effet assez controversé car il est difficile de savoir dans quelle mesure les patients empruntent plutôt les transports en commun ou plutôt un véhicule personnel. Il aurait également été possible de travailler avec des aires d'activité. Nous aurions aussi voulu disposer de données de besoins mais les données épidémiologiques sur le sujet nous ont manqué. Pour terminer, il est important sur le plan politique de veiller à bien articuler les différents niveaux de décision, que les concertations soient efficaces et de maintenir un rythme régulier au projet. Avec ce type de démarche, il devient possible de réduire les inégalités en psychiatrie et en santé mentale des différentes organisations et structures.

Discussions

Corinne Martinez

Nous avons beaucoup discuté, pas tellement autour de la méthode qui était très intéressante, mais parce que nous rentrions dans le détail des typologies de population. Effectivement la question des déplacements a été beaucoup critiquée car il y a des grosses disparités sur l'accessibilité. Il manque les indicateurs sur les équipements médico-sociaux des territoires (maisons de retraites, CHRS, etc.), sur les zones urbaines sensibles, etc. Mais il y a eu unanimité sur la méthode et sur le fait que nous prenions en compte ces typologies. Comme il est question de répartir des moyens, cela ne fait pas plaisir à tout le monde.

C'est une analyse fine et un très gros travail qui a été fait qui peut permettre de piloter de manière plus visible les implantations notamment des centres médico-psychologique (CMP).

Claude Marescaux

Au Vinatier, nous avons beaucoup travaillé sur l'analyse sociodémographique de nos populations. Nous avons estimé qu'il y avait peut-être des problèmes de répartition d'équipements entre secteurs. Je pense que quel que soit le territoire, il faut bien le connaître et réfléchir à l'équité dans l'offre de soins mise à la disposition des populations desservies. Pour connaître sa population, il y a les données de l'INSEE. Mais il nous manque peut-être quelque chose, c'est une réflexion sur les missions de la psychiatrie, sur la nature des structures de soins. Quelle est la mission du CMP ? Quelles sont les autres structures dont nous avons besoin, les hôpitaux de jour ? Est-ce une bonne idée de déconnecter l'hospitalisation du reste ? Je m'inquiète quand nous voulons séparer l'hôpital des CMP. Dans l'hôpital, il y a vraiment une équipe de soin, elle a le souci d'apporter tout l'arsenal thérapeutique avec la même équipe.

Francine Vanhee

Je suis intéressée par le travail exposé. Il n'empêche que l'intérêt est de poursuivre le travail réalisé et de faire coïncider les données collectées aux données sociales dont il est connu qu'elles impactent beaucoup les pathologies psychiatriques. Il serait nécessaire de prendre en compte la demande de soins mais il faut également se poser une question sur les personnes qui n'arrivent pas aux soins. J'ai été interpellée sur le fait que sur certains territoires il n'y a pas d'hospitalisations sous contrainte, y a-t-il moins de difficultés, y a-t-il un dispositif local ? Il a également été évoqué comme une difficulté les villes qui sont découpées en deux, en quatre selon les secteurs. Il est nécessaire de faire attention aux découpages des secteurs, qui intègrent actuellement une partie rurale (plus « aérée ») et une partie urbaine, car dans les villes importantes avec des ZUS, le travail est difficile et nous avons un turn-over des professionnels qui est très important. Or, il est illusoire de vouloir faire un travail dans la durée et la proximité si on ne tient pas compte de l'épuisement des professionnels. Il y a tout cela qui est derrière.

Jean-Luc Roelandt

Corinne Martinez montre qu'il est possible de faire de la planification de l'offre. Quelles sont les proportions de personnel hospitalier et de personnel extra-hospitalier ? Il manque dans l'analyse une partie micro-épidémiologique.

Nathalie Lopez

C'est difficile de trouver l'information sur d'aussi petits territoires. Ce serait bien, peut-être pour la suite.

Intervention de la salle

Dans la réalité, l'hospitalisation prend beaucoup de personnel à cause de la permanence des soins. Si 80 % des patients sont suivis en ambulatoire, les moyens de prise en charge sont répartis en revanche en sens inverse.

Quand le personnel manque, c'est l'intra hospitalier qui est souvent privilégié. C'est la réalité actuelle. Rétablir les choses peut sembler parfois utopique. Malheureusement il faudrait prendre des mesures draconiennes. Il y a aussi cette question des places d'aval pour les personnes qui nécessitent des prises en charges longues. Sur les disparités locales d'hospitalisations sous contraintes, il y a des secteurs ruraux, voire montagneux, qui sont très

isolés où il y a une certaine tolérance, une forme de solidarité sociale et à contrario dans les zones urbaines une très grande intolérance. Les taux peuvent varier de un à dix selon les établissements. Il faut rapporter le taux de recours à la population.

Pascale Gilbert

Il ne faut pas oublier la question de l'âge. Quand il est question des hospitalisations, est-ce qu'un travail a été effectué sur l'âge ? Y-a-t-il beaucoup d'Alzheimer qui vont en hospitalisation ? Ce pourrait être une piste de travail intéressante.

Alain Lopez

Il y a une dimension absente de la note et des discussions qui est la question du sujet regardé avec les yeux de la population et de la liberté de la population à utiliser l'offre.

Laurent Plancke

Je voudrais redire comment la coupure de certaines communes en différents secteurs peut être un obstacle à la connaissance fine des besoins de santé mentale (de nombreux indicateurs comme la mortalité, la démographie médicale, le recours aux soins psychiatriques... ne sont disponibles qu'à la commune) ; on est toujours en peine quand il s'agit de répondre aux demandes portant sur des territoires infra communaux.

Le découpage sectoriel constitue à cet égard un obstacle à une bonne appréciation de l'état de santé mentale des populations, à leur consommation de soins et à leur morbi-mortalité. Il ne se superpose par ailleurs à aucun autre zonage administratif, ni à aucun territoire vécu par la population.

Martine Barres

Le ressenti des personnes et le besoin de soins psychiatriques révélés par les secteurs médico-sociaux sont aussi à prendre en compte. Ces derniers traitent de personnes qu'ils estiment en mauvaise santé mais qui ne vont pas forcément vers le soin.

Magali Coldefy

Pour les indicateurs, l'une des questions qui se pose est le niveau d'agrégation (territoire, secteur, commune, niveau infra communal, etc.). Les indicateurs sont établis à différents niveaux, ce qui pose des difficultés de mise en cohérence.

Offre de soins et inégalités sociales de santé, les inégalités infra communales d'offre de soins

Philippe Pichon (Médecin, Agecsa) et Ghazal Joud (Chargée de mission, Agecsa)

Qualification de la précarité et offre de soins libérale

La présentation comporte deux parties, avec d'abord la présentation d'une étude réalisée en 2012, par le Dr Pierre Micheletti et Mme Ghazal Joud, qui confronte, d'une part, la qualification de la précarité sur les territoires administratifs de la ville de Grenoble et, d'autre part, l'offre de soins libérale en médecine générale, en soins dentaires et en psychiatrie. Cette étude fait suite à un travail similaire qui avait été conduit en 2006 par le Dr Pierre Micheletti, qui était alors Directeur du service de santé publique et environnementale de la ville de Grenoble. Nous allons essayer ensuite de vous montrer ce que peuvent apporter les centres de santé sur les problématiques de disparités de précarité.

Le territoire étudié est la ville de Grenoble. Celle-ci se trouve au centre de son département et compte près de 156 000 habitants, soit 13 % de la population de l'Isère.

Grenoble est divisée en six secteurs administratifs hétérogènes avec des espaces de précarité identifiés. Les populations qui peuplent chaque secteur sont différentes et les quartiers défavorisés ont une offre de soins inférieure aux autres secteurs. Nous avons cherché à qualifier la précarité dans la ville de Grenoble.

Depuis 2006, il y a eu une augmentation de la proportion des bénéficiaires de la CMUc et ces derniers se sont répartis sur l'ensemble du département. Les chiffres récents montrent en effet que Grenoble représenterait maintenant 13 % de la population de l'Isère et 23 % des bénéficiaires de la CMUc. Le taux de couverture de la CMUc en Isère est de 4,1 % et de 7 % à Grenoble (la moyenne nationale étant de 5,6 %).

Globalement, à partir de plusieurs indicateurs de précarité portant, entre autres sur l'emploi, le logement, la famille et la CMUc, il apparaît que la ville de Grenoble possède l'indice de précarité le plus élevé de la communauté d'agglomération et concentre un certain nombre de bénéficiaires des minima sociaux.

À un niveau plus fin d'analyse, il est possible d'identifier des îlots de précarité qui se trouvent logiquement, en raison d'une fragilité socio-économique, autour des zones urbaines sensibles (ZUS) des secteurs 5 et 6 notamment. Le cas du secteur 2 est particulier car il s'agit de l'hyper-centre plutôt favorisé socialement, mais au sein duquel deux espaces montrant des signes de précarité sont identifiables.

Nous avons ensuite recensé l'offre libérale des médecins généralistes, des chirurgiens dentistes et des psychiatres. Pour les médecins libéraux nous avons pris en compte seulement les libéraux exclusifs, c'est-à-dire par exemple que les hospitaliers qui consultent dans les hôpitaux et font du libéral n'ont pas été pris en compte. Si l'offre de soins psychiatrique libérale du secteur 6 est inexistante, l'offre de soins se concentre au contraire dans l'hyper-centre pour les médecins généralistes (45 %), les chirurgiens dentistes (62 %) et les psychiatres (76 %). Le secteur 2 est le mieux doté en termes d'offre de soins, traduisant une répartition inégale des médecins libéraux sur le territoire de la ville. Les médecins généralistes sont 5,5 fois plus nombreux sur le secteur 2 que sur le secteur 6 et 2 fois plus nombreux sur le secteur 2 que sur le secteur 5. Dans l'ensemble il y a 3,5 fois plus de psychiatres dans le secteur 2 que sur l'ensemble du territoire de la ville de Grenoble. Ces chiffres illustrent un net déséquilibre de la répartition spatiale étudiée sur le territoire de la ville pour les 3 catégories de praticiens.

Pour récapituler, ces résultats montrent une concentration des populations en difficulté économique à Grenoble et ceci plus particulièrement dans les espaces autour des ZUS (secteurs 5 et 6). Dans les trois domaines de la médecine générale, des soins dentaires et de la psychiatrie, la densité des professionnels est plus importante dans le centre-ville que dans les secteurs avec espaces de précarité. Ces écarts sont cependant atténués par la présence des médecins des centres de santé de l'AGECSA (Association de gestion des centres de santé de Grenoble).

Les limites de cette étude sont que nous n'avons pas de chiffres sur l'aide médicale de l'État (AME) et les données ne sont pas toutes recueillies sur des périodes similaires. Il est enfin nécessaire de considérer lors de la lecture de ces résultats que la déflation des médecins libéraux remarquée à Grenoble est une tendance qui se

constate au niveau national et que la concentration des médecins spécialistes dans le centre-ville est une tendance naturelle. Ces inégalités infra-communales d'offre de soins rendent ainsi d'actualité les débats autour de la liberté d'installation des praticiens libéraux et soulignent le rôle important des services publics dans l'accès global à la santé des habitants des quartiers les plus précaires.

L'AGECSA

Si la création de l'AGECSA en 1973 était fondée sur le souhait de développer une médecine innovante et militante en lien avec les populations, son développement depuis quelques années résulte de ce constat d'une inégalité de couverture de l'offre de soins sur la commune de Grenoble. Les centres de santé ont ainsi été développés dans le but d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des habitants des quartiers populaires de la commune. L'AGECSA réalise ainsi un travail important pour palier ces déficits comme le prévoient ses missions en particulier d'accès aux soins et à la prévention, d'accès aux droits, d'enseignement et de santé publique. Les actions de l'AGECSA s'appuient sur 5 centres de santé. Ses professionnels sont tous salariés de l'association. Ils exercent en équipes pluridisciplinaires coordonnées. Ses objectifs sont de permettre une offre de santé pluridisciplinaire de premier recours de proximité sur le territoire.

D'un point de vue activité, les cinq centres de santé de l'AGECSA comptent une trentaine de médecins (27 médecins généralistes, 3 pédiatres, 1 psychiatre) qui assurent dans le cadre d'une action de santé primaire avec les autres salariés (infirmiers, psychologue, kinésithérapeute, orthophonistes, diététiciens, internes, secrétaires) le suivi de 17 000 patients souvent précaires (20 % de CMUc) et la réalisation de près de 150 000 actes, dont 90 000 actes médicaux.

L'activité de santé mentale au sein de l'AGECSA constitue une activité particulière et spécifique comme l'atteste la présence d'une commission santé mentale dédiée. Ce type d'organisation peut servir d'infrastructure support pour la réalisation entre autres d'études visant à mieux connaître les besoins en santé mentale dans la pratique des centres de santé implantés en ZUS. Grâce à l'une de ces publications, il a notamment pu être décrit sur 451 patients inclus, l'identification par les omnipraticiens de 45 % de situations de vulnérabilité, de 43 % de troubles mentaux et 37 % de souffrance psychique³⁵. Ce type de travaux nécessite néanmoins du temps et une bonne coordination, mais est facilité par le soutien et l'expertise d'un psychiatre et d'une psychologue. Nos professionnels de santé mentale apportent des avis sous la forme de consultations mais aussi d'une aide à la pratique des médecins généralistes et des pédiatres par des actions de formation, de séances collectives d'analyse et de soutien à la pratique ou de travail sur dossier de patients complexes. On sait par ailleurs que lorsqu'un secteur est sous-doté en psychiatrie publique, la charge se reporte sur le médecin généraliste plutôt que sur la psychiatrie libérale³⁶.

L'AGECSA interagit avec les acteurs de l'offre de soins au niveau institutionnel au sens large comme le Centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI) ou l'ARS. De plus, bien que les questions de santé ne fassent pas partie des compétences des villes, ces constats d'inégalités d'accès s'imposent à la municipalité qui est de fait fréquemment sollicitée sur ces problématiques et intervient du coup au travers, entre autres, du Conseil local de santé mentale (CLSM) et d'un soutien financier aux centres de santé. La collaboration avec la ville passe par un plan municipal de santé. L'AGECSA travaille beaucoup avec le conseil général sur les questions de précarité. Celui-ci ayant perçu les enjeux de ces déséquilibres, contribue également au soutien financier de l'AGECSA. Pourtant, malgré ces aides substantielles, l'association de par son activité intrinsèquement tournée vers les personnes précaires est chroniquement déficitaire et chaque coupe budgétaire des financements publics entame notablement ses capacités de soins, ce qui est un réel problème de santé publique illustrant la nécessité pour les élus locaux d'être attentifs à la présence des professionnels de santé dans ces zones. Actuellement les centres de

³⁵ Dubois-Fabing D., Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble, n°6-suppl., Nov.-Déc. 2011 – p. 97-111.

³⁶ Coldefy M. et al., Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale, *Pratique et Organisation des Soins*, vol. 40, n°3, 2009 /07-09, 197-206.

santé au niveau des secteurs et des quartiers interviennent selon une logique de rattrapage de l'insuffisance de l'offre de soins libérale dans les quartiers vulnérables du territoire de la ville. L'offre principale des centres de santé se trouve justement dans les zones dures. Même dans le secteur 2 d'ailleurs il y a des poches avec par exemple des foyers de migrants.

L'AGECSA fait partie de la sectorisation psychiatrique et essaie de tisser des réseaux. Elle travaille notamment avec les CMP, les associations, les écoles et les libéraux, ce qui lui permet de rester au plus près de l'intimité des lieux et des personnes...

Il y a donc une réelle prégnance de la santé mentale dans les problèmes de santé. Quand les médecins généralistes sont interrogés au niveau national sur leur difficulté à prendre en charge les questions de santé mentale, ce qui leur manque c'est entre autres du temps et de la formation. À l'AGECSA une consultation de base dure vingt minutes et peut être plus longue si cela est nécessaire notamment quand les questions de santé mentale sont en jeu.

Nos travaux d'analyse territoriale objectivent à un niveau très fin une double inégalité, d'une offre de soins libérale déficitaire dans les secteurs où il existe une plus forte prévalence de la précarité. La prise en charge de ces populations n'est rendue possible que grâce à l'implication des collectivités en particulier dans leur soutien aux centres de santé et à l'engagement d'une association pour réduire les inégalités sociales de santé. Les centres de santé proposent une offre de soins particulière dont la santé mentale est l'une des composantes au sein d'une offre de soins pluridisciplinaire.

■ NOTES DE CADRAGE

Note de cadrage (séance 1)

« Besoins de soins et recours aux soins : quels guides pour l'organisation des prises en charge ? »

Il n'est pas aisé de proposer une définition précise de la « santé mentale ». En effet, plusieurs concepts aux frontières floues coexistent dans ce domaine, et déterminer les démarcations entre les termes de « santé mentale », « psychiatrie » et « handicap psychique »³⁷ est complexe. Longtemps définie comme l'absence de troubles mentaux – définition qui se heurtait au problème de la pertinence de la distinction entre le « normal » et le pathologique – la notion de santé mentale a évolué pour prendre également en considération la souffrance psychique avant de s'infléchir très récemment vers la désignation d'un état positif procurant du bien-être, des satisfactions. En particulier, l'organisation mondiale de la santé défend une telle définition positive de la santé mentale comme « état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. »

Il demeure que maladie et santé s'apprécient aujourd'hui plutôt dans une continuité, où le contexte social de l'émergence des troubles est fondamental et a en retour une influence sur les prises en charge adaptées. Face à ces difficultés, il est proposé de se limiter à une définition opérationnelle du terme de « santé mentale ». Ainsi, entreront ici dans le champ de la santé mentale deux types de situation : les troubles psychiques (pathologies qualifiées) qui devront pouvoir accéder à des prises en charge spécialisées et les capacités et difficultés des individus à se maintenir dans un état de bien-être psycho-social inséparable de leur insertion sociale.

Par ailleurs, afin de pouvoir mener une réflexion sur l'organisation optimale des prises en charge, plusieurs questions se posent : Quelles sont les personnes qui devraient bénéficier d'une prise en charge en santé mentale ? Quels besoins de soins ou d'accompagnement ont-elles ? Lesquels de ces besoins relèvent d'une prise en charge sanitaire ? En quoi le besoin de soins diffère-t-il du recours aux soins ? L'organisation de l'offre de soins a-t-elle un impact sur le recours ? Comment évolue la demande adressée au système de santé ?

1. Comment appréhender les « besoins de soins » en santé mentale ?

Le besoin de soins est une notion complexe mais dont l'appréhension est fondamentale dans une perspective d'organisation des prises en charge (Kovess et al, 2001) : sa connaissance permet de déterminer la quantité d'offre nécessaire et sa répartition optimale mais également, dans un contexte budgétaire contraint, de hiérarchiser des priorités d'action publique.

Plusieurs types d'enquêtes (en population générale, cohortes, etc.) usant de techniques différentes sont utilisés pour appréhender les besoins en santé mentale. Le besoin de soins y est souvent vu comme la résultante d'au moins une des trois composantes suivantes : le diagnostic psychiatrique, la mesure de la détresse psychique et le retentissement des troubles dans différents domaines de la vie quotidienne. Pour s'approcher du diagnostic de troubles psychiques, certaines enquêtes utilisent des questionnaires appuyés sur des systèmes diagnostiques fondés sur la classification internationale des maladies (CIM) ou le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Elles cherchent ainsi à approcher la prévalence des troubles psychiques à partir de symptômes déclarés même si ceux-ci n'ont pas été repérés à l'occasion de la rencontre avec un professionnel de santé. La souffrance psychique, de même que les répercussions sur la vie quotidienne sont appréhendées par des questions ad hoc.

Or, ces composantes ne se recoupent pas forcément et il n'est pas aisé de déterminer si des réponses positives sur ces trois plans pourraient permettre d'identifier des personnes ayant des besoins de soins. Une recherche menée récemment sur les données de santé mentale de l'enquête handicap-santé ménages (HSM) (Roussel et al.) cherche ainsi à déterminer si des personnes cumulant des déficiences et des limitations d'activités peuvent être identifiées comme ayant des troubles plus graves justifiant des prises en charge plus élaborées.

³⁷ Ce concept a accédé à une existence légale par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La complexité de ces distinctions conduit à des variations élevées dans les résultats des enquêtes épidémiologiques qui cherchent à approcher le besoin de soins à partir de ces critères. Cela rend-il incertaine l'utilisation de ces travaux à des fins de planification ? Peut-on approximer les besoins de soins par des indicateurs plus simples souvent associés à des problèmes de santé mentale ? Ceux-ci sont en effet souvent corrélés à des variables sociodémographiques simples : sexe, âge, statut d'emploi, profession, statut matrimonial, isolement social, etc. et recueillies de manière régulière par la statistique publique. Ces indicateurs sociodémographiques peuvent-ils guider la planification de l'offre ?

Par ailleurs, au repérage d'un besoin de soins ou d'accompagnement s'ajoute la question de la prise en charge pertinente. Quels besoins justifient une prise en charge sanitaire ? Quel mode de prise en charge (en établissement - à temps complet, partiel, en ambulatoire – par des professionnels de ville) doit être favorisé ? Quels besoins justifient une prise en charge sociale combinée ou non à une prise en charge par la psychiatrie ?

2. L'offre de soins est-elle adaptée aux besoins ?

L'offre des établissements de santé et leur activité est bien connue grâce à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP). À partir de ces données, la DREES a réalisé un travail cartographiant l'offre de soins en santé mentale au niveau départemental, en ajoutant des repères sur la densité de psychiatres libéraux dans chaque territoire et les capacités d'accueil dans le secteur médico-social (Leroux, 2011). Cette cartographie met en évidence des disparités d'offre de soins entre régions, déjà constatées entre secteurs (Coldefy et al., 2010) ou entre départements (Coldefy M., 2005).

Ces disparités d'offre de soins recouvrent-elles des besoins distincts ? Existe-t-il une complémentarité ou une substitution entre les prises en charge en établissement et celles réalisées par les professionnels libéraux et les établissements médico-sociaux ?

Face aux difficultés de mesure des « besoins de soins » déjà évoquées, il est possible de se demander, plus modestement, si l'offre semble adaptée aux recours aux soins observés. Pour autant, il est essentiel d'avoir à l'esprit que besoin de soins et recours aux soins ne sont pas des notions superposables. Le non-recours aux soins, d'une part, et le recours non-pertinent, d'autre part, expliquent des décalages entre ces deux notions. L'existence de soins sans consentement prend d'ailleurs acte d'un décalage entre besoins de soins et recours. Cette distinction entre les deux notions est d'autant plus importante en psychiatrie que le déni de la maladie, la stigmatisation et l'exclusion peuvent accentuer le non-recours aux soins par rapport à d'autres domaines.

Le recours en établissement de santé est documenté de façon très détaillée dans le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P). En ville, le recours est plus difficile à décrire avec précision. Si l'on peut recenser les consultations de psychiatres, il est difficile d'appréhender le nombre de consultations de médecin généraliste pour un motif lié à la santé mentale, de même que les consultations de professionnels (psychologues etc.) lorsqu'elles ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. On peut donc appréhender ces recours en utilisant des enquêtes en population générale (enquête santé de l'INSEE, enquête Handicap santé ménage de la DREES et de l'INSEE) à travers les déclarations des personnes interrogées sur leurs consultations auprès d'un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute.

Par ailleurs, l'enquête ES « handicap » auprès des services et établissements sociaux et médico-sociaux de la DREES permet de renseigner en partie l'accompagnement et l'hébergement des personnes souffrant d'un handicap : capacités, activités, personnels complétés de quelques éléments sur les personnes accueillies. Pour autant, décrire des parcours n'est pas possible et identifier avec précision les structures ou l'activité en lien avec un handicap psychique reste difficile.

Enfin, il est nécessaire d'interroger une éventuelle causalité circulaire offre/recours aux soins (Chapireau, 2008). La transition à partir des années 1960 en France vers des prises en charge diversifiées et moins centrées sur l'hospitalisation complète a encouragé les hospitalisations libres. La présence d'une offre abondante peut également améliorer l'information des individus et faciliter leur accès aux soins. Peut-on montrer l'existence d'un tel effet de l'offre sur le recours ? L'organisation de l'offre a-t-elle un effet sur la perception des soins de santé

mentale par les individus ? Sur leur information ? Comment en prendre acte lors de l'utilisation des informations sur le recours à des fins de planification ?

3. Peut-on décrire des parcours de soins et en expliquer les déterminants ?

Outre une vision quantitative du recours aux soins, les données sur les prises en charge en établissement (RIM-P) permettent désormais d'appréhender la trajectoire des patients entre différents types de prise en charge. Il est en théorie possible de reconstituer en partie des parcours de soins : d'un patient à l'intérieur d'un établissement, d'un patient entre plusieurs établissements s'il y est pris en charge à temps complet ou partiel. Il serait également possible de chaîner les données concernant les parcours de soins à l'hôpital (temps complet et partiel) avec les données de l'assurance maladie concernant les soins dispensés en ville (SNIIR-AM).

Dans le RIM-P, il n'est en revanche pas possible de tenir compte, dans la reconstitution des parcours de soins entre établissements, des prises en charge faites exclusivement en ambulatoire dans un établissement. Cette limite est sérieuse dans la mesure où l'ambulatoire est la modalité la plus fréquente de prise en charge des patients en psychiatrie (70 % des patients des établissements de santé sont pris en charge exclusivement de cette manière). On retrouverait cette limite dans le cas d'un chaînage reconstituant les parcours entre établissements et ville. Pour autant, les possibilités d'études demeurent nombreuses.

Bibliographie

- Chan Chee C. (2011), « État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France », Santé publique, supplément n° 6, nov.-déc. 2011.
- Chan Chee C. et al. (2009), La dépression en France / Enquête Anadep 2005, Études Santé, Inpes
- Chapiereau F. (2008), « Quel projet épidémiologique en psychiatrie pour la statistique publique ? », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 56 (2008)
- Coldefy M., 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », Études et résultats, n°443, novembre, DREES.
- Coldefy et al. (2007), La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques, Collection Études et statistiques, DREES, La Documentation française.
- Coldefy *et al.*, « Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France », Rapport IRDES, novembre 2010.
- Falissard B. (2010), « L'épidémiologie psychiatrique en question », Questions de santé publique, n°11.
- Coldefy et al., 2012, « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie », Document de travail, Série sources et méthodes, n°38, Drees, novembre.
- Kovess et al. (2001), « Planification et évaluation des besoins en santé mentale », coll. Médecine-Sciences, Flammarion.
- Leroux I. et al. (2011), « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale. À partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008 », Série statistiques, Document de travail n° 155.
- Roussel P. et al, « Approche qualitative du recueil des données de santé mentale dans l'enquête HSM », Rapport de recherche pour la Mire-DREES, financée dans le cadre de l'appel à projets DREES-CNSA « Post enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels ».

Note de cadrage (séance 2)

« La prise en charge psychiatrique en établissements de santé : quel(s) recours ? Dans quelle(s) circonstance(s) ? Comment garantir la continuité des prises en charge ? »

Lors de la mise en place dans les années soixante de la politique de secteur, la prise en charge des troubles mentaux en France s'est engagée dans un mouvement souvent désigné sous le vocable de « désinstitutionnalisation » ou « déshospitalisation ». Il s'agissait alors de s'éloigner d'un modèle asilaire, dans lequel les individus étaient souvent pris en charge en hospitalisation complète avec des durées de séjour longues, pour aller vers une prise en charge des troubles mentaux « dans la cité », privilégiant notamment le traitement ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation.

Cette orientation de l'organisation des prises en charge en psychiatrie nécessite une offre de soins, d'accompagnement et des « relais » adaptés, afin de pouvoir suivre les personnes et répondre à leurs besoins, dans leur parcours de soins comme leur parcours de vie. Malgré la nécessité de considérer ces éléments afin de réussir un tel changement, il apparaît que certains facteurs parfois organisationnels n'ont permis qu'un accomplissement partiel des objectifs fixés initialement. En effet plusieurs rapports successifs sur la psychiatrie et la santé mentale insistent sur les ruptures de soins, ou encore les phénomènes de « portes tournantes » et d'errance attribuables à un accompagnement social et sanitaire insuffisant.

Pour autant, la description et l'identification des ruptures de prises en charge³⁸ et de leurs causes ne font pas l'objet de recherches systématiques. Assurer la continuité des prises en charge signifie permettre aux individus d'accéder à tout moment à des soins, des services pour gérer la maladie / répondre à la crise, etc. Cela implique des actions à différents niveaux :

- Il s'agit tout d'abord de faciliter le premier accès aux soins des patients et la réduction des délais d'attente. Cela implique des actions en matière de promotion de la santé, de formation des professionnels, de coordination de la psychiatrie avec les généralistes et le réseau social et familial, pour améliorer la diversité/adaptation, la continuité, la mobilité et la réactivité des réponses de la psychiatrie.
- Il s'agit également d'être capable de répondre à la demande de soins et à la prise en charge urgente des rechutes et ruptures des personnes déjà entrées dans une prise en charge. C'est uniquement ce second aspect qui sera traité lors de cette séance du séminaire.

1. Décrire et comprendre les ruptures de soins dans les trajectoires des patients

Peut-on identifier des ruptures de soins dans les bases de données ?

Dans un premier temps, il s'agira de réfléchir à la manière dont on peut définir « cliniquement » ce qu'est une rupture dans une trajectoire de patient, avant de s'interroger sur la façon de repérer les ruptures dans des bases de données.

Pour les prises en charge hospitalières, la richesse des bases de données – au niveau établissement ou à un niveau plus agrégé – suscite l'espoir de pouvoir reconstituer et décrire les trajectoires des patients à travers diverses prises en charge.

Le RIM-P, contrairement au PMSI MCO ou même au PMSI SSR, a été conçu avec l'idée qu'une typologie des trajectoires des patients pourrait être un critère pertinent dans une perspective de tarification. En effet, contrairement au MCO, une prise en charge en psychiatrie ne pouvait être décrite par quelques caractéristiques permet-

³⁸ Nous entendons par « prises en charge » les soins et l'accompagnement dispensés par des professionnels de la santé mais aussi des secteurs social et médico-social.

tant de construire des GHM. Une prise en charge devait davantage être entendue comme la succession d'actes ambulatoires et d'épisodes d'hospitalisation partielle ou complète, c'est-à-dire comme un parcours. La direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (devenue DGOS) a réuni dans les années 2000 un groupe de travail cherchant à reconstituer les trajectoires à partir du RIM-P³⁹. Ce travail pourrait permettre de réfléchir à la possibilité de déceler, à partir de ces trajectoires, des ruptures de prise en charge, d'éventuelles réadmissions en hospitalisation complète après une absence de suivi.

En élargissant aux prises en charge réalisées en dehors des établissements, il est en théorie possible d'apparier au niveau du patient des informations ordonnées dans le temps portant d'une part sur les prises en charge à temps complet et partiel en établissement de santé et d'autre part sur les consultations en ville (consultations de psychiatres et consultations de médecins généralistes ayant donné lieu à des prescriptions), mais cela nécessite un premier investissement méthodologique.

Par ailleurs, plusieurs limites techniques impliquent que la reconstitution de parcours de patients ne se fasse que dans ces domaines, en négligeant notamment l'activité ambulatoire en établissement de santé. En effet, dans les bases de données régionales ou nationales, il n'est pas possible de relier les données individuelles sur les prises en charge en ambulatoire en établissement de santé à celles sur les prises en charge à temps complet ou partiel ou encore à celles sur les consultations en ville ou en clinique. Enfin, nous ne sommes pas en mesure de repérer des parcours dans les domaines du médico-social et du social.

Au niveau d'un établissement, des études plus fines peuvent toutefois être menées, en contournant certains de ces obstacles. Par exemple, des études sur les trajectoires des patients après leur premier contact avec l'établissement permettent de comparer des modes de prise en charge et leurs effets sur la continuité. Ainsi, la comparaison menée sur deux cohortes de primo-entrants à l'hôpital Charcot (Plaisir) bénéficiant ou non d'une prise en charge par une équipe mobile à leur arrivée a montré le caractère déterminant des pratiques de prises en charge par les professionnels, celles-ci ayant un effet sur la trajectoire ultérieure du patient, au moins à court et moyen terme bien plus important que les caractéristiques sociodémographiques ou cliniques de celui-ci (Robin et al. 2008).

Quels sont les éléments favorisant une continuité de prise en charge du point de vue du patient ?

Une approche différente (et complémentaire) consiste en une démarche qualitative et compréhensive auprès des patients et des soignants afin de déterminer ce qui peut amener les individus, à un moment de leur prise en charge, à cesser d'honorer des rendez-vous, de prendre des traitements etc.

Ces travaux sont surtout développés dans le domaine de l'observance⁴⁰ médicamenteuse, plus rarement dans celui des ruptures de suivi médical (Carillon et al., 2011). Les travaux consacrés spécifiquement au domaine de la psychiatrie demeurent rares⁴¹.

La psychiatrie est souvent présentée comme un champ spécifique dans l'analyse des ruptures de soins et de l'observance (dénier de la pathologie, symptomatologie qui peut rendre difficile le suivi de rendez-vous etc., importance plus grande de l'alliance thérapeutique avec les soignants). Pour autant, des travaux menés dans d'autres domaines peuvent être en partie transposables. On voit par exemple des similitudes avec les patients vivant avec le VIH : la continuité des prises en charge est très importante, la stigmatisation de la pathologie peut amener la personne à en cacher l'existence par exemple à son travail, ce qui peut rendre difficile un aménagement du temps favorable à la prise en charge etc.

³⁹ Bauer D., « Pour une définition des trajectoires de soins en psychiatrie adulte. Une exploitation statistique des fiches patients dans les secteurs publics », L'Information psychiatrique, n°77, 2001.

⁴⁰ Le terme est encore mal défini, et les débats terminologiques dans la littérature anglo-saxonne entre les termes de compliance et d'adhérence montrent qu'il existe un enjeu autour de la conception du patient, supposé plus passif par les utilisateurs du terme de compliance cf. Cognet M. et al. (2010), « L'observance : analyse critique des savoirs », rapport de recherche pour la Mire-DREES.

⁴¹ Quelques articles ont été publiés sur le sujet, notamment de Blackwell B. en 1997 ou Palazzolo J. en 2004

2. Identifier les liens entre organisation des soins et ruptures de prise en charge

L'organisation des soins est supposée permettre aux patients, qui évoluent, se déplacent, d'accéder à des soins quel que soit leur lieu de vie. La psychiatrie de secteur, complétée par le développement de la psychiatrie de liaison (intervention dans les services de médecine, les services et établissements sociaux et médico-sociaux) et des équipes mobiles vont dans ce sens. Pour autant, demeurent des difficultés d'ordre organisationnel souvent évoquées par les professionnels et les patients : réactivité et mobilité, adaptabilité, continuité, lisibilité insuffisantes des réponses, renvoi entre les différents acteurs concernés, cloisonnements du système entre psychiatrie spécialisée et généraliste, d'où les difficultés de réponse à l'urgence et la tendance au recours à l'urgence hospitalière générale.

Psychiatrie spécialisée et psychiatrie généraliste

En psychiatrie, des changements individuels, sociaux et familiaux sont, du point de vue des cliniciens, susceptibles de générer des troubles chez les personnes vulnérables. Les entrées ou sorties du système familial en particulier (décohabitation avec les parents, entrée en couple, enfant, divorce, deuil etc.) sont des moments charnières.

Or, l'existence de dispositifs de soins spécifiques à des tranches d'âge, dont l'intérêt a été démontré dans la pratique, peut impliquer l'existence de frontières dans les organisations, sources de cloisonnement et de discontinuité à des moments critiques du cycle de vie. Par exemple, le passage entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale est parfois synonyme de rupture de soins. Les dispositifs spécifiques aux adolescents (maison des adolescents etc.) se sont structurés à partir du constat que cette période de la vie était particulièrement vulnérable car elle impliquait des bouleversements sociaux (insertion sociale, insertion professionnelle) et était, du point de vue clinique, un moment où pouvaient émerger des troubles graves : psychoses par exemple (Maillard I., 2011). Pour autant, ces lieux viennent ajouter une prise en charge à un âge spécifique de la vie, sans toujours se préoccuper de la continuité et de la transition avec les autres types de prises en charge (Parron A., 2011). Il est donc important de mieux connaître l'orientation des patients lorsqu'ils quittent un dispositif tout en ayant conscience des difficultés à suivre les jeunes adultes par exemple dans la mesure où ils peuvent « sortir du système de soins » tout en continuant de bénéficier d'un suivi (par exemple les jeunes pris en charge en ESAT).

De la même façon, l'avancée en âge des personnes amène des enjeux au carrefour de la psychiatrie, de la gériatrie et de la neurologie, des soins somatiques, de la médecine générale et du contexte socio-familial, qu'il s'agisse de vieillissement des patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques ou d'apparition de troubles psychiatriques chez des personnes âgées. Là, encore, si l'apport de structures géronto-psychiatriques n'est pas remise en doute, la question de l'articulation entre la psychiatrie « généraliste » et ces dispositifs de soins peut se poser. Plus généralement, la création de dispositifs de soins dédiés à des patients d'un certain âge, dans une certaine situation sociale, ou souffrant de certaines pathologies, a été une orientation de l'organisation des soins relativement partagée comme permettant d'éviter certaines ruptures dans les prises en charge. Pour autant, cette spécialisation de la psychiatrie ne doit pas se faire au détriment d'une psychiatrie plus « généraliste », créant alors d'autres types de ruptures de soins ou de situations de non recours.

Les recours aux urgences psychiatriques

Les services d'urgence (des hôpitaux généraux) ou les dispositifs de gestion des urgences des Centres hospitaliers spécialisés (CHS) sont des lieux réputés « récupérer », entre autres, des patients ayant connu des ruptures de prise en charge. Pour autant, il serait nécessaire de vérifier cette hypothèse, en décrivant mieux les situations de recours aux urgences et les usages que les patients font de ces services. Ce préalable permettra d'identifier les facteurs – organisation de l'offre de soins, caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patients – susceptibles de les y amener. La diversité des demandes adressées aux urgences conduit en effet à un diagnostic différent quant aux éventuels dysfonctionnements dans l'organisation des prises en charge et aux solutions à y apporter.

On dispose en partie d'information sur les patients hospitalisés dans un service de médecine pour motif psychiatrique dans les données du PMSI MCO. Parmi ces patients, il est en théorie possible de repérer ceux qui y sont arrivés par un passage aux urgences. La base de données Oscour (surveillance des urgences conduite par l'INVS) fournit également le diagnostic principal, la provenance et la destination des patients dans les services d'urgence. Cependant, dans les deux sources les données de types provenance et destination sont souvent non renseignées. Ces données doivent être expertisées afin de faire la part des questionnements pour lesquels une approche quantitative à partir de ces bases serait fructueuse et de ceux pour lesquels seule une approche par des données d'établissement ou une démarche qualitative seraient utiles.

Des travaux menés sur des données d'établissement montrent une diversité de profils d'utilisateurs des urgences, avec des patients en crise, mais également des patients « habitués des urgences », qui effectuent de nombreux passages alors même qu'ils peuvent bénéficier d'une prise en charge par ailleurs (Thomas et al., 2006). Pour ces derniers, le passage aux urgences peut être un moyen de réintégrer un service intra-hospitalier mais également une façon de retrouver l'institution en ayant un contact bref avec les soignants, aux « marges » de l'hôpital (Thomas, 2010 ; Joubert et al., 2005).

Face à ces constats, qu'il est nécessaire d'affiner, deux questions sont à approfondir :

- la première est de comprendre ce qui explique des recours qui pourraient sembler inadéquats pour des services d'urgence (type d'organisation des soins, qualité de l'accès aux soins) ;
- la seconde est, plus fondamentalement, de se demander s'il serait désirable, pour l'organisation des soins, de davantage techniciser l'urgence. Certains services tendent à privilégier le tri des demandes (sas, orientations des patients etc.).
- Pourtant, des travaux montrent que l'urgence demeure souvent le seul lieu où peuvent s'exprimer, via des demandes « décalées », des problématiques psycho-sociales complexes, qui imbriquent précarité sociale et souffrance psychique, et pour lesquelles les patients ne savent pas s'orienter dans le système de prise en charge. Le seul tri risque donc de ne pas être correctement réalisé, ce qui peut conduire à préconiser la mise en place de structures permettant un travail de crise de durée brève (Kanas, 2002) comme les unités d'hospitalisation de 24 à 72h, ou les consultations de post-urgences au sein des urgences.

Bibliographie

- Blackwell B. (1997), *Treatment Compliance & the Therapeutic Alliance*, Informa Healthcare.
- Carillon S., Méchali D., Touré H., Traoré I., Petit V., « La production sociale des ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH. De l'identification des processus à l'oeuvre vers le renouvellement des réponses apportées ? L'exemple de Kayes au Mali. », Working Paper du CEPED, numéro 17, UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD), Paris, octobre 2011, disponible ici : <http://www.ceped.org/wp>
- Joubert M. et al. (2005), « Urgences « psys ». Arcanes et supports de l'accès aux aides et aux soins en santé mentale », Rapport pour la Mire-DREES.
- Kannas S. « la place de l'hospitalisation dans le dispositif de psychiatrie générale » in Lepoutre R. et De Kervasdoué J. (2000), *La santé mentale des Français*, Odile Jacob.
- Maillard I. « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé publique*, Hors-série vol. 23, 2011.
- Palazzolo J. (2004), *Observance médicamenteuse et psychiatrie*, Elsevier.
- Parron A. (2011), « Le passage à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques. Enjeux d'autonomisation dans la prise en charge du handicap psychique entre dépendance et engagement des jeunes usagers/patients », Thèse de doctorat de sociologie sous la direction de Marcel Druhle et François Sicot, Université Toulouse 2 Le Mirail.
- Robin M., Bronchard M, Kannas S. « Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (6), juin 2008.
- Thomas J., Charvet D., Contesti G., Faure P., Vignat J-P., « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Étude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 », *L'information psychiatrique*, n°82, 2006.
- Thomas J. (2010), « Dire(s) d'urgence : La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital », Thèse de doctorat en Sciences de l'information et de la communication sous la direction de Bernard LAMIZET, Université Lumière Lyon 2.

Note de cadrage (séance 3)

« Quelle place des professionnels libéraux, médecins généralistes et psychiatres, pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles de santé mentale ? »

Dans notre pays les médecins généralistes, étant donnée leur place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, sont souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale. Une étude menée sur un échantillon de 441 adultes montre que plus de la moitié d'entre eux (58 %) se tourneraient vers leur médecin généraliste s'ils étaient confrontés à un problème de santé mentale, et que 47 % souhaiteraient que celui-ci assure leur prise en charge (Kovess-Masfety et al., 2007). Les enquêtes épidémiologiques estiment par ailleurs que 25 à 30 % de la patientèle des médecins généralistes souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à la santé mentale.

Pour autant, les difficultés que rencontrent ces professionnels pour prendre en charge les problèmes de santé mentale tels que les repérages insuffisants, les cas diagnostiqués à tort ou les prescriptions inadéquates sont régulièrement mis en avant. Les travaux portant sur ces questions, notamment sur leurs pratiques de prescription, sont donc déjà nombreux, mais obtiennent parfois des résultats contradictoires ou justifient une actualisation.

1. Comment améliorer le repérage et le diagnostic des troubles de santé mentale par les médecins généralistes ?

Plusieurs recherches soulignent la fréquence élevée des troubles psychiatriques en médecine générale et la sous-détection par les généralistes des troubles psychiatriques identifiés par des instruments diagnostiques. Selon certaines estimations environ un cas sur deux ne serait pas détecté par le médecin généraliste (Norton et al., 2009⁴²). Ce mauvais repérage est un facteur de retard à l'accès aux soins alors que depuis quelques années émerge l'idée, partiellement validée par des travaux de recherche à propos de la schizophrénie, qu'une détection précoce de certains troubles mentaux graves et une réduction du délai d'instauration du traitement, améliorerait significativement le pronostic ultérieur. En tout état de cause, elle améliorerait la qualité de vie de la personne souffrant de troubles et de son entourage. Au contraire, les retards de prise en charge augmenteraient les risques de suicide, de consommations de toxiques ou de difficultés familiales, scolaires et professionnelles.

Pourtant, les patients schizophrènes témoignent plutôt de parcours « chaotiques », avec en moyenne deux ans entre les premiers troubles et l'entrée dans une prise en charge (Velpry et al., 2005⁴³). Cette longue durée est liée en partie à la difficulté à poser un diagnostic inhérente à la maladie, mais également au fait que les médecins de premier recours consultés ont des difficultés à en repérer les symptômes, notamment parce que les patients se présentent avec des troubles protéiformes avec souvent une composante somatique. Des recherches sur les connaissances des médecins généralistes sur la schizophrénie montrent que ceux-ci ont une mauvaise connaissance de la maladie (prévalence, gravité etc.) alors même que la plupart d'entre eux se trouvent confrontés au moins une fois dans l'année à une schizophrénie débutante (Verdoux et al., 2005). Le diagnostic est dès lors présenté comme intuitif et des travaux sociologiques (Velpry et al., 2005⁴⁴) montrent que celui-ci est moins dû aux troubles eux mêmes qu'au fait qu'ils altèrent ou non la situation relationnelle avec le patient. Par ailleurs, la stigmatisation des troubles de santé mentale peut rendre le médecin réticent à poser un tel diagnostic, dont il sait qu'il peut profondément affecter la vie du patient.

⁴² Cette recherche compare le diagnostic posé par des généralistes avec celui issu d'un instrument, le Patient health questionnaire, qui permet d'identifier des pathologies « syndromiques » (trouble dépressif majeur, trouble panique, autres troubles anxieux) et des troubles « sub-syndromiques » (troubles somatoformes, trouble dépressif mineur, abus ou dépendance à l'alcool).

⁴³ Cette recherche a notamment consisté à mener des entretiens avec de jeunes patients rencontrés après un test d'évaluation passé au centre d'orientation du Centre hospitalo-universitaire de Ste-Anne, et qui les a diagnostiqués comme « à risque » ou connaissant un « premier épisode ». Ce moment pouvant être considéré comme un « point de passage » dans une prise en charge en psychiatrie permettait de les interroger sur leur parcours antérieur.

⁴⁴ Ces conclusions proviennent d'entretiens semi-directifs menés avec des médecins généralistes.

Un enjeu pour l'organisation des soins est donc de déterminer *a priori* des symptômes qui doivent alerter, d'aider les généralistes à les détecter et de les inciter à recourir à des professionnels de psychiatrie, pour une expertise ou pour une prise en charge. Pour cela, existent quelques expériences de réseau – par exemple le réseau Prepsy dans le XV^e arrondissement de Paris – mais qui demeurent rares et peu évaluées.

Par ailleurs, on retrouve ce faible repérage dans des pathologies que les médecins généralistes ont davantage l'habitude de rencontrer comme les troubles dépressifs ou anxieux. Il s'agit alors de repérage des troubles mais surtout de moments potentiellement critiques de la prise en charge. On note ainsi une sous-détection des idées suicidaires des patients dépressifs alors que la présence de ces idées est un indicateur important de risque suicidaire. Des études montrent que ce repérage est lié à la sévérité des symptômes dépressifs ou à la durée de consultation, mais que demeurent une fois pris en compte ces facteurs des différences entre médecins en fonction de leur formation continue (Verger et al.).

Plus généralement, deux facteurs considérés comme majeurs pour expliquer le sous-repérage des troubles mentaux par les généralistes sont la durée de consultation et la formation (initiale et continue) insuffisante des médecins généralistes en matière de santé mentale. Ceci est aggravé par le fait que les médecins généralistes s'estiment efficaces dans ce repérage, ce qui ne les conduit pas à faire évoluer leur pratique (Olsson et al., 2006).

Une expérience suédoise des années 1980 a montré l'importance de la formation des médecins. En 1983 et 1984, le Comité suédois pour la prévention et le traitement de la dépression a organisé un programme de formation pour tous les généralistes de l'île de Gotland. Dans les années qui ont suivi, on a vu décroître de façon significative la fréquence des suicides et des hospitalisations pour dépression. Des études rétrospectives sur les cas de suicide des années 1980 et 1990 ont montré que cette diminution était directement attribuable au programme de formation des médecins généralistes (Rutz, 2001). Pour autant, peu de travaux français se sont penchés sur l'effet de différents programmes de formations des généralistes pour en mesurer l'efficacité sur la détection ultérieure des troubles de santé mentale et certains travaux montrent que la formation ponctuelle de médecins généralistes est inefficace (Gilbody et al., 2003).

La durée de consultation est également un élément à approfondir. Plusieurs études montrent qu'une durée de consultation plus longue améliore le repérage des troubles (Hurrion & Gunn, 2007). Ceci pourrait ouvrir la voie à une réflexion sur l'apport et l'utilité d'une consultation spécifiquement consacrée à la santé mentale du patient.

2. Y a-t-il un modèle professionnel de prise en charge des troubles de santé mentale par les médecins généralistes ?

La manière dont les médecins généralistes prennent en charge les troubles de santé mentale est le plus souvent abordée par leurs pratiques de prescription. Les rapports publics, appuyés sur des travaux d'étude et de recherche, s'alarment ainsi de l'importante consommation de psychotropes des Français par rapport aux autres pays européens⁴⁵, combinée à un nombre important de patients qui ne reçoivent aucun traitement médicamenteux alors qu'ils pourraient en tirer bénéfice.

Outre le niveau de consommation de médicaments, les traitements prescrits sont souvent non conformes aux recommandations de bonne pratique. Ainsi, en France, parmi les personnes ayant consulté un médecin généraliste en raison d'un épisode dépressif majeur, seules 21,5 % étaient traitées conformément aux recommandations de bonne pratique (Briffault et al., 2009). Des études menées sur les données de l'assurance maladie montrent :

- des durées de traitement inadéquates : ainsi, alors que les recommandations internationales considèrent que les traitements antidépresseurs doivent être poursuivis au moins six mois, la plupart des traitements antidépresseurs duraient moins de six mois (81,8 %) et plus de la moitié 28 jours ou moins (58,1 %) (Tournier et al., 2011).
- des prescriptions inadaptées : outre une surconsommation souvent notée de benzodiazépines, on constate ces dernières années une augmentation de la prescription d'antipsychotiques de deuxième génération, qui laisse

⁴⁵ Rapport de l'Office parlementaire des produits de santé sur le bon usage des médicaments psychotropes, par Mme BRIOT M. 2006.

penser que ceux-ci ne sont pas toujours utilisés dans les situations dans lesquelles ils présentent le meilleur ratio bénéfice/risque⁴⁶ (ceux-ci peuvent en effet entraîner chez les jeunes des problèmes cognitifs ou une prise de poids, et ils augmentent le risque cardiovasculaire chez les personnes âgées).

Des travaux se penchent sur les facteurs (côté médecin et patients) explicatifs de pratiques de prescription différentes (Verger et al.).

L'enjeu des discussions sera donc, au vu des travaux existants, d'éclairer les pratiques de prescription des médecins généralistes moins bien connues (pathologies autres que la dépression, évolutions récentes,...).

Un aspect moins connu de la pratique des généralistes est leur vision de la psychothérapie, la fréquence avec laquelle ils recommandent ce type de prise en charge à leurs patients, s'ils la pratiquent eux-mêmes. Cette question a donc été interrogée de façon plus importante dans une récente enquête de la DREES sur les stratégies de prise en charge de la dépression réalisée auprès d'un panel de médecins généralistes [cf. encadré] et a donné lieu à des travaux qualitatifs récents⁴⁷. Ceux-ci montrent que les médecins évoquent, avec un vocabulaire profane, la psychothérapie de soutien, et que leur pratique ne correspond pas à un modèle professionnel reconnu. Une meilleure compréhension de leurs stratégies de prise en charge et de leurs déterminants est une piste de recherches à explorer.

ENQUÊTE DE PANEL DE LA DREES AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La DREES a mis en place avec les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professionnels de santé (URPS-ML) de trois régions (Bourgogne, PACA, Pays de la Loire) une enquête auprès d'un panel national de médecins généralistes libéraux (constitué de 1200 médecins) avec trois sur-échantillons pour les régions partenaires (2 500 médecins au total), qui vise à éclairer les pratiques et les opinions des médecins généralistes. L'une des vagues d'enquête, réalisée fin 2011, porte sur les stratégies de prise en charge de la dépression et leurs déterminants.

3. Comment améliorer le lien entre médecins généralistes et psychiatres ?

La plupart des travaux menés sur la relation entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie (qu'il s'agisse de psychiatres libéraux ou de psychiatres exerçant en établissement de santé public ou privé) montre que celle-ci est assez mauvaise (Demailly, 2005 et Pluriels n°92/93, 2011). Des études récentes [cf. encadré] approfondissent cette question.

ENQUÊTE « PLACE DE LA SANTÉ MENTALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE » (CH DE LA CHARTREUSE ET CCOMS)

Le CCOMS et le CHS de la Chartreuse (Dijon) ont mis en place une enquête nationale sur la place de la santé mentale en médecine générale. Un questionnaire court, testé en 2010 par des médecins généralistes de Bourgogne et du Nord-Pas-de-Calais et validé par un groupe de psychiatres et de généralistes, a été adressé aux médecins généralistes de 97 secteurs de psychiatrie. Les réponses ont été centralisées et saisies par le CH de La Chartreuse. Ce questionnaire vise notamment à mieux connaître la perception par les généralistes de l'offre de soins de santé mentale, leurs pratiques d'orientation et d'adressage, l'état et les modalités de liaison entre le médecin généraliste et la psychiatrie.

L'étude EseMED⁴⁸ montre que les médecins généralistes français ont un taux d'adressage plus faible que les autres médecins européens.

Il est en premier lieu difficile de déterminer quand un médecin généraliste devrait se tourner vers un psychiatre pour un avis ou le suivi conjoint d'un patient : si certaines recommandations le préconisent dans certaines catégories de diagnostic, on peut imaginer que cette nécessité dépend fortement des compétences du médecin. Avant de poser cette question de façon normative, il serait utile d'étudier davantage ce qui motive aujourd'hui l'adressage d'un patient à un psychiatre (diagnostic, sévérité des symptômes, formation du médecin etc.)

Ensuite, les généralistes rapportent une difficulté à s'orienter. S'ils entretiennent généralement des relations régulières avec certains psychiatres libéraux, ils éprouvent des difficultés pour identifier le bon interlocuteur dans le paysage de la psychiatrie en établissement. Ils se plaignent également du manque de retour d'information de

⁴⁶ Certains, comme l'aripiprazole, sont prescrits en deuxième intention dans le traitement de la dépression.

⁴⁷ L'ORS PACA a ainsi mené 32 entretiens semi-directifs avec des généralistes qui abordaient cet aspect de leur pratique.

⁴⁸ *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* : il s'agit d'une grande étude épidémiologique européenne conduite en 2005 qui étudie également les pratiques des professionnels.

la part des psychiatres. Les médecins généralistes déclarent ainsi des relations difficiles avec les secteurs psychiatriques : si moins de 1 % d'entre eux disent ne pas savoir ce que c'est, seuls 35 % déclarent être suffisamment informés sur leurs missions et leurs activités. Alors que plus de 90 % déclarent avoir des patients qui y sont suivis, seulement 40 % disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin et 22 % être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis (Drees, 2008).

Plusieurs initiatives visent à améliorer ces relations. Par exemple, le réseau santé mentale Yvelines Sud a mis en place un dispositif de soins partagés qui comprend notamment une « consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint » qui permet aux médecins généralistes d'obtenir l'avis d'un professionnel de psychiatrie à propos de l'un de leurs patients et de mettre en place une prise en charge adaptée. Des travaux en cours avec l'ANAP visent à déterminer l'impact médico-économique de l'existence d'un tel dispositif, en observant son effet sur les trajectoires des patients.

Par ailleurs, le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) a récemment adopté une recommandation de bonne pratique, labellisée par la Haute autorité de santé (HAS), qui vise à améliorer les échanges de courrier entre médecins généralistes et psychiatres⁴⁹. Cette recommandation, appuyée sur une analyse approfondie des travaux de recherche sur cette question, précise les informations que devrait contenir un courrier d'adressage d'un patient par un médecin généraliste à un psychiatre et celles que devrait contenir le courrier envoyé par le psychiatre au médecin généraliste à l'issue de la première consultation. Cette recommandation a été utilisée pour élaborer des indicateurs au sein du dispositif de soins partagés du réseau Yvelines Sud ainsi que dans les centres experts Bipolaire de la fondation Fondamental, ce qui permettra d'évaluer dans quelle mesure ces échanges de courriers changent les pratiques des médecins et les trajectoires des patients.

⁴⁹ Cette recommandation est disponible en téléchargement sur le site du CNQPS.

Bibliographie

- Kovess-Masfety V. *et al.* (2007), « What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem ? Results from a French survey. », *BMC Public Health*, 7: 188.
- Norton J. *et al.* (2009), « Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le *Patient Health Questionnaire* : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. », *L'Encéphale*, vol. 35 n°6.
- Velpry L. *et al.* « Coup de tonnerre dans un ciel couvert. Approche sociologique de l'émergence des troubles d'apparence psychotique », juin 2005.
- Verdoux H. *et al.* (2005) « Connaissances et représentations de la schizophrénie en médecine générale et scolaire », rapport de recherche pour la MIRE-DREES.
- Verger P. *et al.*, « Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA », Rapport de recherche pour la Mire-DREES.
- Olsson I. *et al.* (2006), "General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: an underestimated factor in case identification ?", *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2, 21.
- Rutz, W. (2001), "Preventing suicide and premature death by education and treatment", *Journal of affective disorders*, vol. 62.
- Gilbody S. *et al.* (2003), "Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review", *JAMA*, 289,23.
- Hutton C. & Gunn J. (2007), "Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice ? A systematic literature review.", *BMC Health Serv Res*, 7, 71.
- Briffault, X. *et al.* (2009), « Facteurs associés à l'adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France : Résultats du Baromètre Santé 2005 », *L'Encéphale*, vol. 36S.
- Tournier M. *et al.* (2011), « Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'assurance maladie », *L'Encéphale*, vol. 37 n° S1.
- Demailly L. (2005), « Cloisonnements et coopérations dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques », *L'Information psychiatrique*, vol. 81, n°4.
- Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ?, *Pluriels* n°92/93, octobre - novembre 2011.
- DREES (2008), « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. », *Études & Résultats*, n° 649.

Note de cadrage (séance 4)

« Comment articuler les prises en charge sanitaires et médicosociales ? »

La loi du 11 février 2005, qui a établi une définition du handicap intégrant le handicap psychique⁵⁰, a marqué une évolution importante en reconnaissant les situations de handicap vécues par les personnes atteintes de pathologies psychiatriques. En effet, même si ces personnes pouvaient déjà bénéficier de certaines prestations relevant du handicap, leurs besoins de soins et d'accompagnement social et médico-social n'étaient pas suffisamment reconnus et peu couverts.

Pour autant, demeurent un certain nombre de difficultés et d'incertitudes :

- Est tout d'abord régulièrement pointée une insuffisance de places dans les structures sociales et médico-sociales, qui expliquerait notamment la persistance d'hospitalisations inadéquates dans les services de psychiatrie. Cela suppose de mener une réflexion sur l'offre de logement et d'accompagnement social pour les personnes revenant vivre dans la cité après une hospitalisation, mais aussi sur l'accompagnement susceptible d'éviter une réhospitalisation.
- Les structures et services sociaux et médico-sociaux sont multiples dans leurs publics, leurs financeurs, leur fonctionnement, et leur description pourrait être approfondie, afin que la planification de l'offre intègre une dimension qualitative, outre l'augmentation du nombre de places demandé.
- Enfin, les coopérations entre professionnels de santé et du social sont complexes. Du fait de cultures professionnelles différentes, d'absence de formation spécifique, le dialogue est difficile et ne permet pas toujours de pallier l'inquiétude que les personnes ayant des difficultés psychiques peuvent provoquer auprès des professionnels du social. Ces tensions portent notamment sur la définition du périmètre de compétences du secteur psychiatrique et des professionnels du social et du médico-social.

1. Peut-on quantifier l'offre médico-sociale et sociale nécessaire aux personnes soignées en psychiatrie ?

La nécessité de développer l'offre sociale et médico-sociale à destination des personnes souffrant de troubles de santé mentale est souvent appuyée sur le constat qu'existent dans les services de psychiatrie des hospitalisations inadéquates attribuables à des problèmes d'aval. Les personnes demeureraient hospitalisées faute d'hébergement adapté dans des établissements médico-sociaux, ou de la possibilité d'obtenir un logement dans lequel elles seraient plus ou moins accompagnées par des services médico-sociaux ou sociaux.

Cependant, la création de places ne doit pas être conçue uniquement comme une réponse au problème d'aval des établissements hospitaliers, mais répondre également aux besoins spécifiques d'accompagnement des personnes suivies en ambulatoire ou à temps partiel.

Le plan pluriannuel d'accompagnement des personnes handicapées psychiques (2005-2007), dont les objectifs étaient réaffirmés par le premier Plan psychiatrie et santé mentale, fléchait des crédits destinés à créer, spécifiquement pour les personnes handicapées psychiques, des places en Maison d'accueil spécialisée (MAS) ou Foyer d'accueil médicalisé (FAM) (un millier de places sur les 7500 prévues entre 2005 et 2007) ou en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH, 1900 places sur la période 2005-2007). Ces mesures conjuguèrent la reconnaissance des droits fondamentaux des personnes handicapées psychiques à être accompagnées avec un début de réponse au problème d'aval. Le programme pluriannuel de création de places (2008-2012) a poursuivi cet effort en prévoyant 2000 places de MAS-FAM et 3750 places de SAMSAH

⁵⁰ La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

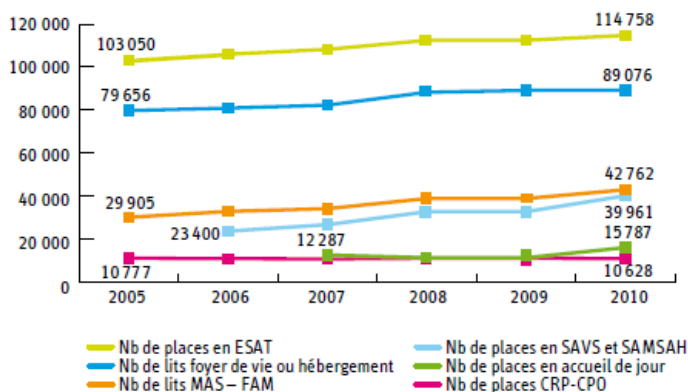
pour les personnes handicapées psychiques, ainsi que des places en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) et en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

En 2010, il est possible de constater que la majorité des places prévues en MAS (92 %) et dans une moindre mesure en FAM (63 %) ont été créées.

Les personnes ayant des « déficiences psychiques », représentent :

- un peu plus de 10 % des 19 448 personnes accueillies en MAS ;
- 20 % des 13 518 personnes accueillies en FAM.

Figure 20 - Évolution des places en établissement social et médico-social pour adultes handicapés



SOURCE : CHIFFRES-CLÉS DE LA CNSA, 2011 (FINES)

Pour autant, les associations dénoncent encore un manque de places⁵¹.

Il est donc important de se demander sur quoi peut s'appuyer la démarche de planification des autorités pour aboutir à un chiffrage du nombre de places nécessaires aux personnes handicapées psychiques dans les structures et services médico-sociaux et sociaux.

Un premier élément de réponse réside dans la quantification des personnes hospitalisées de manière inadéquate dans les services de psychiatrie. Le terme d'inadéquations hospitalières est alors employé pour désigner les lits occupés de manière non pertinente. Plusieurs causes en sont à l'origine :

- certaines personnes ne devraient pas être hospitalisées (indications inadéquates, par exemple des personnes vieillissantes hospitalisées suite au décès des aidants faute d'avoir disposé antérieurement d'un suivi social et sanitaire) ;
- d'autres personnes demeurent hospitalisées faute de solution d'aval.
- En psychiatrie, il existe un consensus pour constater qu'une partie des personnes hospitalisées au long cours (même si ce n'est pas le cas pour leur intégralité) demeurent à l'hôpital alors même que leur état est stabilisé et que des soins aigus ne leur sont plus prodigués. En 2009, la part des séjours de plus de six mois était de 5,6 % et celle des séjours de plus d'un an de 3,3 %⁵².
- Il est important de résorber ces inadéquations pour plusieurs raisons :
- pour la personne hospitalisée, elles comportent le risque d'une prise en charge médicale inadéquate et d'une aggravation de la désaffiliation qui contribuerait à chroniciser ses troubles (le fait d'être hospitalisé contribue à l'affaiblissement des liens sociaux et familiaux et à la dépendance) ;

⁵¹ Dans un livre blanc rédigé avec des psychiatres et des professionnels du social et du médico-social, l'Unafam 75 évaluait en 2009 les besoins à 1 973 places en Ile-de-France, soit trois fois les places disponibles (665) [Résultats présentés lors des troisièmes Rencontres des partenaires de la santé mentale à Paris, organisées dans le cadre de la Semaine d'information sur la santé mentale (Sism) 2009].

⁵² Rapport de la Cour des Comptes sur le Plan psychiatrie et santé mentale. Attention cependant, ces chiffres sous-estiment la proportion de patients hospitalisés au long cours car des séjours fractionnés par des sorties d'essai sont parfois comptabilisés comme étant distincts.

- elles réduisent le nombre de lits disponibles pour les personnes en crise qui nécessitent une prise en charge en hospitalisation dans un contexte de réduction du nombre de lits d'hospitalisation ;
- elles sont une source de dépenses inefficaces pour l'assurance maladie.

Cependant, au-delà de ces considérations, la mesure du nombre de patients connaissant une telle situation n'est pas aisée. Les premiers travaux quantifiant les inadéquations hospitalières menés à l'échelle nationale se sont centrés sur la médecine et la chirurgie⁵³ (court-séjour). Les services de psychiatrie ont été exclus du champ des travaux faute de grille d'analyse validée. Il existe en effet en matière d'inadéquations en psychiatrie (tout comme en soins de suite et de réadaptation (SSR) d'ailleurs) une absence de consensus sur la définition des patients concernés. La durée d'hospitalisation en particulier ne suffit pas à juger de l'adéquation du séjour, même en la rapportant au motif d'admission ou aux caractéristiques sociales du patient.

Après une réflexion menée de 2008 à 2011, la Mission nationale d'appui en santé mentale (Mnasm) a produit un guide⁵⁴ à destination des Agences régionales de santé (ARS) et des établissements, qui propose, outre des préconisations, une démarche permettant d'évaluer, un jour donné, les patients hospitalisés de manière inadéquate. Il ressort des études menées dans différentes régions⁵⁵ en suivant cette démarche que globalement, un jour donné, entre 20 et 40 % des lits sont occupés par des patients en séjour prolongé, 60 à 70 % d'entre eux étant « inadéquats ».

Il ressort également de ces études plusieurs profils « types » : patients vieillissant pouvant être accueillis en EHPAD sous réserve d'une activité de psychiatrie de liaison, patients pouvant être accueillis en hébergement médico-social, patients souffrant de psychoses chroniques nécessitant un accompagnement social en plus de soins pouvant être dispensés autrement qu'en hospitalisation complète (ambulatoire, temps partiel).

Cependant, observer la situation un jour donné aboutit probablement à une vision de la réalité à compléter. Des travaux menés notamment sur les données de l'enquête Handicap, incapacités, dépendance (HID) permettent de prendre également en considération les flux entrant/sortant dans la population hospitalisée et les trajectoires des patients avant et après leur hospitalisation (Chapireau, 2004 et Chapireau, 2005).

Mais les patients hospitalisés au long cours de manière inadéquate ne sont pas les seuls susceptibles de bénéficier d'un accompagnement social ou médico-social. En effet, les patients suivis en ambulatoire ou à temps partiel peuvent également avoir des besoins en matière de logement, d'accompagnement pour trouver ou conserver un travail ou des inscriptions sociales. Ainsi, l'analyse par les secteurs de psychiatrie des conditions de logement de leurs patients (patients SDF ou dans des logements très précaires) ou de leurs besoins dans le cadre de l'emploi et de la participation sociale peut aider à définir leurs besoins.

2. Peut-on évaluer l'efficacité et l'efficience des différents types de structures et d'accompagnements sociaux et médico-sociaux ?

Le schéma ci-dessous, réalisé par la Mnasm, montre la grande diversité qui caractérise les services et les structures sociaux et médico-sociaux susceptibles d'être utilisés par les personnes souffrant de pathologies mentales.

Ils diffèrent en fonction du type de service offert (hébergement ou non, soins ou non), des publics (services spécifiquement dédiés au handicap psychique ou généralistes) et ne relèvent pas des mêmes gestionnaires

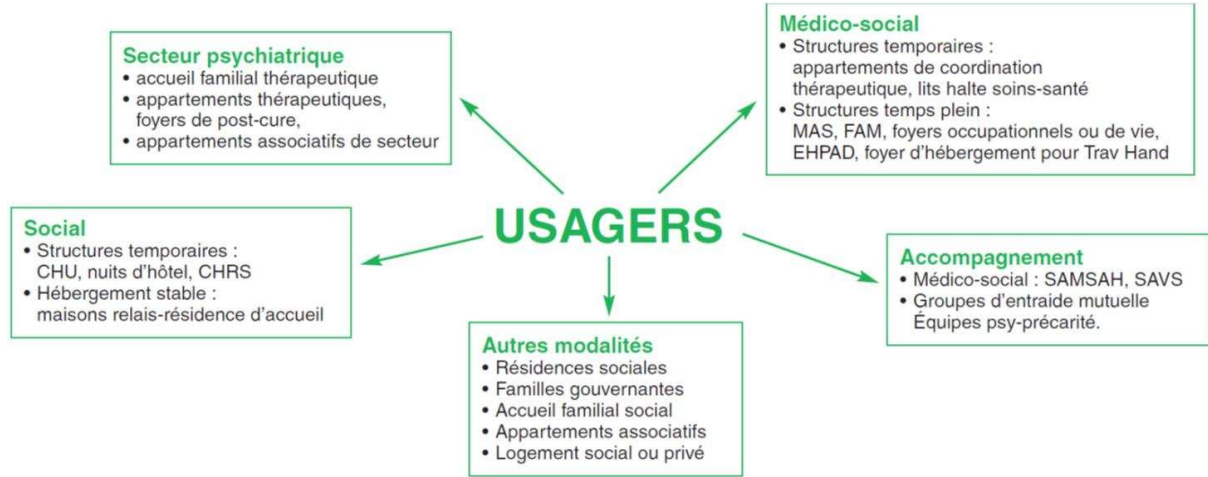
⁵³ La DGOS a lancé une enquête, un jour donné, auprès d'un échantillon représentatif de 73 établissements, dans 166 services de médecine et de chirurgie tirés au sort, portant au final sur 3 145 patients. Le caractère adéquat du séjour ou de la journée était évalué à partir de la grille AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*). Cf. Rapport SANESCO, « Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières », août 2011, rapport disponible en ligne.

⁵⁴ Mnasm, « Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie ».

⁵⁵ Île-de-France, Picardie, Aquitaine, en 2003, Bretagne, Haute Normandie, en 2006, Midi-Pyrénées, Basse Normandie en 2007, Provence, Alpes-Côte d'Azur et Martinique en 2008, Rhône-Alpes en 2009.

(secteurs de psychiatrie, associations issues du médico-social, associations proches de l'Unafam etc.) ni des mêmes financeurs (assurance maladie, conseil général etc.).

Figure 21 - Alternatives d'hébergement des patients suivis en psychiatrie (Pluriels n°65, février 2007)



SOURCE : PLURIELS N°65, « LES HÉBERGEMENTS DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES. RÉFLEXION À PARTIR DES EXPÉRIENCES EN ILE-DE-FRANCE »

Ce faisant, une description fine de ces structures et services, ainsi qu'un début d'évaluation de leur efficacité, de leur efficience et de la satisfaction des usagers, pourrait guider la structuration de l'offre, au-delà d'un aspect quantitatif.

Les structures d'hébergement sont nombreuses et plurielles. Une partie est issue de conversions de services hospitaliers⁵⁶. L'un des risques de ces conversions étant que certaines MAS ne soient en réalité que des services hospitaliers « masqués », reproduisant tous les effets négatifs de l'hospitalisation de longue durée. Aussi, des travaux sur ces conversions hospitalières et la physionomie des structures avec hébergement qui en sont issues (architecture, type d'encadrement, etc.) seraient utiles.

Par ailleurs, une étude réalisée par la MNASM et la Fondation John-Bost sur les structures médico-sociales accueillant des patients au long cours en psychiatrie (Pluriels n°64, janvier 2007) apporte des éléments sur les structures créées par des établissements de santé⁵⁷. Cette étude, réalisée par questionnaires adressés en juin 2006 aux établissements a recueilli près de 400 réponses. Elle donne des informations sur le type de structures créées et les personnes majoritairement prises en charge : ainsi, les structures existantes ou en projet visent à accueillir des personnes avec retard mental (32 %) et avec psychoses de l'âge adulte comprenant des aspects déficitaires (23 %), les polyhandicapés (15 %) et les autres psychoses et dysharmonies infantiles (10 %). Elle montre une grande importance des acteurs sanitaires sur un certain nombre de points : dans 37 % des cas, la notion de « patients stabilisés », qui détermine l'orientation vers une structure médico-sociale, est définie uniquement par un acteur sanitaire (même si elle est définie conjointement dans 53 % des cas). Par ailleurs, les facteurs déterminant l'orientation des patients vers le médico-social sont souvent exclusivement en rapport avec un jugement sur les troubles mentaux.

En ce qui concerne les services d'accompagnement, le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 a donné un cadre juridique plus clair aux SAVS, et leur a ouvert la possibilité d'inclure dans leurs missions des prestations médicales ou paramédicales (SAMSAH). Pour autant, ce décret demeure peu contraignant en matière d'organisation de ces services, afin de permettre l'expérimentation sur le terrain de modes d'organisation originaux. Le Centre

⁵⁶ IGAS, « Conversion de structures hospitalières en structures médico-sociales », février 2011.

⁵⁷ Une ordonnance du 24 avril 1996 autorise les établissements de santé publics ou privés à créer et gérer des services sociaux et médico-sociaux.

d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS), qui a mené une étude sur un panel de services d'accompagnement (Peintre et al., 2010) a comparé leurs caractéristiques et leurs capacités à répondre aux attentes des personnes handicapées psychiques et de leur famille.

Les débats sur la configuration des services et structures, rappelés dans le rapport du CEDIAS portent notamment sur :

- la spécialisation nécessaire ou non de ces services en fonction du profil du public. En effet, si l'UNAFAM et la FNAPSY portent la revendication d'une création de dispositifs spécifiques au handicap, notamment par rapport aux personnes souffrant de déficience intellectuelle, les services « généralistes » demeurent nombreux ;
- la médicalisation de ces services : SAVS ou SAMSAH ;
- les conditions de leur participation à l'évaluation conduite par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) : conventionnement ou non ;
- les personnels (composition de l'équipe) et les modalités d'accompagnement (suivi individuel, ateliers collectifs, accueil libre, etc.).

Le rapport du CEDIAS tend à montrer que si la médicalisation n'est pas nécessaire pour tous les services s'adressant aux personnes en situation de handicap psychique (les SAVS et les SAMSAH ayant ainsi tous deux vocation à cohabiter sur un même territoire), en revanche, les SAMSAH, via notamment leur équipe pluridisciplinaire susceptible d'intervenir à domicile, s'avèrent plus à même que les SAVS, de répondre à certains besoins (personnes les plus isolées, difficultés majeures en termes d'hygiène personnelle ou d'entretien du logement, problèmes de santé somatique importants, etc.). Pour autant, la démarche de soins des SAMSAH doit être conçue comme complémentaire aux soins délivrés par le secteur plutôt que subsidiaire. Leur rôle consiste notamment, en complément d'un suivi en psychiatrie ambulatoire, à éviter l'hospitalisation ou faciliter l'accès aux soins de personnes éloignées de la psychiatrie.

3. Quelles sont les causes des cloisonnements entre professionnels du sanitaire et du social ? Comment les réduire ?

Constatant le cloisonnement des prises en charge, le premier Plan Psychiatrie et Santé mentale considérait « qu'un enjeu important réside dans le renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes ».

Pour autant, si les difficultés de communication entre professionnels du sanitaire et du social sont souvent avancées comme un frein au développement de coopérations favorables à l'amélioration du parcours des patients, les causes concrètes de ces difficultés (culture professionnelle, modalités de coopération etc.) sont rarement explorées.

Dans le cadre de l'évaluation du premier Plan psychiatrie et santé mentale, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a commandé une étude approfondissant ces éléments et menée auprès des professionnels et des usagers. Sa réalisation, confiée au CREDOC, a consisté à mener en 2011 des entretiens dans deux régions (Haute-Normandie et Languedoc-Roussillon) représentatives de la diversité des secteurs⁵⁸.

Cette étude montre notamment que, pour les professionnels du social ou du médico-social, l'un des freins à l'admission de personnes handicapées psychiques dans les structures réside dans la crainte des personnels de ces structures de ne pas recevoir d'aide de la part de la psychiatrie en cas de crise. À défaut, les structures sont réticentes à accepter des patients déjà hospitalisés ou à conserver leur place à l'issue de leur hospitalisation. Une prise en charge efficiente dans ces situations nécessite :

- de conserver une capacité en lits dans les services hospitaliers pour répondre aux éventuels besoins de réhospitalisation temporaire d'usagers des structures médico-sociales ou sociales ;

58 « L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers », septembre 2011, rapport disponible sur le site du HCSP.

- de faire intervenir une véritable psychiatrie de liaison dans les structures et les services sociaux et médicosociaux (par exemple par équipes mobiles) afin d'apporter une aide immédiate en cas de crise, d'assurer le lien entre le secteur et le médico-social et de développer une culture commune ;
- qu'il y ait une connaissance entre les équipes de psychiatrie et du médico-social et un échange d'information permettant de préparer le retour des patients ayant été hospitalisés.

La difficulté est donc d'assurer un lien, une interconnaissance entre acteurs qui facilite les transitions des patients entre la psychiatrie et l'accompagnement social ou médico-social, et ce dans les deux sens : sortie pour les patients hospitalisés au long cours et admission à l'hôpital ou consultation rapide pour les patients en crise pris en charge dans le secteur social ou médicosocial.

Cela peut se faire par l'intervention du secteur dans les structures et services (psychiatrie de liaison) ou par des intervenants ou des structures dédiés.

Le rapport du Credoc pour le HCSP donne ainsi l'exemple de deux types d'unités qui jouent ce rôle : l'unité Sephora constituée d'un foyer du Languedoc Roussillon fait une transition entre l'hôpital et le foyer de vie (travail sur l'autonomie, élaboration d'un projet etc.) et le PASS (Préparer l'admission dans une structure sociale ou médico-sociale) mis en place par un secteur de psychiatrie normand fait intervenir un éducateur, un infirmier et une assistante sociale qui préparent les patients hospitalisés au long cours à la sortie.

La MDPH est également souvent citée comme un acteur qui pourrait faire la jonction entre les professionnels des deux secteurs. Son activité d'évaluation du handicap et de conventionnement avec les acteurs lui permettrait de mettre en relation les différents professionnels susceptibles de répondre aux besoins des usagers. L'interconnexion des systèmes d'informations des MDPH et des secteurs permettrait de faciliter ce lien et de répondre à certaines questions : par exemple, parmi les patients séjournant de manière inadéquate en psychiatrie, combien ont déposé des dossiers à la MDPH. Ce rôle aurait d'autant plus d'intérêt qu'une étude sur l'évaluation du handicap psychique, menée par le CEDIAS⁵⁹ de février à décembre 2008 sur 122 dossiers (82 adultes, 40 enfants) de demande d'allocation déposés en MDPH, recommande que la MDPH devienne le pivot des différentes collaborations utiles pour conduire l'évaluation (personne, entourage, équipes de suivi psychiatrique et médico-social).

Il y a par ailleurs un flou sur le partage des interventions entre secteurs. En effet, le secteur médico-social fait intervenir des professionnels de santé (infirmiers notamment) et la plupart des secteurs de psychiatrie emploient des assistantes sociales. Le partage des rôles étant peu formalisé, les interventions efficaces reposent beaucoup sur le bon vouloir des acteurs et l'existence de partenariats locaux. À défaut, certaines missions risquent de ne pas être remplies (certains secteurs pouvant considérer que leur rôle n'est pas d'apporter une aide sociale à leurs patients et ne les orientant pas vers des services d'accompagnement par exemple) ou d'être exercées d'une manière peu efficiente.

Par ailleurs, une partie des activités réalisées en ambulatoire ou à temps partiel en psychiatrie (CMP, CATTP, hôpital de jour etc.) consiste en des activités sociales, d'animation etc. réalisées par des professionnels de santé. Il serait utile d'approfondir en quoi ces activités dans un cadre de réhabilitation psychiatrique se différencient d'activités proches réalisées dans le secteur médicosocial (contenu, règles etc.) afin d'améliorer leur complémentarité.

⁵⁹ Cette étude a été menée conjointement par des équipes pluridisciplinaires de MDPH de quinze départements et des professionnels de services de psychiatrie de secteur, en partenariat avec les associations de familles et d'usagers et la Mission nationale d'appui en santé mentale (Mnasm).

Bibliographie

- Chapireau F. (2004), « La trajectoire des personnes ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique et se trouvant fin 1998 dans un établissement avec hébergement », Dossier Solidarité et Santé n°1, janvier-mars.
- Chapireau F. (2005), « Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie: résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1998-2000) », *L'Encéphale*, n°31.
- Peintre C., Barreyre J.-Y. et Asencio A.-M., Rapport de recherche du CEDIAS/CREAHI IdF : « Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? », octobre 2010.
- *Pluriels* n° 64, « Psychiatrie et handicap : entre sanitaire et médico-social. Les enseignements du questionnaire », janvier 2007.
- *Pluriels* n°65, « Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France », février 2007

Note de cadrage (séance 5)

« Quelles évolutions du territoire de la psychiatrie ? »

Le champ de la psychiatrie, par la mise en place de la sectorisation en 1960, a longtemps été le seul à réellement prendre en compte les problématiques liées à la territorialisation. En effet la sectorisation a consisté à définir des zones géo-démographiques sur l'ensemble du territoire, au sein desquelles une même équipe pluridisciplinaire est responsable des interventions et des soins, assurant la continuité des prises en charge allant de la prévention jusqu'à la réinsertion sociale. Depuis, plusieurs textes ont contribué à modifier considérablement les paramètres de l'organisation et de la planification de l'offre de soins.

En 2003, avec l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (SROS 3), la psychiatrie est devenue un volet obligatoire des SROS et ne fait plus l'objet d'un schéma spécifique ; les territoires de santé sont par ailleurs devenus le cadre réglementaire de l'organisation des soins, supprimant de fait la définition géographique du secteur, même si leur contenu fonctionnel est conservé.

Le territoire de santé est maintenant conçu comme la zone de référence pour l'organisation des soins avec notamment un projet médical de territoire. Il est également envisagé comme un espace de concertation entre acteurs de santé. « De simple contenant il devient un élément visant à structurer l'organisation sanitaire »⁶⁰. Ce changement correspond à une évolution importante de la place et de la conception de l'espace dans la planification sanitaire. Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. En effet, d'abord centrées sur l'hôpital avec les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les compétences des territoires se sont par la suite élargies aux soins ambulatoires, aux activités de santé publique et d'accompagnement médico-social avec la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » (HPST) de 2009 et la création des Agences régionales de santé (ARS).

Dans ce contexte nouveau, comment élaborer, et selon quels critères, des territoires capables de répondre aux besoins de la population et suivre leurs évolutions ? Comment concilier la nécessité de disposer d'un territoire de référence commun à l'ensemble des disciplines sanitaires et les spécificités de ces disciplines ? Comment concilier le territoire de santé avec le secteur psychiatrique ?

1. Territoires et santé mentale

Le champ de la psychiatrie a longtemps été le seul à prendre en considération la question territoriale en dépassant le simple découpage administratif. L'intérêt d'une approche territoriale des politiques de santé permettant notamment un décloisonnement des soins est en effet perçu dès le mouvement de sectorisation initié à partir de 1960. Le secteur psychiatrique, soutenu par un courant de psychiatres « désaliénistes », a alors été conçu comme une entité spatiale visant à assurer pour une population localisée, l'accès à des modalités de soins variées et adaptées aux différentes pathologies à chaque phase de la maladie. Dans chaque secteur, une équipe pluridisciplinaire est donc chargée de l'ensemble de ces soins et interventions, dont les objectifs vont de la prévention jusqu'à la réinsertion sociale.

La circulaire de 1960 a en outre ouvert la voie d'une désinstitutionnalisation de la psychiatrie en incitant les établissements de santé à mettre en place des prises en charge alternatives à l'hospitalisation et notamment dans des structures extrahospitalières. Avant l'instauration de la carte hospitalière, la psychiatrie est donc apparue comme la seule discipline engagée dans la voie d'une répartition des moyens tenant compte des populations à desservir, et d'une approche globale de la maladie, depuis la prévention jusqu'à la réinsertion.

Peu à peu, le fonctionnement réel des secteurs s'est éloigné des objectifs qui lui avaient été assignés du fait de représentations différentes de la notion de secteur parmi les professionnels. En dépit de ses principes fondateurs, la mise en œuvre de la sectorisation n'a pas complètement permis de sortir d'un système « hospitalo-centré ». Par ailleurs, elle a donné lieu à la définition de secteurs ne tenant pas compte des habitudes de dépla-

⁶⁰ Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. "Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification". [éd.] IRDES, mai 2008, 10.

cement des populations et parfois rattachés à un établissement hospitalier lointain. Une définition du secteur s'appuyant sur un nombre d'habitants (70 000 habitants par secteur de psychiatrie générale et 210 000 par secteur de psychiatrie infanto-juvénile) ne permettait pas de prendre en compte les différences en termes socio-démographiques et économiques entre zones géographiques, justifiant pourtant une offre de soins différente. Cette vision égalitariste allait à l'encontre du principe d'équité posé par la circulaire du 15 mars 1960, qui visait une organisation départementale prenant en compte la situation démographique et économique du département, fondée sur l'identification de « secteurs géographiques » et établie à partir d'éléments tels que les sites hospitaliers, les dispositifs de communication, la répartition de la population par âge. L'outil conçu pour permettre une couverture équitable est ainsi devenu inadapté. Le rapport du groupe de travail « Territoires et accès aux soins » du CREDES et de la DHOS en 2004 a confirmé les limites fréquentes du découpage sectoriel : des découpages non adaptés aux besoins et une non concordance des secteurs entre eux et avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux⁶¹. Les causes en sont multiples à commencer par des contradictions liées à l'histoire et à la hiérarchie des normes, notamment juridiques (cf. 3ème partie).

La démarche initiée en 1960 se voulait planificatrice et évolutive à partir des cadres territoriaux dont on espérait qu'ils tiendraient compte des données sociodémographiques et des critères de proximité. Ce dispositif de sectorisation pourtant précurseur a donné lieu à des réponses parcellaires alors que celui-ci aurait dû, dans l'esprit de ses concepteurs, être réfléchi en continu en fonction des besoins. L'hétérogénéité des territoires s'est aggravée au fil du temps en termes de moyens et de pathologies traitées. La psychiatrie doit-elle s'appuyer sur un découpage selon des critères identiques pour chaque région ou bien être adaptée aux besoins de populations spécifiques ? Dans un récent rapport de la Cour des Comptes, il est rappelé que « le 'secteur' à condition d'évoluer, demeure plus une solution qu'un problème »⁶², suggérant la mise « en place d'une hiérarchisation cohérente entre l'offre de soins de proximité et les structures spécialisées desservant des territoires plus larges ». La sectorisation a contribué à lancer l'approche territoriale en santé telle qu'elle a été conçue dans les années 1990. Pour autant, comment poursuivre aujourd'hui cette réflexion, afin de mettre en place une offre de soins en psychiatrie suivant des objectifs à la fois de santé publique, d'accessibilité, de prise en charge, d'accompagnement social et médico-social ?

2. Inégalités de l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie

Les problèmes de santé rencontrés dans le champ de la psychiatrie sont souvent caractérisés par la récurrence et la chronicité. La place des actes techniques y est faible et le nombre de structures extrahospitalières important. Les patients de psychiatrie sont essentiellement pris en charge en ambulatoire. En 2010, 70 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. Dans ce contexte, on peut relever que l'organisation des soins et les politiques de santé en psychiatrie requièrent une attention particulière dans laquelle la territorialisation joue un rôle important. Malgré ce constat, des situations hétérogènes sont décrites en termes de moyens notamment.

Comparée à d'autres pays, notre offre de soins peut pourtant être considérée, en particulier en psychiatrie, comme quantitativement importante en termes d'équipements et de ressources humaines. Par ailleurs, la politique de sectorisation, largement influencée par le mouvement de désinstitutionalisation prônée et soutenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe depuis le début des années 1970, a été mise en œuvre dans d'autres pays. Mais en France, les disparités de moyens et d'engagement dans l'atteinte des objectifs fixés ont contribué à des disparités au niveau des territoires, des découpages non adaptés aux besoins et une non concordance avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux⁶³.

⁶¹ Rapport du groupe de travail « Territoires et accès aux soins » du CREDES et de la DHOS. 2004.

⁶² Cour des Comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010). Rapport public thématique, décembre 2011.

⁶³ Rapport du groupe de travail « Territoires et accès aux soins » du CREDES et de la DHOS. 2004.

Ces inégalités de l'offre de soins sont régulièrement décrites⁶³. En 2010, les régions historiquement les mieux dotées en lits d'hospitalisation le demeurent et des disparités sont observées entre régions et entre départements dans les différentes natures de prise en charge. Pour autant, les inégalités de répartition des différents modes de prise en charge sont-elles corrélées ? Une zone sous-dotée pour un type de prise en charge est-elle mieux dotée pour un autre, ou au contraire les inégalités se cumulent-elles ?

Figure 22 - Densités de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale en 2010

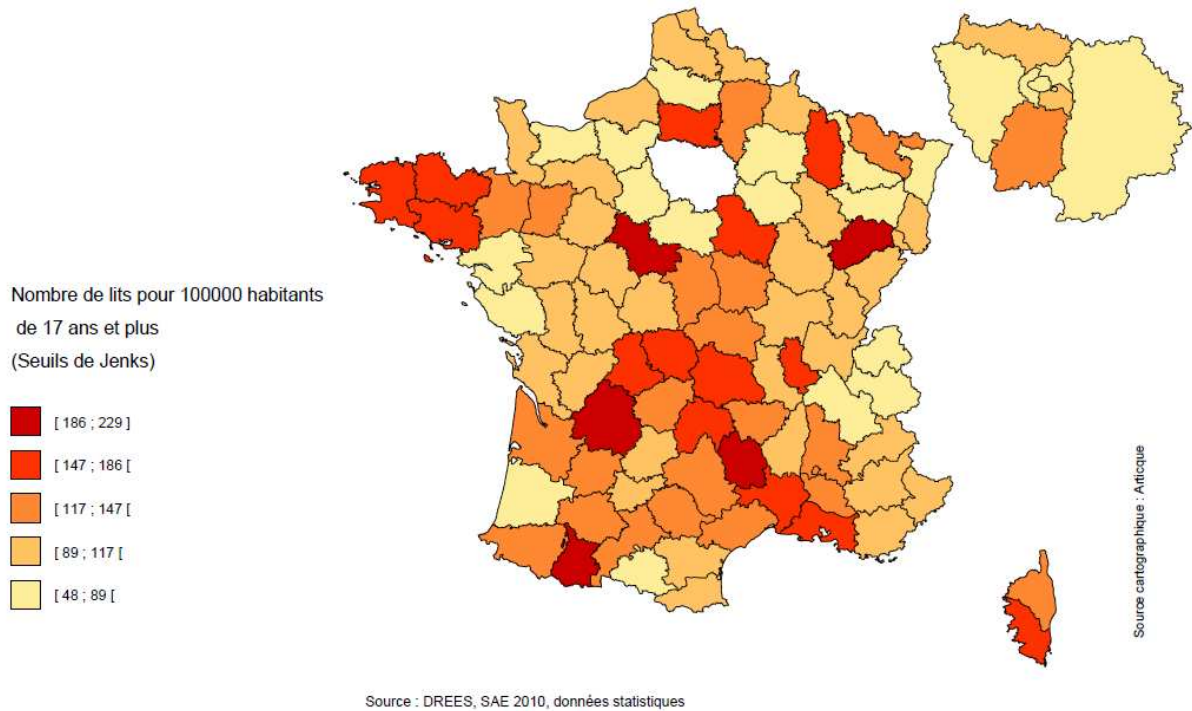
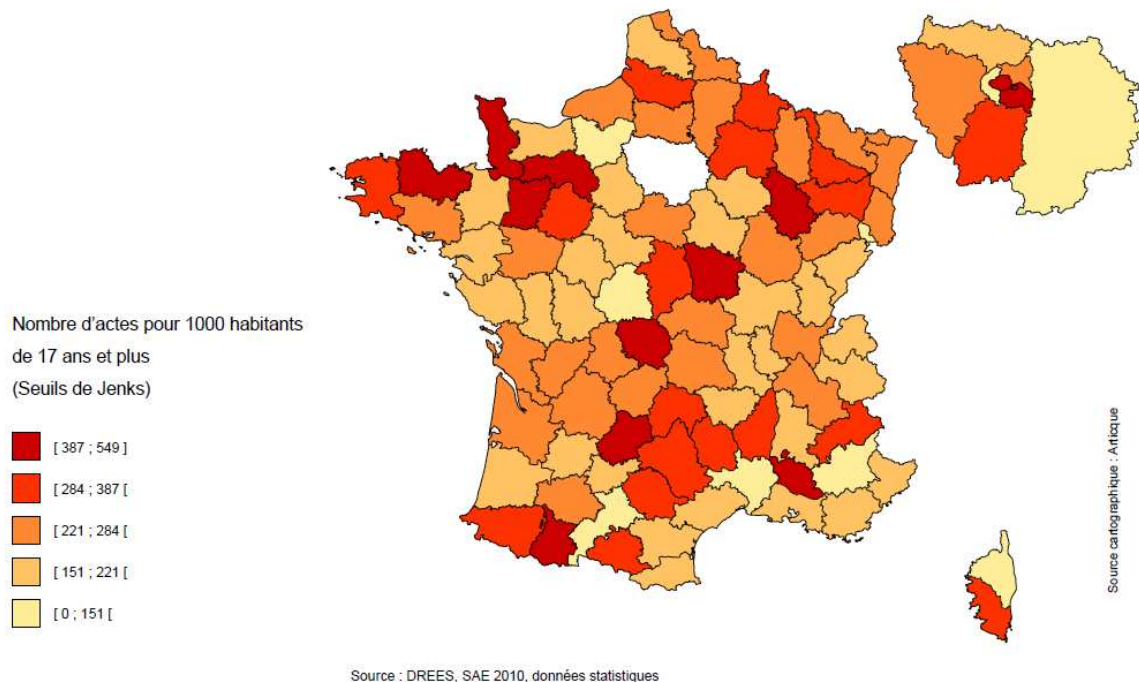


Figure 23 - Densités d'activité en ambulatoire en psychiatrie générale en 2010



En observant des variations importantes de l'offre de soins, il peut être tentant d'appréhender les besoins de soins pour déterminer la quantité d'offre nécessaire et sa répartition optimale. Plusieurs types d'enquêtes usant de techniques diverses ont été mises en place pour tenter de les appréhender. Le besoin de soins est alors souvent vu comme la résultante d'un diagnostic psychiatrique, d'une mesure de la détresse psychique ou d'un retentissement des troubles dans la vie quotidienne (cf. première séance du séminaire). Des situations associées par ailleurs à un déni ou à un non recours permettent d'expliquer que le besoin mesuré sous-estime le besoin réel. La complexité de ces distinctions conduit à des variations élevées dans les résultats des enquêtes cherchant à approcher le besoin de soins à partir de ces critères.

Les disparités géographiques de l'offre de soins demeurent malgré tout une caractéristique persistante de la psychiatrie française. Sans remettre en cause les progrès qu'elles ont permis de réaliser, on peut relever que les politiques de territorialisation successives, contrairement aux principes fondateurs de la circulaire de mars 1960, n'ont pas réussi à prendre en compte la variation des besoins en santé mentale des populations. Si certaines variations peuvent s'expliquer par des différences objectives entre territoires, cette situation dans les autres cas est d'autant plus dommageable pour les patients que l'accessibilité aux soins est nécessaire.

3. S'inscrire dans la territorialisation, des démarches collectives multiples

Après la circulaire de 1960, l'encadrement juridique du secteur et ses règles d'organisation et de financement ont été introduits par les lois de 1985 et 1986. La loi hospitalière de 1991 a ensuite permis d'établir un régime juridique identique pour la carte sanitaire de court séjour MCO et la carte sanitaire de la psychiatrie, alors que la sectorisation, découlant du schéma départemental de la psychiatrie, restait indépendante des secteurs sanitaires. Cette distinction a pu être un frein à une coopération optimale entre les services de psychiatrie et les hôpitaux généraux, impliquant des défauts dans la prise en charge somatique des patients de psychiatrie et à l'inverse les interventions de la psychiatrie dans les services somatiques (malgré l'existence de la psychiatrie de liaison).

En affirmant l'échelon régional comme celui de la mise en œuvre des politiques de santé publique, les ordonnances du 24 avril 1996 et notamment celle qui a institué les ARH ont révélé une certaine perception territoriale des besoins de santé et des réponses à y apporter. Les territoires de santé ont remplacé, dans l'ordonnance du

4 septembre 2003, les secteurs sanitaires. Ils sont alors devenus l'échelon de l'organisation des soins et la carte sanitaire a été supprimée. Ils sont modulables selon l'activité à partir de la circulaire du 5 mars 2004 et peuvent être gradués en différents niveaux de soins.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a conforté les missions du secteur, alors que dans le même temps son fondement juridique était supprimé au profit des territoires de santé afin de réduire l'hospitalocentrisme des prises en charge. La loi HPST, qui a créé les ARS, dispose que « l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours »⁶⁴ et identifie par ailleurs des niveaux d'accès aux soins de premiers recours. Le champ d'application des territoires de santé est de plus élargi au secteur médico-social.

On comprend au vu des changements réglementaires successifs que la mise en œuvre de la territorialisation par les acteurs de santé n'est pas chose aisée. Pourtant, au-delà de ce cadre, force est de constater que les limites en termes d'organisation géographique des soins s'illustrent souvent par des inégalités de l'offre et des soins cloisonnés. Différentes coopérations à différents niveaux géographiques entre des protagonistes de différents horizons semblent souvent possibles. En effet, si le système de santé par exemple ne relève pas des compétences réglementaires communales, le constat des déséquilibres territoriaux s'impose parfois aux élus municipaux. Souvent sollicités dans ce domaine, ces derniers peuvent être amenés à demander des études et à réaliser des actions de soutien pour atténuer ces inégalités sur leur territoire. Concernant les établissements de santé s'occupant de la prise en charge des patients, ils sont directement concernés par la structure de leur territoire d'implantation. Ainsi, des acteurs autres que les ARS sont parfois conduits à réaliser une analyse à visée décisionnelle de leur territoire notamment d'accessibilité géographique de leurs structures hors les murs.

À côté de ces exemples, ce sont bien les ARS qui sont rendues compétentes par le cadre réglementaire actuel pour déterminer le découpage territorial pertinent. Dans ces conditions, comment réaliser cette territorialisation avec l'ensemble des acteurs, à partir de quels critères doit-elle être réalisée et jusqu'où aller ? Les inconvénients d'une territorialisation spécifique de la psychiatrie sont entre autres le manque de coordination avec les autres activités de soins, le manque d'intégration et de coordination avec les autres champs et la stigmatisation de la psychiatrie par une organisation spécifique. Pour autant, certaines spécificités de la psychiatrie nécessitent des prises en charge à un niveau géographique différent.

D'autres phénomènes comme celui du vieillissement de la population ou de l'évolution de la démographie médicale rendront ces problématiques de plus en plus sensibles. Les enjeux au niveau de l'organisation de l'offre de soins sur les territoires sont majeurs. Il s'agit bien de trouver des outils permettant la gradation et la complémentarité des coopérations entre établissements de santé ainsi qu'une articulation entre le projet régional de santé (PRS) et les initiatives de terrain, tout en s'adaptant aux évolutions démographiques.

Les démarches mises en place en région dans le cadre de l'élaboration du Projet régional de santé (et de ses schémas et programmes de mise en œuvre associés) commencent par un état des lieux avec mise en phase des objectifs des différents processus de planification ou de contractualisation avec les besoins estimés ainsi qu'une comparaison avec les autres régions françaises. C'est l'occasion d'une remise à plat des avantages et des limites de l'organisation précédente en termes d'animation, de stratégie, de coopérations, et de structuration hospitalière.

Cette étape est en particulier le moment pour s'interroger sur le découpage. Était-il ou non adapté au champ de compétences de l'ARH, l'est-il au regard du champ de compétences des ARS ? En pratique, plusieurs ARS se sont engagées dans un processus de réflexion sur les territoires de santé en ne reproduisant pas automatiquement le découpage antérieur.

Lors de la définition des territoires de santé, toute la problématique réside dans le choix de critères identifiés comme pertinents ou faisant tout au moins l'objet d'un consensus. Étant donné le cadre juridique, on imagine que le découpage en zones géographiques (territoires de santé ou autres), devrait se faire autour d'une logique de

⁶⁴ Art. L. 1434-16. du CSP.

compétence globale de l'ARS, dans la mesure de ses capacités d'animation. Selon les cas différents critères sont pris en compte parmi lesquels la répartition et les flux de patients, l'offre de soins existante, la distance par rapport à l'offre (temps d'accès), l'articulation des territoires de santé, l'intégration et la complémentarité de l'offre, la cohérence aux différents échelons territoriaux.

Au final, les principaux paramètres de l'organisation de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007 et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) couvrant la période 2006-2011 ont été profondément renouvelés. Les arbitrages auxquels ont été confrontés les décideurs ont porté sur des considérations à composantes multiples, où la dimension territoriale n'était qu'une composante d'un ensemble plus complexe.

La définition des territoires « a été traitée de manière assez différenciée selon les régions »⁶⁵. Certaines régions ont préféré stabiliser un découpage, tandis que d'autres ont cherché à créer des territoires de santé en développant une nouvelle méthodologie. En analysant les différents SROS, on peut observer que « les régions se sont relativement bien emparées de certains concepts tels que la flexibilité permise pour ces nouveaux territoires entre niveaux de soins »⁶⁵. Une idée serait, que, selon les découpages des territoires, on puisse reconnaître différents niveaux gradués de délivrance des soins, ceci de telle sorte que chacun habite plusieurs territoires emboîtés et gradués au sein desquels il doit pouvoir trouver la réponse adaptée à son problème de santé. C'est la solution préconisée notamment par le dernier plan santé mentale 2011-2015. Une telle approche serait en psychiatrie d'autant plus nécessaire que les prises en charge sont complexes et qu'elles permettent la superposition de différents niveaux de prise en charge, sur différents territoires.

Bibliographie

- Alluard O., Coldefy M., 2005, « Atlas régional de psychiatrie générale. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail, série études*, Drees, février, 75.
- Bousquet F., Coldefy M., 2002, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, DREES, n° 163, mars.
- Coldefy M., 2004, « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités », *Études et Résultats*, DREES, n° 341, septembre.
- Coldefy M. et al., 2007, « La prise en charge de la santé mentale », *Recueil d'études statistiques*, DREES, *Collection Études et Statistiques*.
- Coldefy M., 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 342, novembre.
- Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., 2009, « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, août, 145.
- Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., 2008, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Document de travail n°10*, IRDES, mai.
- Coldefy M., Salines E., 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », *Études et Résultats*, DREES, n° 342, octobre.
- DREES, 2004, « L'offre hospitalière en psychiatrie », *Les établissements de santé : Un panorama pour l'année 2003*.
- DREES, 2012, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », *Le panorama des établissements de santé 2011*.
- Johnson S., Thornicroft G., 1993, « The sectorisation of Psychiatric Services in England and Wales », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, pp. 45-47

⁶⁵ Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., 2008, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Document de travail n°10*, IRDES, mai.

- Leroux I., Schultz P., 2011, « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008, *Document de travail série statistiques*, DREES, 155, avril.
- Massé G, Vigneron E., 2006, « Territorialité et santé mentale », *La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, MNASM, PLURIELS, juillet, 60.
- Micheletti P et al., 2011, « La décision stratégique en établissement public de psychiatrie : proposition de méthode pour l'analyse et l'allocation des moyens », *Santé Publique*, Novembre-Décembre, Vol. 23, pp. S77-S96.
- Micheletti P., 2005, « Offre de soins et inégalités sociales de santé. L'implication des villes au service de la solidarité », *ADSP*, décembre, 53-54.
- Ministère de la Santé, Plan Psychiatrie et santé mentale 2011 - 2015.
- Mission Nationale d'appui en santé mentale (MNASM), 2005, « La psychiatrie en France : quelles voies possibles ? » ENSP.
- World Health Organization (WHO), 2005, "Mental Health Atlas 2005".

■ ABRÉVIATIONS

AGECSA - Association de gestion des centres de santé de la ville de Grenoble

ALD - Affection longue durée

ANAP - Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS - Agence régionale de santé

ATIH - Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CATTP - Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCOMS - Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé

CEDIAS - Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociale

CH - Centre hospitalier

CHS - Centre hospitalier spécialisé

CMP - Centre médico-psychologique

CMUc - Couverture maladie universelle complémentaire

CNAM - TS - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNIL - Commission nationale de l'informatique et des libertés

CCOMS - Centre collaborateur OMS

CREAHI - Centre régional d'études et d'animation sur le handicap et l'insertion

CREDOC - Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

DIM - Département de l'information médicale

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

EGB - Échantillon généraliste de bénéficiaires

ESAT - Établissement et service d'aide par le travail

EHPAD - Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FAM - Foyer d'accueil médicalisé

FNA PSY - Fédération nationale des patients en psychiatrie

GHM - Groupe homogène de malades

HAD - Hospitalisation à domicile

HAS - Haute autorité de santé

HDT - Hospitalisation sur demande d'un tiers

HLD - Hospitalisation longue durée

HO - Hospitalisation d'office

HPST - Hôpital, patients, santé et territoires (loi)

HSC - Hospitalisation sous contrainte

INSERM - Institut national de la santé et la recherche médicale

InVS - Institut de veille sanitaire

IRDES - Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ITEP - Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAS - Maison accueil spécialisée

MCO - Médecine chirurgie obstétrique

MDPH - Maison départementale des personnes handicapées

MNSAM - Mission nationale d'appui en santé mentale

ORS - Observatoire régional de santé

PMSI - Programme médicalisé du système d'information

RAPSY - Rapports d'activité de psychiatrie

RIM-P - Recueil d'information médicalisé en psychiatrie

SAE – Statistique annuelle des établissements

SNIIR-AM - Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

DOCUMENT DE TRAVAIL

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
