

## Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie dans la région Aquitaine

### *Fully hospitalised psychiatric patients in the Aquitaine region*

Bénétiér MP<sup>1</sup>, Dupuy E<sup>2</sup>, Dupouy-Dupon C<sup>2</sup>, Kosellek D<sup>3</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Lors de la révision du schéma régional d'organisation sanitaire de la psychiatrie, préciser le profil des patients admis en hospitalisation complète, leur parcours de soins avant et après cette hospitalisation.

**Méthodes :** Tous les patients admis en hospitalisation complète entre le 1<sup>er</sup> et le 14 octobre 2000 ont été inclus. Les informations ont été recueillies dans les dossiers et auprès des psychiatres.

**Résultats :** Au total, 1 020 patients ont été hospitalisés, et 75,6 % dans le secteur public. Une hospitalisation antérieure en psychiatrie a été retrouvée chez 72,6 % des patients. Une situation précaire a été notée chez 40 % des patients âgés de 20 à 59 ans. Les troubles de l'humeur concernaient 35,6 % des patients, les schizophrénies 18,2 %. Pour 13,7 % des patients, une autre structure aurait été plus adaptée lors de l'admission. Le projet de sortie idéal différait de la destination effective dans 31,7 % des cas. Dans les établissements publics, les hospitalisations s'étaient faites pour 30,6 % des patients en dehors de leur secteur et pour 20,1 % sous contrainte.

**Conclusion :** Les taux d'hospitalisation hors secteur et de sorties vers des structures non adaptées étaient importants. Ce constat était en partie lié à l'occupation des lits par des patients relevant d'alternatives à l'hospitalisation complète ou d'une prise en charge dans une structure médico-sociale. Cette situation rendait compte des difficultés à assurer la qualité de la prise en charge des patients en psychiatrie. La nécessité d'adapter l'offre aux besoins a été mise de nouveau en évidence.

**Prat Organ Soins 2006;37(3): 205-13**

**Mots-clés :** psychiatrie ; hospitalisation complète ; Aquitaine ; organisation sanitaire ; planification sanitaire.

#### Summary

**Aim:** While the regional outline of psychiatric health organisation is being revised, state the profile of patients who are fully hospitalised and their treatment pathway before and after this hospitalisation.

**Methods:** All patients who were fully hospitalised between 1 and 14 October 2000 were included. Information was gathered in files and by psychiatrists.

**Results:** In total, 1,020 patients were hospitalised, including 75.6 % in the public sector. 72.6 % of patients had already been hospitalised for psychiatric reasons. A precarious situation was noted for 40 % of patients aged between 20 and 59. Mood swings concerned 35.6 % of patients, schizophrenia 18.2 %. For 13.7 % of patients, another facility would have been more suitable at admission. The ideal discharge plan differed from the actual destination in 31.7 % of cases. In public establishments, 30.6 % of patients were hospitalised outside of their sector and 20.1 % were hospitalised under force.

**Conclusion:** Hospitalisation rates outside of sectors and discharges to unsuitable facilities were high. This observation was partly linked to the occupation of beds by patients with alternatives to full hospitalisation or care within a medico-social facility. This situation took account of difficulties in ensuring quality health care for psychiatric patients. The need to adapt the services to needs has been highlighted yet again.

**Prat Organ Soins 2006;37(3): 205-13**

**Key words:** psychiatry; full hospitalisation; Aquitaine; health organisation; health planning.

<sup>1</sup> Médecin-conseil, Direction régionale du Service médical d'Aquitaine (CNAMTS).

<sup>2</sup> Médecin-conseil chef de service, Direction régionale du Service médical d'Aquitaine (CNAMTS).

<sup>3</sup> Médecin-conseil régional, Direction régionale du Service médical d'Aquitaine (CNAMTS).

Adresse pour correspondance : Dr Marie-Pauline Bénétiér, Direction régionale du Service médical de l'Assurance maladie d'Aquitaine, 80 avenue de la Jallère, BP 250, F - 33028 Bordeaux cedex.

Téléphone : 05 56 11 28 52 - Fax : 05 56 29 03 22

e-mail : marie-pauline.benetier@ersm-aquitaine.cnams.fr

## INTRODUCTION

Un quart de la population mondiale présenterait, à un moment de sa vie, des troubles mentaux et du comportement [1]. Selon une étude épidémiologique réalisée en 1993 sur une population adulte de la région Ile-de-France, 19 à 21 % de cette population présenterait au cours de sa vie un épisode dépressif majeur, 6 % une anxiété généralisée et 3 % une tentative de suicide [2].

La journée mondiale de la santé a été consacrée en 2001 à la santé mentale [1]. En France un plan de santé mentale [3], en novembre 2001, réalisé par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, consécutivement au rapport Piel et Roelandt [4], recommandait en particulier le rapprochement de l'offre de soins des lieux de vie, une augmentation et une diversification des alternatives à l'hospitalisation.

La demande de soins en psychiatrie croît de façon importante. Le recours au psychiatre est de plus en plus fréquent alors que la démographie des soignants est en baisse. A l'horizon 2020, la diminution du nombre de psychiatres serait de 41 %. La diminution de l'offre de soins est déjà sensible dans certaines régions [5].

Pour la psychiatrie publique, les files actives ont progressé de 46 % pour la psychiatrie générale entre 1989 et 1997 et de 49 % pour la psychiatrie infanto juvénile entre 1991 et 1997 [6]. En 1997, dans les secteurs de psychiatrie générale ou infanto juvénile, plus d'un million d'adultes et plus de 380 000 enfants étaient suivis [7]. Le taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale est passé, entre 1989 et 2000, de 17 à 26 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans [8].

Pour l'hospitalisation complète, selon les données des Observatoires régionaux de la santé, le nombre d'entrées

a notablement augmenté entre 1990 et 1997 de 15,3 % en France et de 25,6 % en Aquitaine, alors que les capacités d'accueil en hospitalisation complète diminuaient de 23 % en Aquitaine et de 28 % en France [9].

En Aquitaine, les professionnels de la santé mentale signalaient aux membres de l'Agence régionale de l'hospitalisation qu'il y avait de plus en plus de difficultés à hospitaliser les patients du fait d'un manque de lits disponibles. Ils soulignaient en particulier des conditions d'admissions inappropriées à l'état du patient et des sorties anticipées pour libérer des places.

Dans ce contexte, les services médicaux de l'Assurance maladie ont mené une enquête sur les patients en hospitalisation complète en Aquitaine, dans le cadre du programme de travail de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

L'objectif de l'étude était de préciser le profil des patients admis en hospitalisation complète et leur parcours de soins en amont et en aval de l'hospitalisation. Ceci afin d'apprécier l'adaptation de l'offre de soins actuelle et d'apporter ainsi les informations utiles à la révision du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de la psychiatrie arrivant à son terme en 2002.

## METHODES

Cette étude descriptive avec un recueil rétrospectif des données a été réalisée dans l'ensemble des établissements sanitaires aquitains disposant de lits d'hospitalisation de psychiatrie. La capacité des deux établissements privés sous dotation globale comportant respectivement 60 lits dans les Landes et 759 en Dordogne, a été comptabilisée parmi les lits privés car non sectorisés (figure 1).

L'étude a inclus tous les patients (quel que soit l'âge)

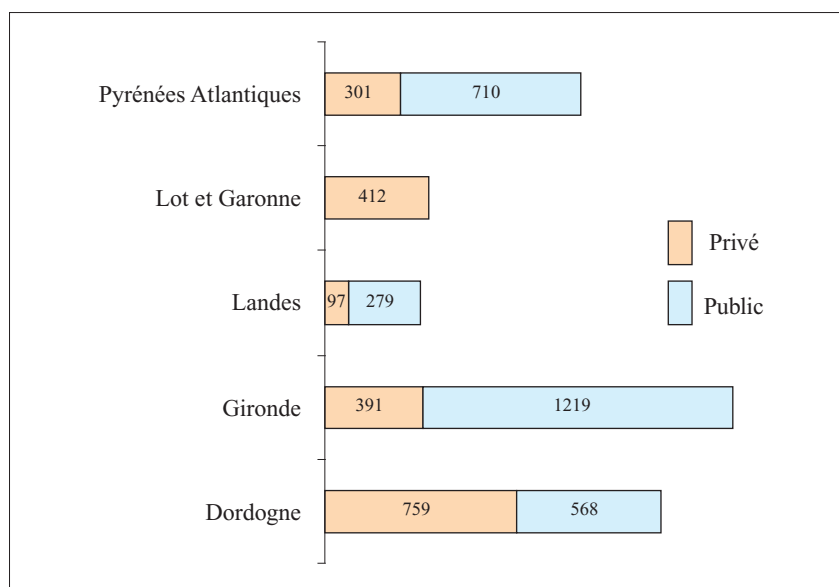


Figure 1. Nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie selon le département et le statut juridique des établissements en Aquitaine en 2000.

admis en hospitalisation complète entre le 1<sup>er</sup> et le 14 octobre 2000. Les patients hospitalisés avant le 1<sup>er</sup> octobre 2000 et réadmis durant la période d'enquête après une sortie temporaire de moins de deux nuits consécutives n'ont pas été inclus.

Pour chaque patient, les médecins-conseils des trois régimes ont colligé les informations du dossier médical, en collaboration avec les psychiatres des établissements, de juillet à septembre 2001.

Les variables étudiées concernaient :

## 1. Caractéristiques sociales des patients

L'âge, le sexe, le lieu de résidence, le mode de vie, la nature des ressources (allocation d'adulte handicapé, revenu minimum d'insertion et pension d'invalidité).

## 2. Données médicales

- Pour la période antérieure à l'hospitalisation, nous avons recherché l'ancienneté des troubles, les antécédents d'hospitalisation, le suivi par le secteur extra-hospitalier entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et la date de l'hospitalisation.
- Pour le séjour hospitalier, le statut de l'établissement, le secteur psychiatrique, la provenance du patient, le motif d'hospitalisation, la durée et le mode d'hospitalisation libre ou sous contrainte (hospitalisation d'office ou hospitalisation à la demande d'un tiers), un éventuel passage aux urgences, la personne ayant adressé le patient, le motif, l'adéquation du patient à la structure, la pathologie, l'adéquation entre le projet de sortie idéal (lieu et mode de prise en charge les plus adaptés à l'état du patient) et la destination effective. La pathologie

codée selon la 10<sup>e</sup> classification internationale des maladies (CIM-10), l'adéquation du patient à la structure et le projet de sortie idéal ont été précisés au cours d'un entretien avec le psychiatre ayant pris en charge le patient.

- Pour la période postérieure à l'hospitalisation et jusqu'au 30 juin 2001, nous avons relevé les hospitalisations itératives et le suivi par le secteur extra-hospitalier.

Les informations sur les soins de ville (consultations et les prescriptions de psychotropes) ont été extraites du système informationnel de l'Assurance maladie pour la période allant du 1<sup>er</sup> novembre 1999 au 30 juin 2001, seule période disponible au moment de l'étude.

L'analyse des données a été réalisée par le service médical d'Aquitaine à l'aide des logiciels Access et Statistical package for social sciences (SPSS<sup>®</sup> version 9.0).

Cette étude a été réalisée avec l'aide d'un groupe d'experts, médecins généralistes et psychiatres à exercice libéral et hospitalier. Elle a utilisé les références législatives et réglementaires principales en matière de santé mentale<sup>1</sup>. La Commission nationale de l'informatique et des libertés lui a donné un avis favorable.

## RESULTATS

Sur la période d'étude, 1 020 patients ont été hospitalisés, 249 (24,4 %) d'entre eux dans un établissement privé et 771 (75,6 %) dans un établissement public.

### 1. Caractéristiques des patients

#### a) Age et sexe

La population étudiée était majoritairement féminine : 560

Tableau I  
Situation professionnelle des patients appartenant à la tranche d'âge de la population active<sup>a</sup>, selon le statut juridique des établissements (hospitalisation complète en psychiatrie, première quinzaine d'octobre 2000, en Aquitaine).

Situation Professionnelle	Etablissements privés		Etablissements publics		Total	
	n	%	n	%	n	%
En activité	81	42,6	168	27,9	249	31,4
Demandeur d'emploi	18	9,5	80	13,3	98	12,4
Sans activité professionnelle	79	41,6	302	50,2	381	48,1
Non renseignée	12	6,3	52	8,6	64	8,1
<i>Total</i>	<i>190</i>	<i>100,0</i>	<i>602</i>	<i>100,0</i>	<i>792</i>	<i>100,0</i>

<sup>a</sup> 16 à 64 ans

<sup>1</sup> Circulaire du 15 mars 1960 : relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (texte original relatif à la sectorisation).

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 - Article 8.1 : modifie l'article L326 du code de la santé publique, donne un statut juridique au secteur psychiatrique en le définissant dans sa double dimension intra et extra hospitalière.

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation (hospitalisations sous contrainte).

sur les 1 020 patients (sex ratio : 0,8). Cette prédominance était plus marquée dans les établissements privés avec 156 femmes (62,7 %) *versus* 404 (52,4 %) dans le public. L'âge moyen était à 45,4 ans avec des extrêmes de 15 à 96 ans, l'âge médian, de 41 ans dans le public et 48 ans dans le privé.

**b) Caractéristiques sociales**

Parmi les patients en âge de travailler (16 à 64 ans), et après exclusion de ceux en cours de scolarité, 31,4 % avaient une activité professionnelle (tableau I).

En ce qui concerne les ressources sociales, 40 % des 771 patients âgés de 20 à 59 ans, bénéficiaient soit d'une allocation d'adulte handicapé (25,6 %), soit d'une pension d'invalidité (6,7 %), soit du revenu minimum d'insertion (7,7 %).

**c) Antécédents**

Parmi les 1 020 patients inclus dans l'étude, 741 (72,6 %)

avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie. La pathologie avait débuté dans l'année pour 182 des patients, soit 17,8 %. Le taux de patients présentant un antécédent d'hospitalisation augmentait avec l'ancienneté des troubles. Il était de 22,5 % chez les patients dont la pathologie avait débuté en 2000 et atteignait 73,4 % chez les patients dont la maladie évoluait depuis 1999.

Les patients de plus de 65 ans (n = 142) avaient plus souvent une pathologie récente (45 avaient une pathologie ayant débuté dans l'année soit 31,7 %) et des antécédents d'hospitalisation psychiatrique moins fréquents : 62,0 % (88 / 142).

**d) Pathologies**

Les pathologies ayant motivé l'hospitalisation étaient dominées par les troubles de l'humeur : 35,6 % des patients (51,4 % dans les établissements privés et 30,5 % dans les établissements publics) (tableau II).

Les pathologies psychotiques se situaient au deuxième rang des diagnostics, elles concernaient 18,2 % des

Tableau II  
Répartition des diagnostics ayant motivé l'hospitalisation complète en psychiatrie selon le statut juridique des établissements (première quinzaine d'octobre 2000, en Aquitaine).

Diagnostics ayant motivé l'hospitalisation	Etablissements privés		Etablissements publics		Total	
	n	%	n	%	n	%
F0 Démences	2	0,8	31	4,0	33	3,2
F1 Addictions	39	15,7	141	18,3	180	17,6
F2 Psychoses	31	12,5	155	20,1	186	18,2
F3 Troubles de l'humeur	128	51,4	235	30,5	363	35,6
F4 Névroses	19	7,6	94	12,2	113	11,1
F5 Troubles alimentaires	4	1,6	9	1,1	13	1,3
F6 Troubles de la personnalité	11	4,4	46	6,0	57	5,6
F7 Retard mental	8	3,2	7	0,9	15	1,5
F8 Autres troubles mentaux	2	0,8	6	0,8	8	0,8
F9 Troubles de "l'évolution"	2	0,8	12	1,5	14	1,4
X6 Intoxications volontaires	2	0,8	16	2,1	18	1,8
Autres	1	0,4	19	2,5	20	1,9
<i>Total</i>	<i>249</i>	<i>100,0</i>	<i>771</i>	<i>100,0</i>	<i>1 020</i>	<i>100,0</i>

Tableau III  
Origine de l'admission des patients en hospitalisation complète en psychiatrie selon le statut des établissements (première quinzaine d'octobre 2000, en Aquitaine).

Personne à l'origine de l'admission	Etablissements privés		Etablissements publics		Total	
	n	%	n	%	n	%
Un médecin	221	88,8	462	59,9	683	67,0
Le malade lui-même	10	4,0	109	14,2	119	11,7
Un responsable légal <sup>a</sup>	15	6,0	159	20,6	174	17,0
Inconnue	3	1,2	41	5,3	44	4,3
<i>Total</i>	<i>249</i>	<i>100,0</i>	<i>771</i>	<i>100,0</i>	<i>1 020</i>	<i>100,0</i>

<sup>a</sup> Famille, tuteur, assistante sociale, etc.

patients (12,5 % dans les établissements privés et 20,1 % dans les établissements publics).

## 2. Caractéristiques du séjour

Une décision médicale était à l'origine de l'admission pour 88,8 % des patients hospitalisés dans les établissements privés et 59,9 % des patients hospitalisés dans les établissements publics (tableau III).

Pour les hospitalisations en établissement public, 20,1 % ont été réalisées sous contrainte : 39 hospitalisations d'office (5,1 %), 116 hospitalisations à la demande d'un tiers (15,0 %). Ce taux d'hospitalisation sous contrainte variait de 17,2 % à 23,2 %.

Les admissions après un passage dans un service d'urgence, spécialisé ou général, ont concerné 45,3 % des patients hospitalisés dans un établissement public (349/771) et 4,4 % de ceux hospitalisés dans un établissement privé (11/249). Parmi les motifs d'hospitalisation, on notait la dangerosité envers autrui chez 65 patients admis en public et six en privé.

Sur la période étudiée, 30,6 % des patients hospitalisés en public (236/771) ont été pris en charge pour toute ou partie du séjour dans une unité d'un secteur différent de celui dont ils dépendaient. Ce pourcentage allait de 16,4 % à 39,1 % selon les départements.

La durée médiane de séjour était de 13 jours dans les établissements publics et de 26 jours dans les établissements privés. Les hospitalisations de moins de quatre jours ont concerné 119 patients (111 patients admis dans le public soit 14,4 % et huit dans le privé soit 2,2 %).

Pour 140 patients (13,7 %), une autre structure aurait été plus adaptée à l'état du patient lors de l'admission (125 dans le public soit 16,2 % et 15 dans le privé soit 6,0 %) (tableau IV). Le principe d'une hospitalisation n'était pas remis en cause pour 131/140 patients.

La moyenne d'âge de ces 140 patients était de 39 ans avec une médiane à 37 ans.

Les motifs d'hospitalisation étaient : pour 38 malades des conduites addictives soit 27,1 %, pour 24 une pathologie psychotique (17,1 %), pour 22 une pathologie névrotique (15,7 %), pour 17 des troubles de l'humeur (12,1 %).

Tableau IV

Répartition des patients pour lesquels une autre structure aurait été plus adaptée lors de l'admission. La répartition est établie selon les types de structures qualifiées plus adaptées à leur état lors de l'entrée, et selon le statut juridique des établissements (hospitalisation complète en psychiatrie, première quinzaine d'octobre 2000, en Aquitaine).

Structure adaptée	Structure d'admission		Total
	Etablissements publics	Etablissements privés	
Hospitalisation psychiatrique autre	31	5	36
Hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	10	1	11
Structures de prise en charge en addictologie	12	-	12
Structure sanitaire à temps partiel	3	3	6
Structure médico-sociale	27	3	30
Structure de réinsertion, réadaptation	6	1	7
Maison de retraite	5	-	5
Domicile	4	-	4
Autre	27	2	29
<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>15</i>	<i>140</i>

Tableau V

Projet de sortie idéal et destination effective des patients pris en charge en hospitalisation complète en psychiatrie (première quinzaine d'octobre 2000, en Aquitaine).

Projet de sortie idéal	Orientation effective à la sortie			Total
	adéquate	autre	inconnue	
Domicile	577	36	4	617
Maison de retraite	38	20	3	61
Autres hospitalisations psychiatriques	12	48	-	60
Structure médico-sociale	28	81	10	119
Structures de réinsertion	8	51	0	59
Structures pour conduites addictives	1	20	0	21
Autres <sup>a</sup>	28	41	5	74
<i>Total</i>	<i>692</i>	<i>297</i>	<i>22</i>	<i>1 011</i>

<sup>a</sup> Hospitalisations de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), autres lieux.

Leur durée moyenne de séjour était de 19,2 jours avec une médiane à six jours mais 29 patients sont restés hospitalisés plus de 30 jours, six d'entre eux étaient toujours hospitalisés fin juin 2001.

### 3. Aval de l'hospitalisation

Le projet de sortie idéal a été défini pour 1 011 patients (il n'était pas précisé pour neuf patients). La destination effective différait du projet de sortie idéal dans 31,7 % des cas : 35,2 % des patients hospitalisés en public (n = 269) et 20,2 % en privé (n = 50). L'écart entre destination effective et projet de sortie idéal était particulièrement marqué lorsqu'il s'agissait d'accéder à des structures médico-sociales, de réinsertion ou des structures pour conduites addictives (tableau V).

Une nouvelle hospitalisation dans les huit mois a été nécessaire pour 41,6 % des patients.

### 4. Prescriptions ambulatoires

Les données relatives aux soins ambulatoires ont pu être extraites du système informationnel de l'Assurance maladie pour 67,7 % des patients hospitalisés sur les 19 mois de suivi (novembre 1999 à juin 2001). La médiane du nombre de consultations par patient était de 15, celle du nombre de délivrances de psychotropes de 16.

Plus de 50 % des prescriptions de psychotropes avaient été réalisées par des généralistes.

Parmi les patients ayant reçu au moins trois prescriptions de psychotropes avant l'hospitalisation, les modifications thérapeutiques après le séjour hospitalier étaient plus importantes chez les patients suivis exclusivement par un généraliste. Soixante-cinq patients ont bénéficié d'un traitement neuroleptique, 42 d'entre eux (64,6 %) l'ont soit interrompu, soit débuté après l'hospitalisation. Parmi les patients ayant consulté au moins une fois un psychiatre et traités par neuroleptique (n = 270), ce type de modification n'est intervenu que pour 25,9 % d'entre eux.

## DISCUSSION

Cette enquête a permis de décrire la population accueillie en Aquitaine en hospitalisation psychiatrique complète et sa prise en charge extra-hospitalière. A notre connaissance, il s'agissait de la première étude traitant de ce sujet.

Elle a mis en évidence un taux important d'hospitalisation hors secteur, des hospitalisations inadéquates et des sorties vers des structures non adaptées, en relation avec un déficit en structures médico-sociales et en alternative à l'hospitalisation complète.

### 1. Limites de l'étude

Le choix d'un recueil exhaustif sur 15 jours consécutifs

pourrait être à l'origine d'un biais de sélection lié à des variations saisonnières notamment pour les troubles de l'humeur. La 1<sup>re</sup> quinzaine d'octobre a été retenue par les experts car cette période présente peu de facteurs influents extérieurs, tels que les vacances ou les fêtes ainsi que les facteurs saisonniers habituellement décrits : plus grande fréquence des suicides au premier semestre et dépressions hivernales [10, 11, 12].

Le nombre de patients inclus correspondait à l'effectif attendu selon les statistiques annuelles des établissements.

Le caractère rétrospectif du recueil de l'avis du psychiatre sur l'inadéquation à l'entrée ou le projet de sortie idéal pouvait induire un biais de classement. Cependant ce biais est probablement mineur car les avis ont été donnés en fonction de l'état du patient pendant l'hospitalisation. Les éléments nécessaires à ces avis figuraient dans le dossier médical.

### 2. Interprétation des principaux résultats

Contrairement à d'autres études, notre population présentait une prédominance féminine pouvant être expliquée par le mode de sélection portant sur les hospitalisations incidentes. La plupart des autres études ont été réalisées sur un mode transversal majorant la part de patients chroniques à nette prédominance masculine [13, 14, 15].

De nombreux travaux, depuis ceux de Hollinshead et Redlich [16] à New Haven dès 1958 à ceux plus récents de Viviane Kovess [17], ont souligné que la situation de précarité apparaissait comme fréquemment associée à la maladie mentale. Dans notre étude, un nombre important de patients étaient fragiles sur le plan social : 40 % des adultes percevaient des ressources sociales.

Sur le plan médical, 72,6 % avaient des antécédents d'hospitalisation psychiatrique, et plus de 40 % ont été à nouveau hospitalisés avant le mois de juin 2001.

Les profils pathologiques étaient comparables à ceux retrouvés dans la littérature, en dehors d'une sous représentation des troubles de la personnalité chez l'adulte. En effet, ce diagnostic n'a été indiqué comme motif d'hospitalisation que chez 6 % des patients alors qu'il a été retrouvé chez 7,1 % des patients hospitalisés dans un service de psychiatrie générale publique en 1998 [14] et chez 20,4 % des patients hospitalisés dépendants d'un secteur de psychiatrie générale de la banlieue de Lyon [18].

Pour les patients âgés de plus de 65 ans, un antécédent d'hospitalisation psychiatrique antérieure a été retrouvé moins souvent que pour les patients plus jeunes comme dans l'étude réalisée à l'hôpital Villejuif en 2001 [19].

Selon le statut des établissements et le département, notre étude montrait des différences portant sur les profils

pathologiques et les modes de prise en charge.

Les pathologies psychotiques étaient plus fréquentes dans le secteur public, les troubles de l'humeur dans le secteur privé (51,4 % *versus* 30,5 % pour le public). D'autres études ont montré également la prédominance des pathologies psychotiques dans les établissements publics et des troubles de l'humeur dans les établissements privés [9, 10].

Les recours à l'hospitalisation privée semblaient être habituellement programmés avec le médecin traitant, le plus souvent pour la prise en charge d'un trouble de l'humeur ou d'une conduite addictive. Les établissements publics accueillent les patients psychotiques graves, et la plupart des patients en état de crise, avec une programmation moins fréquente par le médecin traitant et un passage plus fréquent aux urgences. Ainsi pour les établissements publics, les séjours étaient axés sur l'adaptation et le suivi de la prise en charge thérapeutique alors que pour les établissements privés, il ne dure le plus souvent que le temps de la crise jusqu'à une amélioration permettant la poursuite du traitement en extra hospitalier. Ceci est probablement l'une des causes de la différence importante de durée de séjour entre établissement public et privé.

Les difficultés d'admission en raison d'une non-disponibilité des lits ont été probablement à l'origine d'un plus grand nombre d'hospitalisation hors secteur ou d'hospitalisation sous contrainte. Le médecin traitant confronté au patient nécessitant une prise en charge rapide n'aurait pour solution que de contraindre l'hôpital public à les accueillir. En effet, 20,1 % des hospitalisations étaient des hospitalisations sous contrainte (15 % d'hospitalisations d'office et 5,1 % d'hospitalisation à la demande d'un tiers). Ce taux était nettement plus élevé que celui de 13,2 % décrit par les observatoires régionaux de santé en France métropolitaine en 1998 [9].

Les professionnels de la santé mentale ont signalé que cet afflux d'hospitalisations sous contrainte induit des sorties anticipées, à domicile ou vers des structures non adaptées, de malades imparfaitement stabilisés. Tous ces éléments nuisent sans doute à la qualité de la prise en charge.

Les inadéquations à l'admission, les différences entre projet de sortie idéal et destination effective étaient en faveur d'un déficit de structures alternatives à l'hospitalisation et de structures médico-sociales (tableaux IV et V).

La difficulté d'accès à des structures médico-sociales a été également soulignée dans d'autres études sur l'adéquation des patients au cours de l'hospitalisation [20, 21]. Il s'agit ici probablement d'un des éléments-clés dans les difficultés d'admission signalées puisque les lits sont occupés par des patients relevant d'une prise en charge dans un autre type de structure, alternative à l'hospitalisation complète, n'existant pas ou déjà saturée. De plus, le déficit de lits conduit à des hospitalisations hors secteur. Celles-ci apparaissaient très importantes, de

16,4 à 39,1 % selon les départements. Ce mode d'hospitalisation entraîne une rupture dans la continuité des soins et de ce fait nuit également à la qualité des soins.

La plupart des anomalies observées sont probablement communes à de nombreuses régions. Mais il convient de rester prudent quant à leur extrapolation à la France entière, car ces résultats sont influencés par l'offre de soins, variable d'une région à l'autre.

Nous rejoignons bien les préoccupations actuelles soulignées par les différents plans de santé mentale. Depuis notre étude, des rapports et des plans ont été publiés : rapport Piel et Roelandt en juillet 2001 [4], plan de santé mentale en novembre 2001, rapport Cléry-Melin en novembre 2003 [22] et enfin plan de santé mentale 2005-2008 récemment paru [23]. Ils ont souligné la nécessité d'améliorer l'accessibilité aux soins, de permettre une prise en charge précoce en ambulatoire afin d'éviter l'aggravation ou la décompensation amenant à l'hospitalisation et d'optimiser la prise en charge globale du patient.

En ce qui concerne l'hospitalisation, ils préconisent une adaptation de l'offre aux besoins de la population, le rapprochement des lieux d'hospitalisation du domicile des patients, mais surtout, le développement d'une palette d'alternatives à l'hospitalisation avec diversification des modes de prise en charge, le développement d'alternatives spécifiques à l'hospitalisation complète et l'accueil médico-social.

### **3. Préconisations des plans de santé mentale à l'échelle de la région**

Le plan de santé mentale de 2001 [3] recommandait la mise en place d'unités d'hospitalisation de très courte durée (jusqu'à 72 heures). Dans l'étude, 119 séjours de moins de quatre jours ont été recensés. En projetant ce constat sur une année et en appliquant un taux d'occupation de 80 %, une capacité de 30 à 35 lits pourrait être justifiée sur la région.

De plus, ce plan recommandait le rapprochement des unités d'hospitalisation complète de psychiatrie dans les centres hospitaliers de proximité. En tenant compte du lieu de résidence des patients, il apparaissait envisageable de créer en Aquitaine une unité sur deux pôles hospitaliers, les autres pôles n'ayant pas une file active de patients hospitalisés suffisante. L'évolution de la démographie médicale devrait également influencer cette décision.

---

#### *Remerciements*

*Nous remercions l'ensemble des personnes ayant parti-*

cipé à cette étude et notamment le groupe d'experts : Dr Brun Rousseau (présidente Aapimep, CHS Cadillac), Dr Daulnay (psychiatre, Maison de santé Les Pins, Pessac), Dr Dubernet (médecin généraliste, représentant Anaes, St Pey de Castets), Dr Ginesta (psychiatre, représentant URMLA, Périgueux), Dr Godart (président de la conférence des CME, CHS Pau), Dr Grau (psychiatre, représentant URMLA, Bordeaux), Dr Minard (psychiatre, CH Dax), Dr Roger (médecin généraliste, Floirac), Dr Tavin (psychiatre, représentant URMLA, Biscarosse).

Nous remercions aussi tous les praticiens et agents des services médicaux de l'assurance maladie pour leur participation à cette étude et Mesdames Isabelle Caussade, Maïté Collas et Jocelyne Redon pour leur aide technique.

## REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2001 la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS ; 2001. Disponible sur : <http://www.who.int>.
2. Kovess V. Les données en psychiatrie : cas traités/enquête de population. *Confront. Psychiatr.* 1993;35:43-66.
3. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Plan de santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover. Paris : le ministère ; Novembre 2001.
4. Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, rapport de mission ; Juillet 2001.
5. Gueniot C. La psychiatrie en crise. *Panorama du Médecin* 2001;4788:15-9.
6. Guilmin A. Bilan de la sectorisation psychiatrique. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, Série statistiques n°2 ; 2000.
7. Guilmin A. L'offre de soins en psychiatrie, des « modèles » différents selon les départements. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, Etudes et Résultats n°48 ; 2000.
8. Coldefy M, Salines E. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. Paris : Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DREES, Etudes et Résultats n°342 ; 2004.
9. Fédération nationale des Observatoires de la santé (FNORS). Entrées et journées en hospitalisation complète de psychiatrie. Paris : FNORS. Disponible sur : <http://www.fnors.org> (consulté le 03/07/02).
10. Timonen M, Viilo K, Hakko H et al. Is seasonality of suicides stronger in victims with hospital-treated atopic disorders ? *Psychiatry Res* 2004;126:167-75.
11. Kim CD, Lesage AD, Segin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, et al. Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers. *Compr Psychiatry* 2004;45:333-9.
12. Anderson JL, Rosen LN, Mendelson WB, Jacobsen FM, Skwerer RG, Joseph-Vanderpool JR, et al. Sleep in fall/winter seasonal affective disorder: effects of light and changing seasons. *J Psychosom Res* 1994;38:323-37.
13. DRASS-ARH Poitou-Charentes, Observatoire régional de la santé (ORS) Poitou-Charentes. Enquête "un jour donné" en psychiatrie adulte. Poitiers (France) : ORS ; 1998.
14. Casadebaig F, Ruffin D, Quemada N. Caractéristiques de la population prise en charge en secteur de psychiatrie générale en 1993 et 1998. Evolution clinique et démographique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;49:513-21.
15. Anguis M. La perception des problèmes de santé mentale les résultats d'une enquête sur neuf sites. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, Etudes et Résultats n°116 ; 2001.
16. Hollingshead AB, Redlich FC. Social Class and mental illness : A Community Study. New York: John Wiley and Sons ; 1958.
17. Kovess V, Labarte S, Olivier JC. Modèles de soins et catégories socio-professionnelles à partir des données recueillies par le DIM du dispositif psychiatrique de la MGEN. *Encephale* 2001;27:205-11.
18. Vignat JP. La santé mentale en France, *Sante Publique* 1999;11(2):127-35.
19. Pariel-Madjlessi S, Madjlessi A, Fremont P, Belmin J. Typologie des patients âgés hospitalisés en psychiatrie : importance des antécédents psychiatriques avant l'âge de 60 ans. *Encephale* 2001;27:423-8.
20. Brun-Rousseau H. Etude des longs séjours en Aquitaine. Bordeaux (France) : Rapport de l'Association aquitaine pour l'information médicale et l'épidémiologie (AAPIMEP) ; 2001.



21. Agence régionale de l'hospitalisation - Nord - Pas de Calais. Schéma régional d'organisation sanitaire de la psychiatrie Région Nord - Pas de Calais. Lille : ARH ; 1999.

22. Clery-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des

Personnes handicapées, rapport d'étape ; 2003. Disponible sur : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) (consulté le 25/08/2005).

23. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Plan santé mentale, l'usager au centre d'un dispositif à rénover. Plan 2005-2008. Paris : le ministère ; 2004. Disponible sur : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) (consulté le 25-08-2005).