

Introduction

Les hospitalisations en psychiatrie comprennent plusieurs modalités de prise en charge (loi du 27 juin 1990 dite « loi EVIN ») :

- « **Hospitalisation Libre** » (HL) : modalité la plus fréquente et commune à tout service de médecine, elle correspond à une hospitalisation pour laquelle le patient a donné son consentement (implicite ou explicite) ;
- « **Hospitalisation Sans Consentement** » (HSC) : cette modalité est spécifique à la psychiatrie et correspond à une hospitalisation décidée par des personnes tierces (médecin, famille, représentant de l'État), le patient ayant des difficultés de discernement liées à sa pathologie mentale. Cette modalité se divise en :

1) « **Hospitalisation à la Demande d'un Tiers** » (HDT) : le patient du fait des troubles mentaux ne peut donner son consentement et nécessite une prise en charge immédiate accompagnée d'une surveillance médicale constante. La décision d'hospitalisation s'appuie sur 2 certificats médicaux (un seul lorsqu'il existe un péril imminent pour le patient) et la demande d'un membre de l'entourage proche du patient. La « levée » de cette mesure (arrêt de l'hospitalisation sans consentement) peut être réalisée par un tiers ou sur décision médicale ;

2) « **Hospitalisation d'Office** » (HO) : le patient atteint de troubles mentaux compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public. La demande d'admission s'effectue au vu d'un certificat médical et d'un arrêté rédigé par un représentant de l'État. La levée nécessite de façon systématique un accord de ce représentant.

Les patients hospitalisés sans consentement nécessitent légalement une prise en charge initiale en hospitalisation à temps plein, pouvant, dans un 2^{ème} temps, évoluer vers une prise en charge ambulatoire transitoire dite « sortie à l'essai ». En région Centre (RC), seuls les établissements publics sont habilités à accueillir les patients en HSC, majoritairement des adultes majeurs.

Le Programme de Médicalisation du Système d'Information en psychiatrie (PMSI-Psy) s'est généralisé en 2007 en vue d'une tarification à l'activité. Devenu réglementaire, il repose, pour l'hospitalisation, sur la production d'un Résumé Par Séquence Anonymisé (RPSA) transmis à la tutelle. A partir d'un identifiant anonyme du patient (Identifiant Permanent du Patient), il est possible d'effectuer un « chaînage » des séjours et ainsi de rattacher les différentes séquences d'hospitalisation à un même patient.

L'objectif de cette étude a été de décrire la consommation en 2009 des soins psychiatriques en hospitalisation à temps plein en RC, par département, à partir des données PMSI-Psy. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux HSC et aux pathologies les plus représentées dans ce mode d'hospitalisation.

Méthodes

L'analyse est basée sur les **données de consommation des patients domiciliés en RC en 2009, que la prise en charge ait été effectuée en RC ou ailleurs**. Les modalités de recueil des hospitalisations à temps plein en psychiatrie en RC étant différentes entre établissement (selon le logiciel administratif), l'analyse comparative a porté sur les **patients âgés de plus de 17 ans**. Pour les taux d'hospitalisation, le dénominateur s'appuie sur les données de population INSEE 2008 des plus de 17 ans.

A été retenu, comme mode d'hospitalisation, celui enregistré lors de la dernière séquence de chaque séjour : ainsi un même patient est comptabilisé autant de fois que de modes d'hospitalisation distincts effectués dans l'année.

Les variables suivantes ont été décrites :

- **sociodémographiques** : âge, sexe, département de domiciliation ;
- **médicales** : **diagnostics principaux de la dernière séquence** (les diagnostics associés étant encore trop peu codés) regroupés en fonction de l'accès aigu pris en charge pendant celle-ci. Ainsi, **8 grands groupes de pathologies, les plus fréquemment rencontrés**, ont été étudiés, dont les **épisodes dépressifs** comprenant les Troubles Affectifs Bipolaires (TAB) avec épisode de dépression (F31.3-4-5), les épisodes dépressifs (F32) et les troubles dépressifs récurrents (F33) ; et les **épisodes maniaques** comprenant les TAB avec épisode hypomaniaque ou maniaque (F31.0-1-2) et les épisodes maniaques (F30).

Résultats

Quatre-vingt seize pour cent des séjours en hospitalisation à temps plein ont pu être correctement chaînés c'est-à-dire **12 717 patients domiciliés en région Centre ont été hospitalisés en psychiatrie à temps plein**.

Ont dû être exclues de l'étude :

- **les données des habitants de l'Indre** : 2 des 3 établissements publics du département ayant transmis à la tutelle des données incomplètes, cette population ne pouvait être exhaustivement représentée.
- **les données des patients dont le mode d'hospitalisation n'était pas précisé** (np : 1,4%).

L'analyse finale porte sur **11 755 patients** hors Indre : **1 habitant sur 150 (0,65%) de la RC (hors Indre)** âgé > 17 ans a été pris en charge en hospitalisation à temps plein en psychiatrie au cours de l'année 2009. **87% étaient hospitalisés en HL (10 195), 10% en HDT (1177) et 3% en HO (383)** sur un ensemble de 24 établissements psychiatriques (14 publics, 10 privés).

La répartition des hospitalisations en secteur public-privé est de 3 pour 1. Cette répartition est variable entre département, reflet de l'offre hétérogène de soins en privé.

Le taux de fuites (patients domiciliés en RC pris en charge hors RC) **représente 10%** des patients hospitalisés avec une forte disparité départementale : respectivement Cher : 11% ; Eure-et-Loir : 16% ; Indre-et-Loire : 4% ; Loir-et-Cher : 4% ; Loiret : 15%.

Tableau I : Nombre de patients hospitalisés, selon le secteur (public / privé) et le mode d'hospitalisation ; Taux d'hospitalisation à temps plein pour 100 000 habitants > 17 ans, par département de domiciliation ; RC, 2009.

Département de domiciliation		Cher		Eure-et-Loir		Indre		Indre-et-Loire		Loir-et-Cher		Loiret		RC (hors Indre)	
		N	taux	N	taux	N	taux	N	taux	N	taux	N	taux	N	taux
Hospitalisation à temps plein	total	2173	853	1856	584	799		3179	687	1441	568	3106	610	11755	653
	% public	78%	668	89%	524			66%	453	64%	365	72%	442	73%	480
Mode d'hospitalisation	HL	2018	791	1492	452	données non exhaustives		2665	567	1265	487	2755	540	10195	559
	HDT	123	48	277	84			438	93	142	55	197	39	1177	64
	HO	32	13	87	26			76	16	34	13	154	30	383	21

Les HSC représentent un peu plus de 1/10ème des hospitalisations psychiatriques de la région. **Cette proportion varie du simple au triple en fonction du département** : Cher : 7% ; Eure-et-Loir : 19% ; Indre-et-Loire : 16% ; Loir-et-Cher : 12% ; Loiret 11%.

- **Le Cher** a le plus fort taux d'hospitalisation global tout mode confondu : 0,85% de la population > 17 ans. Inversement, c'est le département pour lequel la proportion et le taux d'HSC sont les plus bas.
- **L'Eure-et-Loir** a un taux d'hospitalisation global faible (0,6%), mais diffère par son pourcentage et son taux d'HSC les plus élevés. Il est également celui dont le taux d'hospitalisation en clinique est le plus faible, 3 fois inférieur à celui de la région: fuites vers les cliniques de l'Île de France.
- **L'Indre-et-Loire** a un taux d'hospitalisation global moyen mais élevé pour l'HSC et se démarque par le plus fort taux d'HDT de la RC.
- **Le Loir-et-Cher**, pour un taux global moyen, présente le taux d'hospitalisation en secteur public le plus bas avec un pourcentage et taux d'HSC faible.
- **Le Loiret**, comparable en termes de taux global à la moyenne de la RC, diffère par un pourcentage et un taux d'HSC faible avec toutefois une exception concernant le taux d'HO le plus élevé de la région.

Tableau II : Nombre de patients, sexe et âge en fonction du mode d'hospitalisation ; RC, 2009.

	Hommes			Femmes			Tous patients		
	N	âge moy	âge med	N	âge moy	âge med	N	âge moy	âge med
HL	5417	43,5	43	5566	48,1	48	10983	45,9	45
HDT	668	39,5	36	520	46,5	45	1188	42,6	40
HO	312	38,1	36	73	45,5	46	385	39,5	38

En 2009, 6 397 hommes et 6 159 femmes ont été hospitalisés en temps plein en RC. Pour tout mode d'hospitalisation, les hommes sont plus jeunes que les femmes. Pour les 2 sexes, la moyenne d'âge diminue avec la « sévérité » du mode. **Les hommes sont plus fréquemment hospitalisés en HSC (15% vs 11%), le sex-ratio augmente en fonction du mode : 0,94 en HL, 1,28 en HDT et 4,27 en HO.**

Données médicales : L'exhaustivité du diagnostic principal a été de 91%. Les groupes de pathologies les plus rencontrés en hospitalisation à temps plein en RC sont par ordre décroissant de fréquence: **les épisodes dépressifs, la schizophrénie, les troubles liés à la consommation d'alcool, les troubles de la personnalité, les troubles liés aux facteurs de stress, les troubles anxieux, les troubles délirants persistants et les épisodes maniaques** (tableau III). **Ces 8 groupes de pathologies représentent en moyenne 77,5% des hospitalisations complètes**, tout mode confondu (Cher : 83,5% ; Eure-et-Loir : 68% ; Indre-et-Loire : 85,5% ; Loir-et-Cher : 66% ; Loiret : 75,5%).

Tableau III : Taux d'hospitalisation à temps plein (tout mode et secteur) pour 100 000 habitants > 17 ans ; proportion (%) et taux d'HSC par pathologie et département de domiciliation ; RC, 2009.

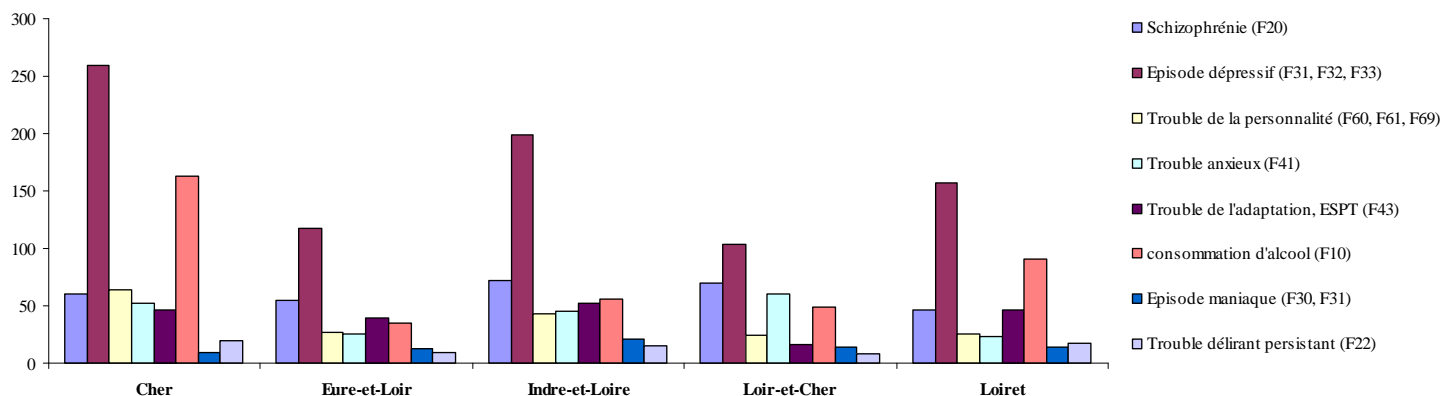
département de domiciliation	tx	Cher		Eure-et-Loir			Indre-et-Loire			Loir-et-Cher			Loiret			RC (hors Indre)		
		% HSC	tx HSC	tx	% HSC	tx HSC	tx	% HSC	tx HSC	tx	% HSC	tx HSC	tx	% HSC	tx HSC	tx	% HSC	tx HSC
Schizophrénie (F20)	68	11	7,5	78	29	22,5	107	32,5	34,5	85	18	15	65	28,5	18,5	82	26,5	22
Episode dépressif (F31, F32, F33)	271	4,5	12	126	7,5	9,5	209	4,5	9,5	106	2	2	161	2	3	175	4	7
Trouble de la personnalité (F60, F61, F69)	72	11	8	35	23	8	51	16,5	8,5	29	17	5	28	10,5	3	42	1,5	6
Trouble anxieux (F41)	54	2	1	27	4,5	1	46	1	0,5	60	0,5	0,5	23	1,5	0,5	39	1,5	0,5
Trouble de l'adaptation, ESPT (F43)	47	0	0	51	21	10,5	59	11	6,5	17	2	0,5	48	1	0,5	47	8,5	4
consommation d'alcool (F10)	165	1,5	2,5	42	16	6,5	61	9	5,5	52	7	3,5	95	5	5	80	6	5
Episode maniaque (F30, F31)	11	14	1,5	21	35	7,5	32	37	12	15	10	1,5	16	13,5	2	20	27	5,5
Trouble délirant persistant (F22)	23	15,5	3,5	17	42	7	23	33,5	7,5	10	26	2,5	25	29	7	20	29,5	6

Les épisodes dépressifs, les troubles schizophréniques et les troubles liés à la consommation d'alcool présentent les taux les plus élevés d'hospitalisation comme attendu.

La schizophrénie est, de loin, la pathologie la plus fréquemment rencontrée en HSC et représente 1/5^{ème} des HSC, toutes pathologies confondues. Les troubles délirants persistants et les épisodes maniaques ont également des pourcentages élevés d'HSC (plus d'1/4), résultats attendus pour des pathologies certes moins fréquentes mais altérant le discernement.

- le Cher a un taux d'hospitalisation jusqu'à 2 fois supérieur à celui de la région concernant les épisodes dépressifs, les troubles liés à la consommation d'alcool ainsi que les troubles de la personnalité.
- En Eure-et-Loir, la surreprésentation de l'HSC est observée de façon homogène pour toutes les pathologies étudiées (jusqu'à 3 fois supérieur).
- L'Indre-et-Loire a le taux global d'hospitalisation le plus élevé concernant les troubles schizophréniques avec la proportion et le taux d'HSC les plus hauts.
- Le Loir-et-Cher présente pour 6 des 8 pathologies étudiées (à l'exclusion des troubles schizophréniques et des troubles anxieux) des taux d'hospitalisation plus faibles que ceux de la RC.
- Le Loiret présente des taux d'hospitalisation quasiment comparables à ceux de la région pour toutes les pathologies.

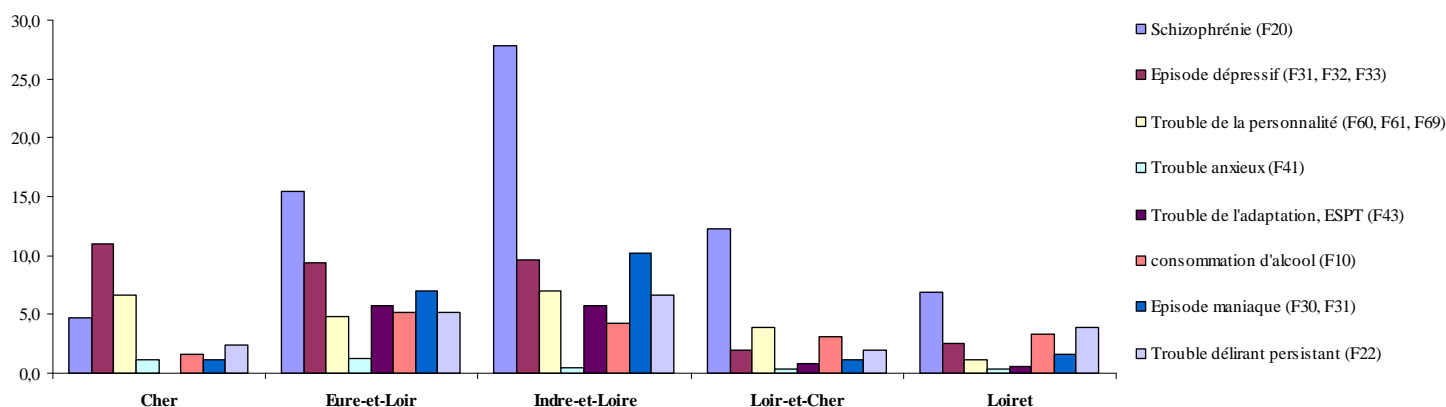
Figure 1 : Taux d'HL (pour 100 000 habitants > 17 ans) par pathologie et département de domiciliation ; RC, 2009



Le taux d'HL en RC pour ces 8 groupes de pathologies est de 0,5% de la population. Le Cher et l'Indre-et-Loire ont les taux globaux d'HL les plus élevés (0,7% et 0,5%). Inversement, le Loiret, le Loir-et-Cher et l'Eure-et-Loir ont les taux les plus faibles (0,4%, 0,3% et 0,3%). Les troubles dépressifs, les troubles liés à la consommation d'alcool et les troubles schizophréniques sont les pathologies les plus fréquentes en HL.

- Le Cher comprend une surreprésentation des épisodes dépressifs, des pathologies liées à la consommation d'alcool ainsi que des troubles de la personnalité en HL.
- En Eure-et-Loir, pour chaque pathologie le taux d'HL est inférieur ou égal à celui de la RC.
- L'Indre-et-Loire présente des taux d'HL supérieurs à ceux de la région pour toutes les pathologies.
- Le Loir-et-Cher a un taux global d'HL faible. Tous les taux concernant les pathologies étudiés sont plus faibles comparés à ceux de la région, à l'exception des troubles anxieux.
- Le Loiret est le département ayant le plus faible taux d'HL concernant les troubles schizophréniques. Il est avec le Cher celui ayant un des plus fort taux d'HL concernant les troubles liés à la consommation d'alcool.

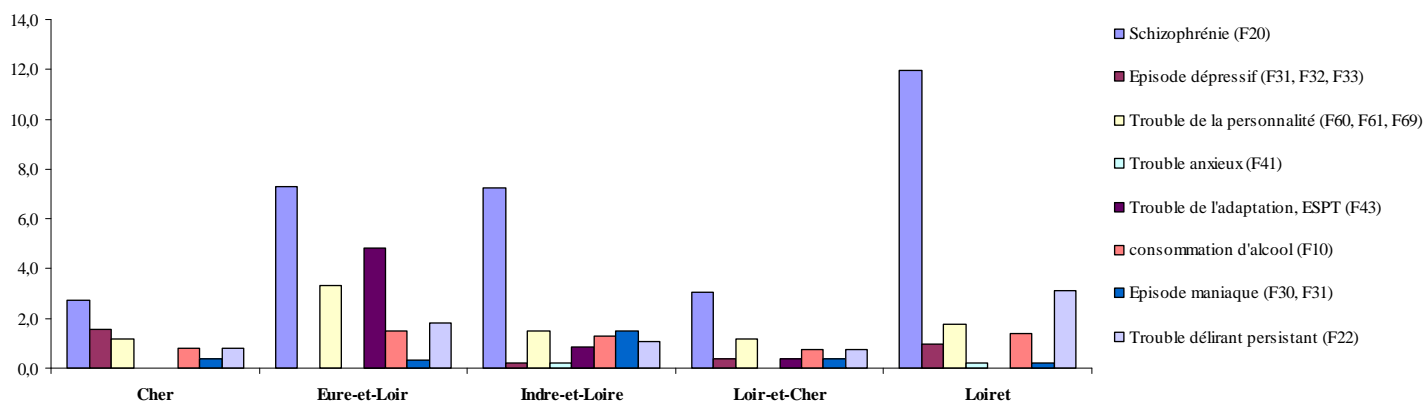
Figure 2 : Taux d'HDT (pour 100 000 habitants > 17 ans) par pathologie et département de domiciliation ; RC, 2009



Le taux global d'HDT en RC est de 0,06%. Le Loiret, le Loir-et-Cher et le Cher ont les taux globaux d'HDT les plus faibles de la région. A l'inverse, Eure-et-Loir et surtout l'Indre-et-Loire ont les taux les plus élevés. La schizophrénie et les troubles dépressifs sont les pathologies les plus fréquemment retrouvées en HDT.

- Le Cher présente le taux d'HDT le plus faible de la région concernant les troubles schizophréniques, 3 fois moins élevé que celui de la région.
- L'Eure-et-Loir a un fort taux d'HDT. Pour la majorité des pathologies, les taux d'HDT sont plus élevés que ceux de la RC.
- L'Indre-et-Loire a également un très fort taux, particulièrement pour la schizophrénie et les épisodes maniaques.
- Le Loir-et-Cher et le Loiret, pour toutes les pathologies étudiées, ont des taux d'HDT plus faibles que ceux de la région.

Figure 3 : Taux d'HO (pour 100 000 habitants > 17 ans) par pathologie et département de domiciliation ; RC, 2009



Le taux d'HO pour la région Centre est de 0.02%. L'Eure-et-Loir et Loiret ont les taux les plus élevés. La pathologie la plus représentée en HO est la schizophrénie.

- **L'Eure-et-Loir** nous étonne par la surreprésentation des troubles de l'adaptation ou liés à un facteur de stress en HO quasiment 5 fois plus élevé que celui de la RC.
- **Le Loiret** se distingue par un nombre plus élevé de patients schizophrènes en HO par rapport aux autres départements, taux quasiment 2 fois plus élevé que celui de la RC.
- **Le Cher, L'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher** sont quant à eux comparables.

Discussion

Le PMSI-Psy est un outil intéressant dans l'étude des populations de patients pris en charge (PEC) en Psychiatrie, mais encore perfectible : amélioration de l'exhaustivité, du codage des diagnostics associés...

LA RÉGION CENTRE : semble avoir une proportion d'HSC inférieure à la moyenne nationale (13 vs 21%, sources : ATIH, tableaux RIMP-P nationaux 2009). Le taux global d'hospitalisation et le taux d'HSC seraient également inférieurs : le taux d'HDT y serait 2 fois moins important (taux national : 124/100 000), le taux d'HO 1,5 fois moins (taux national : 32/100 000), sous réserve des spécificités de traitement des données.

1) Le Cher : le taux d'HL le plus élevé pour un taux d'HO parmi les plus faibles.

- On y observe une surreprésentation des épisodes dépressifs, tout mode d'hospitalisation confondu : peut-être un effet « codage » (le code d'épisode dépressif (F32) étant préféré à celui de trouble de l'adaptation (F43)) ou en rapport avec l'offre de soins (présence d'un Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental (CAOD) avec des lits dédiés aux hospitalisations brèves (24-48h)) ?

- Il y a très peu d'HSC concernant la schizophrénie : peut-être lié aux Accueils Familiaux Thérapeutiques (AFT), historiquement plus développés ? On peut envisager qu'un soutien social assuré par l'AFT chez ces patients favorise un meilleur consentement aux soins. Peut-être également en rapport avec des unités de long séjour dans lesquelles les patients hospitalisés à long terme sont en HL.

- Concernant les troubles liés à l'alcool, le taux élevé d'HL pourrait être expliqué par l'unité d'hospitalisation en addictologie, structure psychiatrique à temps plein dans laquelle le patient demande son admission. A noter qu'il existe une hétérogénéité d'offre de soins des troubles liés à l'alcool dans tous les départements avec une PEC inégalement répartie entre psychiatrie, SSR, MCO...

2) L'Eure-et-Loir : le taux d'HL le plus faible pour un taux d'HSC parmi les plus élevés.

- Étonne par la proportion d'HSC la plus élevée de la RC, apparemment sans explication liée à l'offre hospitalière.

- Pour les troubles liés à l'alcool (taux d'HSC élevé), la présence d'une unité d'hospitalisation d'addictologie rattachée au PMSI-Psy nous laisserait attendre un taux plus élevé d'hospitalisation libre lié à cette pathologie.

- Concernant le taux élevé d'HO des troubles de l'adaptation : peut-être un effet « codage » ? Jusqu'au 1/01/2011, le code enregistré dans les données administratives était reporté automatiquement sur une séquence ultérieure si un code n'était pas précisé au cours de celle-ci. Les données 2011 nous permettront de vérifier cette hypothèse.

3) L'Indre-et-Loire : le taux d'HDT le plus élevé.

- Se distingue par un taux global d'hospitalisation et d'HSC élevé (particulièrement en HDT), notamment pour la schizophrénie. Sans explication d'ordre social (pas moins de logements sociaux et d'AAH), mais peut-être défaut de structures alternatives (appartements thérapeutiques et associatifs, AFT) à une PEC hospitalière ?

- A noter que la PEC hospitalière de courte durée est comptabilisée en MCO (rattachement des lits des urgences psychiatriques au PMSI-MCO), expliquant les faibles taux d'HL.

4) Le Loir-et-Cher : les taux d'HL et d'HSC parmi les plus faibles.

- Peut-être lié au développement important d'une offre de soins en temps partiel et en ambulatoire ? Notre hypothèse est qu'un patient suivi le plus régulièrement en extrahospitalier, particulièrement en moment de crise, est moins hospitalisé en HSC. Il serait intéressant d'étudier l'activité des PEC partielles et ambulatoires pour valider notre hypothèse.

5) Le Loiret : le taux d'HO le plus élevé.

- Département avec un taux d'HSC relativement bas et le taux d'HO le plus élevé, surtout pour la schizophrénie et les troubles délirants persistants. Peut-être une prise de décision plus marquée du préfet concernant la nécessité de soins de ces patients ?

CONCLUSION : l'analyse des données PMSI reste complexe et difficile (variabilité de codage, structures de PEC rattachées ou non au PMSI-Psy, hétérogénéité des logiciels et pratiques de recueil...), mais fait apparaître une **importante disparité entre taux et modes d'hospitalisation en fonction des pathologies et des départements**. De nombreuses variables sont à prendre en compte, aussi bien liées aux particularités sociodémographiques, mais également à l'offre de soins très hétérogène. Il serait intéressant de poursuivre ce travail d'une part afin de vérifier nos hypothèses explicatives et d'autre part en élargissant le champ de cette étude aux autres PEC proposées aux patients suivis en psychiatrie (PEC SSR, MCO...).