

Analyse exploratoire des données du
**Recueil d'informations médicalisé
en psychiatrie (Rim-P) 2011**
en Pays de la Loire



2014
Décembre

Financement

Cette étude a été cofinancée par l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil régional des Pays de la Loire.

Citation suggérée

ORS Pays de la Loire. (2014). Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire. 81 p.



L'ORS autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources.

Cette publication est téléchargeable sur le site www.santepaysdelaloire.com



REMERCIEMENTS

Ces travaux ont été menés au sein de l'ORS par Françoise Lelièvre, Maeva Pietri (interne de santé publique), Dr Jean-François Buyck, François Tuffreau et Dr Anne Tallec.

Ils ont bénéficié :

- d'échanges méthodologiques très riches avec **Magali Coldefy** et **Clément Nestrigue**, responsables des travaux sur ce thème au sein de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes),
- de la contribution précieuse du **Dr Dominique Robert**, au double titre de membre du comité d'experts de l'Irdes, et de psychiatre et médecin du département d'information médicale (Dim) au Centre de santé mentale angevin (Cesame), ainsi que du **Dr Denis Leguay**, psychiatre au Cesame,
- de la participation de **Béatrice Carballo**, Agence régionale de santé (ARS) Pays de la Loire, et de **Rémy Mas** de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère en charge de la santé.

Merci à tous pour leur contribution.



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	5
PREMIÈRE PARTIE : MÉTHODOLOGIE	7
1. Description du Rim-P	7
2. Qualité de la base Rim-P	12
2.1 Exhaustivité de la base au plan national	12
2.2 Analyse de la qualité de la base Pays de la Loire	13
3. Objectif et méthodologie de l'étude	20
3.1 Objectif et champ	20
3.2 Choix d'une méthode d'identification des patients.....	20
3.3 Création d'une base d'informations par patient.....	22
3.4 Plan d'analyse.....	26
DEUXIÈME PARTIE : RÉSULTATS	28
1. File active globale	28
1.1 Effectif de personnes concernées	28
1.2 Répartition selon le sexe et l'âge	28
1.3 Taux de personnes prises en charge	29
1.4 Groupes de pathologies	31
1.5 Types de prises en charge	35
2. Les personnes prises en charge à temps complet	36
2.1 Effectif de personnes concernées	36
2.2 Répartition selon le sexe et l'âge	36
2.3 Taux de personnes prises en charge	37
2.4 Groupes de pathologies	39
2.5 Journées et durée annuelle d'hospitalisation à temps plein	43
3. Les personnes âgées de 65 ans et plus	46
3.1 Effectif de personnes concernées	46
3.2 Répartition selon le sexe et l'âge	46
3.3 Taux de personnes prises en charge	47
3.4 Groupes de pathologies	49



3.5 Types de prises en charge	52
3.6 Journées et durée annuelle d’hospitalisation à temps plein	55
3.7 Comparaison avec les patients âgés de moins de 65 ans	57
4. Les personnes prises en charge pour schizophrénie	59
4.1 Effectif de personnes concernées	60
4.2 Répartition selon le sexe et l’âge	60
4.3 Taux de personnes prises en charge	61
4.4 Autres groupes de pathologies pris en charge.....	63
4.5 Types de prises en charge	63
4.6 Journées et durée annuelle d’hospitalisation à temps plein	65
4.7 Comparaison avec les patients non pris en charge pour schizophrénie.....	66
5. Les personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement.....	67
5.1 Effectif de personnes concernées	68
5.2 Répartition selon le sexe et l’âge	69
5.3 Taux de personnes prises en charge	70
5.4 Groupes de pathologies	71
5.5 Types de prises en charge	75
5.6 Journées et durée annuelle d’hospitalisation à temps plein	76
5.7 Comparaison avec les patients n’ayant pas été hospitalisés à temps plein sans consentement en 2011	78
BIBLIOGRAPHIE	81





PRÉAMBULE

Cette étude s'inscrit dans les travaux exploratoires sur les bases de données médico-administratives menés par l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire, dans le cadre de sa contractualisation avec l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil régional.

Le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) constitue l'équivalent, pour les établissements ayant une activité en psychiatrie, du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place notamment dans les établissements ayant une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), mais sans qu'une tarification lui soit associée pour l'instant. Il repose sur la collecte de données concernant les caractéristiques des personnes suivies par ces établissements (notamment leur sexe et âge et leurs pathologies) ainsi que leurs modalités détaillées de prise en charge.

Cette base de données est de généralisation récente (2007), et son exploitation est relativement complexe. En effet, les maladies psychiatriques étant des pathologies chroniques, les patients ont des recours aux soins qui s'échelonnent sur des périodes parfois très longues, et au cours d'une année, un même patient est susceptible de bénéficier de plusieurs prises en charge psychiatriques de natures diverses (consultation, hospitalisation à plein temps, hospitalisation de jour, séjour thérapeutique...). La description de la population suivie par les établissements ayant une activité en psychiatrie et de sa prise en charge nécessite donc la mise en place d'une méthodologie adaptée à ce contexte.

Une recherche bibliographique menée début 2014 a montré que les travaux publiés à partir des données du Rim-P étaient encore peu nombreux en France, et les méthodologies d'exploitation de ces données (champ d'analyse, chaînage, vérifications de la qualité des données, créations d'indicateurs, limites d'interprétation) peu décrites [1]-[9]. Les seuls travaux publiés au moment du lancement de ce travail et décrivant précisément la méthodologie retenue sont ceux menés par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) [1]. Cet organisme a développé ses analyses en s'appuyant sur un comité national d'experts composé de psychiatres, de médecins de départements d'information médicale (Dim), et de membres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère en charge de la santé.

L'ORS des Pays de la Loire s'est donc appuyé sur l'expérience et les travaux de l'Irdes, ainsi que sur l'expertise d'un des membres du comité national d'experts (Dr Dominique Robert), pour engager ses propres travaux exploratoires de la base Rim-P anonymisée 2011¹ mise à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH),

- avec le double objectif préalable d'analyser la qualité de la base régionale et de s'approprier la méthodologie de l'approche par patient développée par l'Irdes (première partie du rapport),
- puis de décrire et d'analyser les caractéristiques démographiques et les problèmes de santé des patients ligériens suivis en 2011 par des établissements ayant une activité en psychiatrie, ainsi que leurs modalités de prise en charge, en comparant notamment la situation en Pays de la Loire avec la moyenne française (deuxième partie du rapport).

¹ Dernière base annuelle disponible au début de ces travaux



Pour cette première approche, plusieurs axes d'étude ont été explorés :

- **la file active globale**, c'est-à-dire l'ensemble de la population ligérienne âgée de 16 ans et plus, prise en charge par un établissement de santé ayant une autorisation en psychiatrie,
- **une population spécifique** : les personnes âgées de 65 ans et plus,
- **une pathologie spécifique** : la schizophrénie,
- **deux formes de prises en charge spécifiques** : les prises en charge à temps complet, et les hospitalisations sans consentement.

Certaines limites du champ de l'étude et précautions d'interprétation doivent d'emblée être précisées. En effet, les analyses ne considèrent pas l'ensemble du parcours de soins des personnes pour leur pathologie mentale, dans la mesure où elles ne prennent pas en compte les soins assurés en ville par les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues ou les infirmiers libéraux², ni ceux assurés par les établissements de santé non psychiatriques. Sont aussi exclues du champ du recueil les structures relevant du champ médicosocial, notamment les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), les centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA), et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Le recours aux différentes modalités de prise en charge en psychiatrie est étroitement lié aux caractéristiques territoriales de l'offre de soins. A cet égard, certaines spécificités de l'organisation des soins psychiatriques en Pays de la Loire³, peuvent expliquer en partie les écarts de taux de prises en charge observés avec la moyenne nationale.

Les résultats de cette analyse devront être confrontés avec la connaissance et les perceptions des professionnels concernés dans la région, pour les valider et leur donner du sens.

Le partage de ce travail doit aussi permettre de faire émerger les besoins d'exploitation de la base Rim-P sur des axes spécifiques. Des approches par territoire et par établissement peuvent notamment être envisagées, sous réserve d'une validation préalable de la qualité des données à chacun des niveaux d'études.

² Selon une exploitation réalisée dans le cadre du *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire*, 93 % de ces professionnels déclarent avoir pris en charge au moins une fois en 2012 un patient atteint d'une pathologie psychiatrique (pour la distribution de médicaments, les injections-retard ou autres soins infirmiers délivrés dans le cadre de la pathologie psychiatrique). Près d'un infirmier libéral sur cinq (18 %) déclare avoir vu au moins cinq patients différents pour des pathologies psychiatriques au cours de la semaine précédant l'enquête [10].

³ Voir le rapport de l'Irdes sur les disparités territoriales (à l'échelle des territoires de santé) d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en 2011 [11].



PREMIÈRE PARTIE : MÉTHODOLOGIE

1. Description du Rim-P

- Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) est un recueil systématique d'informations médicales et administratives normalisées mis en place en 2006, généralisé en 2007, par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie [12].

- Ce recueil distingue trois **natures** de prise en charge (le temps complet, le temps partiel et l'ambulatoire), elles-mêmes divisées en **formes d'activité (FA)**.

Les prises en charge à temps complet regroupent, en 2011, les :

- hospitalisations à temps plein (FA01),
- séjours thérapeutiques (FA02),
- hospitalisations à domicile (FA03),
- placements familiaux thérapeutiques (FA04),
- prises en charge en appartement thérapeutique (FA05),
- prises en charge en centre de postcure psychiatrique (FA06),
- prises en charge en centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise) (FA07).

Les prises en charge à temps partiel concernent, en 2011, les :

- hospitalisations de jour (FA20),
- hospitalisations de nuit (FA21),
- prises en charge en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en atelier thérapeutique (FA22)⁴.

Les prises en charge ambulatoires comprennent, en 2011 :

- l'accueil et soins en centre médicopsychologique (CMP) (FA30),
- les consultations réalisées dans un lieu autre que le CMP (FA31).

- Les prises en charge à temps complet et à temps partiel sont décrites dans le Rim-P à travers des **séjours** qui commencent à la date de la première prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie, et se terminent dans les cas suivants :

- sortie de l'établissement (entité juridique), y compris une sortie temporaire ou une sortie sans autorisation,
- changement de nature de prise en charge (au sein de la même entité juridique),
- mutation du patient dans une unité d'hospitalisation d'un autre champ sanitaire (MCO, SSR,...) de l'établissement (au sens juridique).

Les informations concernant les séjours sont enregistrées au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « **séquences** ». Il y a changement de séquence au cours d'un séjour :

- à chaque changement de forme d'activité,
- lorsque le mode légal de séjour change (pour plus de détails, voir p. 24),
- après une sortie d'essai de plus de 48 heures,
- à chaque nouveau trimestre civil,
- au début et à la fin d'une forme d'activité combinée⁵.

⁴ A partir de 2013, les prises en charge en CATTP sont recueillies en tant que prises en charge ambulatoires (FA32) ; les prises en charge en atelier thérapeutique restent considérées comme prises en charge à temps partiel.

⁵ Lorsqu'un patient pris en charge dans une forme d'activité bénéficie de la mise en œuvre d'une autre forme d'activité en complément de la précédente, on parle de formes d'activité combinées.



Pour chaque séquence, le nombre de **journées d'hospitalisation** peut être approché à partir du :

- nombre de **jours de présence** (pour les prises en charge à temps partiel, il correspond au nombre de venues ou de séances de 6 à 8 heures),
 - nombre de **demi-journées de présence** (concerne uniquement les prises en charge à temps partiel, il correspond au nombre de demi-venues ou de séances de 3 à 4 heures).
- Concernant les prises en charge en ambulatoire (consultations et soins externes), chaque acte⁶ est décrit dans le Rim-P selon :
- son type, enregistré selon la grille EDGAR :
 - o entretien (E),
 - o démarche (D),
 - o groupe (G),
 - o accompagnement (A),
 - o réunion (R),
 - son lieu de réalisation :
 - o CMP (L01),
 - o lieux de consultations externes de psychiatrie de l'établissement (L02),
 - o établissement social ou médicosocial sans hébergement (L03),
 - o établissement scolaire ou centre de formation (L04),
 - o PMI (L05),
 - o établissement pénitentiaire (L06),
 - o domicile du patient, hors HAD ou substitut du domicile (L07),
 - o établissement social ou médicosocial avec hébergement (L08),
 - o unité d'hospitalisation (MCO, SSR, long séjour) (L09),
 - o unité d'accueil d'urgence (L10),
 - le type d'intervenant qui l'a réalisé :
 - o membre du corps médical (M),
 - o infirmier et encadrement infirmier (I),
 - o psychologue (P),
 - o assistant social (A),
 - o personnel de rééducation (R),
 - o personnel éducatif (E),
 - o autres intervenants soignants (dont aides-soignants) (S),
 - o plusieurs catégories d'intervenants dont membre du corps médical (X),
 - o plusieurs catégories d'intervenants sans membre du corps médical (Y).

Les consultations réalisées dans un établissement privé à but lucratif relèvent du secteur libéral. A cet égard, le recueil des actes ambulatoires dans le Rim-P concerne uniquement les prises en charge réalisées par des établissements publics ou les établissements privés d'intérêt collectif (Espic). Il existe donc une asymétrie du champ du recueil entre ces établissements et les établissements privés à but lucratif, pour cette nature de prise en charge.

⁶ Contrairement aux autres recueils PMSI (MCO, SSR, HAD), les actes techniques codés en CCAM ne sont pas renseignés dans le Rim-P. Dans ce recueil, le terme « acte » désigne spécifiquement une prise en charge en ambulatoire.



● L'ATIH met à disposition des organismes habilités qui en font la demande, les bases de données annuelles du Rim-P anonymisées. Ces bases comportent trois tables :

- **le résumé par séquence anonymisé (RPSA)**, commun aux établissements publics et privés, qui permet de décrire les prises en charge à temps complet et à temps partiel (séjours), où chaque observation correspond à une « séquence », unité de découpage du séjour (voir ci dessus).
- **le résumé d'activité ambulatoire anonymisé (R3A)**, qui concerne les prises en charge en ambulatoire (consultations et soins externes) réalisées par les personnels des établissements publics et des Espic, où chaque observation correspond à un acte.
- **le fichier ANO** qui contient, uniquement pour les patients hospitalisés dans l'année (à temps complet ou à temps partiel), le numéro anonyme national⁷ permettant le chaînage des différents séjours hospitaliers de ce patient, que ce soit en psychiatrie, ou dans un autre champ (MCO, SSR ou HAD), et quel que soit le lieu de ces prises en charge.

Les variables disponibles dans ces trois tables sont présentées dans les tableaux ci-dessous, qui mentionnent également quelles variables ont été utilisées dans l'étude.

Fig1.1.1 Description des tables RPSA et R3A

	Variables utilisées dans l'étude	Précisions
Variables communes aux tables RPSA et R3A		
N° FINESS e-PMSI	X	Correspond au code Finess juridique pour les établissements publics et au code Finess établissement pour les établissements privés
N° format		
N° format Rim d'origine		
Second n° FINESS		
Cryptage irréversible de l'IPP	X	L'IPP (identifiant permanent du patient) est un numéro créé dans le système d'information de l'entité juridique, permettant de référencer sous un identifiant unique et permanent l'ensemble des informations relatives à un patient quelle que soit la nature de la prise en charge.
Identifiant de séjour		
Age du patient en années	X	Age à l'entrée du séjour pour les séquences (table RPSA) et âge au moment de l'acte pour les actes (table R3A)
Age du patient en jours pour les enfants de moins d'un an		
Sexe du patient	X	
Code géographique de résidence	X	Pour les Pays de la Loire, l'ensemble des codes géographiques correspondent à des codes postaux uniques.
Forme d'activité de la prise en charge	X	Les modalités de cette variable sont décrites p. 7.
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel		
Diagnostic principal ou motif principal de prise en charge	X	Diagnostic ou motif de prise en charge, qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la séquence ou l'acte ; codé en Cim-10
Nombre de diagnostics et facteurs associés		
Diagnostic ou facteur associé 1	X	Morbidités associées au diagnostic ou motif principal, ayant contribué à alourdir la prise en charge, et facteurs permettant de mieux décrire les circonstances des problèmes de santé au cours de la séquence ou de l'acte ; codés en Cim-10
Diagnostic ou facteur associé 2		
Diagnostic ou facteur associé n		

⁷ Généré à partir de son numéro d'assuré social (ou celui de l'ouvrant droit), de sa date de naissance et de son sexe



Variables spécifiques à la table RPSA		
N° séquentiel de séjour		
Mode d'entrée de séjour		
Provenance		
Mode de sortie de séjour		
Destination		
Mode légal de séjour	X	Information recueillie uniquement pour la forme d'activité FA01 « temps plein »
Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai		
N° séquentiel de séquence au sein du séjour		
Délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour		
Indicateur de première séquence du séjour		
Indicateur de dernière séquence du séjour		
Mois de la date de fin de séquence		
Année de la date de fin de séquence		
Nombre de jours couverts par la séquence		
Nombre de jours de présence	X	Pour les prises en charge à temps complet, il correspond à la durée de la séquence ; pour les prises en charge à temps partiel, le nombre de jours de présence correspond au nombre de venues ou de séances de 6 à 8 heures.
Nombre de demi-journées de présence	X	Concerne les prises en charge à temps partiel ; il correspond au nombre de demi-venues ou de séances de 3 à 4 heures
Nombre de jours d'isolement thérapeutique		
Score pour la dépendance pour l'habillement (AVQ)		
Score pour la dépendance pour le déplacement/locomotion (AVQ)		
Score pour la dépendance pour l'alimentation (AVQ)		
Score pour la dépendance pour la continence (AVQ)		
Score pour la dépendance pour le comportement (AVQ)		
Score pour la dépendance pour la relation (AVQ)		
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire		
Variables spécifiques à la table R3A		
N° d'ordre		
Mois de la date de réalisation de l'acte		
Année de la date de réalisation de l'acte		
Nature de l'acte	X	Les modalités de ces variables sont décrites p. 8.
Lieu de l'acte	X	
Catégorie professionnelle de l'intervenant		
Nombre d'intervenants		
Indicateur d'activité libérale	X	« L » si consultation privée

Source : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. Bulletin officiel n° 2011/4 bis. Fascicule spécial. 62 p.



Fig1.1.2 Description de la table ANO

	Variables utilisées dans l'étude	Précisions
N° FINESS e-PMSI		Correspond au code Finess juridique pour les établissements publics et au code Finess établissement pour les établissements privés
Second n° FINESS		
N° format		
N° format VID-HOSP		
Mois de la date d'entrée du séjour		
Année de la date d'entrée du séjour		
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »		Différent de 0 si anomalie détectée sur le numéro de sécurité sociale saisi par l'établissement
Code retour contrôle « date de naissance »		Différent de 0 si anomalie détectée sur la date de naissance saisie par l'établissement
Code retour contrôle « sexe »		Différent de 0 si anomalie détectée sur le sexe du patient saisi par l'établissement
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »		Différent de 0 si jointure impossible avec les séquences (pour la transmission des données aux tutelles)
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »		Différent de 0 si jointure impossible avec les séquences (pour la transmission des données aux tutelles)
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »		Différent de 0 si jointure impossible avec les séquences (pour la transmission des données aux tutelles)
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée du séjour)		
N° anonyme		Aussi appelé « clé de chaînage », ce numéro est généré, dans les établissements, par un logiciel fourni par l'ATIH, à partir du numéro d'assuré social (ou celui de l'ouvrant droit), de la date de naissance et du sexe du patient
N° de séjour		
N° séquentiel dans fichier PMSI		Associé au Finess e-PMSI, ce numéro permet de lier les informations de la table ANO avec les séquences (table RPSA)

Source : ATIH. (2014). Aide à l'utilisation des informations de chaînage. 26 p.



2. Qualité de la base Rim-P

Dans la mesure où le Rim-P est un recueil récemment mis en place et encore peu exploité, l'analyse de la qualité de cette base constitue un préalable indispensable à toute exploitation des données recueillies dans ce cadre, qu'il s'agisse de l'exhaustivité des établissements concernés par ce recueil, de l'exhaustivité des prises en charge pour les différentes formes d'activité, ou encore de la qualité de renseignements des différentes variables.

2.1 Exhaustivité de la base au plan national

- Des travaux d'analyse d'exhaustivité de la base Rim-P nationale ont été réalisés sur la période 2008-2010 par la Drees dans le cadre d'une étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie menée par l'Irdes [1].

Concernant les établissements, la proportion de ceux ne faisant pas remonter de données Rim-P est passée de 17 % en 2008 à 9 % en 2010.

Concernant les journées et les actes, l'exhaustivité a été appréciée en comparant les informations recueillies par le Rim-P avec celles renseignées dans la statistique annuelle des établissements (SAE) au plan national.

Pour l'année 2010, le taux d'exhaustivité atteint 94 % pour les journées (hors sorties d'essai) et 92 % pour les actes (hors réunions).

Toutefois, l'analyse de l'exhaustivité selon les différentes formes d'activité, met en évidence des taux d'exhaustivité nettement supérieurs à 100 % ou particulièrement faibles pour certaines formes d'activité :

- relativement rares comme les séjours thérapeutiques, les prises en charge en appartement thérapeutique ou en centre de crise,
- ou au contraire relativement fréquentes comme les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

Pour les prises en charge ambulatoires, le problème d'exhaustivité le plus important concerne une prise en charge relativement rare, à savoir les actes réalisés en milieu scolaire, PMI, ou établissement médico-éducatif.

- Dans ce contexte, ces travaux ont conclu que, outre la nécessité de poursuivre et d'approfondir ces analyses d'exhaustivité, il apparaît possible d'analyser de façon fiable les données issues de Rim-P à partir de 2010, sous certaines conditions :

- exclusion des bases d'études de certaines prises en charge dont le recueil dans le Rim-P n'est pas homogène selon les établissements :
 - o les séquences et actes des établissements des DOM, car ils présentent des défauts d'exhaustivité,
 - o les séquences des séjours thérapeutiques, ces séjours pouvant parfois être gérés par une association et non par l'établissement lui-même,
 - o les actes de type « réunion », le codage de ces actes dans le Rim-P pouvant varier selon les équipes, et notamment selon la venue ou non du patient le jour dit,
 - o les consultations privées effectuées par les praticiens hospitaliers des établissements publics ou des Espic (activité libérale).
- regroupement de certaines formes d'activités pour lesquelles il pourrait y avoir des disparités de définition et/ou d'appellation entre les deux systèmes d'informations (Rim-P et SAE), et possiblement entre établissements :



- intégration des prises en charge en centre de crise et en centre de postcure dans l'hospitalisation à temps plein,
- regroupement de l'activité CATTTP avec les actes ambulatoires de groupe,
- regroupement des prises en charge en hospitalisation à domicile avec les soins ambulatoires à domicile,
- regroupement de l'ensemble des autres prises en charge en ambulatoire, en excluant les actes de type « réunion ».

2.2 Analyse de la qualité de la base Pays de la Loire

Cette analyse porte sur la manière dont les informations sur les prises en charge des patients sont codées et transmises par les établissements de santé. Elle s'appuie donc sur les données dites « enregistrées » du Rim-P, qui sont centrées sur les prises en charge par les établissements des Pays de la Loire (quel que soit le lieu de domicile des patients).

Cette entrée diffère de celle utilisée dans la suite des analyses, qui sont centrées sur les patients domiciliés en Pays de la Loire (quelle que soit la localisation de leurs établissements de prise en charge), et s'appuient donc sur les données dites « domiciliées » du Rim-P.

Ces deux types de données fournissent toutefois des informations très proches. En effet :

- 96 % des Ligériens pris en charge en 2011 l'ont été dans un établissement des Pays de la Loire,
- et 94 % des personnes prises en charge dans un établissement des Pays de la Loire sont des Ligériens.

2.2.1 Exhaustivité des établissements

- Une première analyse de la qualité de la base Pays de la Loire a porté sur la présence dans le Rim-P 2011 des établissements de la région ayant une autorisation en psychiatrie au cours de la même année.

Selon l'ARS Pays de la Loire, 26 établissements (entités juridiques) disposaient d'une autorisation en psychiatrie pour l'année 2011. Cette liste prenant en compte les structures dénombrables en lits et places, il faut y ajouter le CHU d'Angers où sont uniquement réalisées des prises en charge ambulatoires.

Par ailleurs, le centre de soins-études Pierre Daguet à Sablé-sur-Sarthe (Finess 720018100), dont l'entité juridique se situe à Paris (« Fondation de santé des étudiants de France », Finess 750720575), et pour lequel une autorisation d'activité en psychiatrie a été délivrée par l'ARS en 2011, n'a ouvert qu'en octobre 2012.

Au total, le nombre d'établissements (entités juridiques) ayant eu une activité en psychiatrie en 2011 dans la région s'élève à 26⁸ (Fig 2.1).

L'ensemble de ces établissements sont retrouvés dans le Rim-P 2011, soit par le biais de leur Finess juridique (établissements publics), soit par le biais d'un ou de plusieurs Finess géographiques rattachés à leur entité juridique (établissements privés) (Fig 2.1).

Certains établissements n'ont pas transmis de fichier R3A pour les actes ambulatoires dans le Rim-P 2011, possiblement parce qu'ils ne disposaient pas d'activité de ce type.

⁸ A noter que pour 2011, l'ATIH fait état d'un comptage différent, avec un nombre d'établissements ayant transmis des données qui ont été validées par l'ARS égal à 27 [5]. Cette différence d'un établissement semble être liée au fait que le centre de postcure Les Briords et celui de La Mainguais sont comptés comme deux structures différentes par l'ATIH.



Fig 2.1 Liste des établissements des Pays de la Loire ayant eu une activité en psychiatrie pour l'année 2011 et présence dans les tables RPSA et R3A du Rim-P 2011

	Code Finess juridique	Dénomination	Code Finess ePMSI ¹	Statut juridique	Présent dans RPSA	Présent dans R3A
1	440000057	CH de Saint-Nazaire	Idem Finess juridique	public	oui	oui
2	440000263	CHS de Blain	Idem Finess juridique	public	oui	oui
3	440000289	CHU de Nantes	Idem Finess juridique	public	oui	oui
4	440001246	Clinique du Parc (Nantes)	440000800	privé à but lucratif	oui	non (non concerné par le recueil)
5	440001998	Clinique la Brière (Guérande)	440003390	privé à but lucratif	oui	non (non concerné par le recueil)
6	440003309	CHS Georges Daumézon (Bouguenais)	Idem Finess juridique	public	oui	oui
7	440007482	Centre de postcure Les Briords (Carquefou)	440002624	Espic	oui	non
		Centre de postcure La Mainvais (Carquefou)	440043792		oui	non
8	440018729	Centre médicosocial les Apsyades (Bouguenais)	Idem Finess juridique	Espic	oui	non
9	440042372	SISMLA Blain	Idem Finess juridique	public	oui	oui
10	490000031	CHU d'Angers	Idem Finess juridique	public	non (non concerné par le recueil)	oui
11	490000130	Clinique Saint-Didier (Avrillé)	490000247	privé à but lucratif	oui	non (non concerné par le recueil)
12	490000163	Centre de santé mentale angevin	Idem Finess juridique	public	oui	oui
13	490000676	CH de Cholet	Idem Finess juridique	public	oui	oui
14	490528452	CH de Saumur	Idem Finess juridique	public	oui	oui
15	490535705	Institut psychothérapeutique La Menantière (Le Pin en Mauge)	490002979	privé à but non lucratif, mais non Espic	oui	non (non concerné par le recueil)
16	530000025	CH du Haut-Anjou (Château-Gontier)	Idem Finess juridique	public	oui	non
17	530000074	CH du Nord-Mayenne (Mayenne)	Idem Finess juridique	public	oui	oui
18	530000249	Clinique Notre-Dame-de-Pritz (Changé)	530000124	privé à but lucratif	oui	non (non concerné par le recueil)
19	530000371	CH de Laval	Idem Finess juridique	public	oui	oui
20	530007210	SIH en santé mentale de la Mayenne (Laval)	Idem Finess juridique	public	oui	oui
21	720000058	CHS de la Sarthe (Allonnes)	Idem Finess juridique	public	oui	oui
22	720000561	Centre médicochirurgical du Mans - pôle santé sud	720017748	privé à but lucratif	oui	non (non concerné par le recueil)
23	850000035	CH de Fontenay-le-Comte	Idem Finess juridique	public	oui	non
24	850000092	CH Georges Mazurelle (La Roche-sur-Yon)	Idem Finess juridique	public	oui	oui
25	850009010	CHI Loire Vendée Océan (Challans)	Idem Finess juridique	public	oui	oui
26	850013103	ARIA 85 La Roche-sur-Yon	Idem Finess juridique	Espic	oui	non

Sources : ARHGOS (ARS Pays de la Loire), Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire

1. Liste fournie par l'ATIH



2.2.2 Exhaustivité des prises en charge par forme d'activité

• Une analyse de l'exhaustivité du Rim-P 2011 a ensuite été menée en comparaison avec les données recueillies dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), pour les établissements des Pays de la Loire et pour la France métropolitaine.

L'ensemble des établissements des Pays de la Loire ayant un questionnaire Q09 renseigné dans la SAE⁹ ont été retrouvés dans le Rim-P, soit par le biais de leur Finess juridique (établissements publics), soit par le biais d'un ou de plusieurs Finess géographiques rattachés à leur entité juridique (établissements privés) [13].

Le tableau ci-dessous (Fig 2.2) compare les informations sur les prises en charge par forme d'activité enregistrées dans le Rim-P par rapport à la SAE.

Afin de permettre la comparaison entre le Rim-P et la SAE, les journées des séquences « sortie d'essai¹⁰ » et les actes de type « réunion » sont exclus du Rim-P.

La comparaison avec la SAE concernant la prise en charge à temps partiel est délicate compte-tenu des difficultés à établir un lien entre les deux recueils.

Fig.2.2 Comparaison des informations sur les prises en charge par forme d'activité enregistrées dans le Rim-P 2011 par rapport à la SAE (bordereau Q09) pour les établissements des Pays de la Loire

	Rim-P ¹	SAE	Rim-P/SAE (%)
Prises en charge à temps complet, nombre de journées			
Hospitalisation à temps plein	811 963	816 185	99,5
Placement familial thérapeutique	59 691	56 168	106,3
Accueil en appartement thérapeutique	7 576	9 005	84,1
Accueil en centre de postcure	35 949	45 106	79,7
Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences	1 448	734	197,3
Hospitalisation à domicile	0	0	///
Séjours thérapeutiques	2 621	2 110	124,2
Total	919 248	929 308	98,9
Prises en charge à temps partiel, nombre de venues (en équivalent journées)			
Hospitalisation de jour	220 960	242 335	91,2
Hospitalisation de nuit	20 692	9 715	non calculé ²
Accueil en CATTP et ateliers thérapeutiques	39 898	79 604	non calculé ²
Total	281 550	331 654	non calculé²
Prise en charge ambulatoires, nombre d'actes			
CMP ou unité de consultation du secteur	631 369	728 435	86,7
à domicile ou en institution substitutive au domicile	80 709	90 230	89,4
en établissement social ou médico-social	22 671	36 458	62,2
en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	44 806	53 558	83,7
en établissement médico-éducatif / PMI / en milieu scolaire	1 998	3 619	55,2
Total	781 553	912 300	85,7

Sources : Rim-P (ATI), SAE (Ministère de la santé) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données enregistrées)

1. Afin de permettre la comparaison entre le Rim-P et la SAE, les journées des séquences « sortie d'essai » et les actes de type « réunion » sont exclus du Rim-P.

2. Le ratio Rim-P/SAE n'a pas été calculé en raison d'incohérences particulièrement importantes entre les résultats des deux recueils.

⁹ Ce questionnaire décrit les activités de soins soumises à autorisation en psychiatrie.

¹⁰ L'article L. 3211-11 du Code de la santé publique prévoit un dispositif de sortie d'essai pour les patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie, destiné à favoriser leur réinsertion sociale. Cette notion disparaît du Rim-P à partir du 1^{er} janvier 2012, en lien avec l'ouverture des soins sans consentement aux modalités de prise en charge autres que l'hospitalisation à temps plein (pour plus de détails, voir p. 24).



2.2.3 Qualité de réponse pour les différentes variables collectées

Enfin, une analyse a été menée sur la qualité des informations renseignées dans les tables de RPSA (séquences) et R3A (ambulatoire) pour les établissements des Pays de la Loire. Le nombre et la fréquence des valeurs manquantes ou non conformes sont détaillés, pour chacune des variables, dans les tableaux suivants.

Fig2.3.1 Qualité de réponse des variables collectées dans la table RPSA pour les établissements des Pays de la Loire ayant transmis leurs données Rim-P pour l'année 2011 (106 420 séquences)

	Variables utilisées dans l'étude	Valeurs manquantes (nombre et % de séquences)	Valeurs non conformes	Précisions
Variables communes aux tables RPSA et R3A				
N° FINESS e-PMSI	X	0	0	26 étab (voir Exhaustivité des établissements, p. 13)
N° format		0	0	« P27 »
N° format Rim d'origine		0	0	« P05 »
Second n° FINESS		541 (0,5 %)	Non vérifié	
Cryptage irréversible de l'IPP	X	0	0	
Identifiant de séjour		0	0	
Age du patient en années	X	4 (0,0 %)	0	Mini=0 ; maxi=100
Age du patient en jours pour les enfants de moins d'un an		0	0	Renseigné uniquement pour les moins d'un an (348 séquences) ; mini=5 ; maxi=362
Sexe du patient	X	0	0	
Code géographique de résidence	X	678 (0,6 %)	Non vérifié	Utilisation du code géographique inconnu « 99999 »
Forme d'activité de la prise en charge	X	0	0	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel		6 924 (6,5 %)	Non vérifié	Renseigné seulement si établissement sectorisé
Diagnostic principal ou motif principal de prise en charge	X	3 020 (2,8 %)	Non vérifié	
Nombre de diagnostics et facteurs associés		0	0	Min=0 ; maxi=17
Diagnostic ou facteur associé 1	X	78 865 (74,1 %)	Non vérifié	Ce ne sont pas à proprement parler de valeurs manquantes dans la mesure où la précision d'un diagnostic ou facteur associé n'est pas toujours pertinente
Diagnostic ou facteur associé 2				
Diagnostic ou facteur associé n				
Variables spécifiques à la table RPSA				
N° séquentiel de séjour		0	0	
Mode d'entrée de séjour		27 (0,0 %)	0	
Provenance		0	0	Renseigné uniquement en cas de transfert ou de mutation (30 972 séquences)
Mode de sortie de séjour		18 508 (17,4%)	0	Renseigné uniquement si séjour fini
Destination		0	0	Renseigné uniquement en cas de transfert ou de mutation (22 808 séquences)
Mode légal de séjour	X	189 (0,3 %)	0	Renseigné uniquement si forme d'activité temps plein (54 963 séquences)
Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai			0	Non renseigné=ni sortie d'essai, ni séquence parallèle, ni séquence combinée
N° séquentiel de séquence au sein du séjour		0	0	Min=0 ; maxi=124
Délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour		0	0	Min=0 ; maxi =8 307 (22,7 ans)
Indicateur de première séquence du séjour		0	0	



Indicateur de dernière séquence du séjour		0	0	
Mois de la date de fin de séquence		0	0	
Année de la date de fin de séquence		0	0	
Nombre de jours couverts par la séquence		0	6 694= 93 jours (6,3 %) 7 > 93 jours (0,0 %)	Hypothèse : certains logiciels paramètrent les séquences à 93 jours or pas possible supérieur à 92 ; pour les autres : confusion entre durée séquence et durée de présence ?
Nombre de jours de présence	X	0	39 >= 93 jours (0,0 %)	Min=0 ; maxi=180
Nombre de demi-journées de présence	X	0	0	Min=0 ; maxi=86
Nombre de jours d'isolement thérapeutique		0	0	Min=0 ; maxi=92
Score pour la dépendance pour l'habillement (AVQ)		4 117 (6,9 %)	18 (0,0 %)	Renseigné uniquement si forme d'activité à temps complet FA01 à FA07 (59 307 séquences)
Score pour la dépendance pour le déplacement/locomotion (AVQ)		4 115 (6,9 %)	25 (0,0 %)	
Score pour la dépendance pour l'alimentation (AVQ)		4 125 (7,0 %)	26 (0,0 %)	
Score pour la dépendance pour la continence (AVQ)		4 118 (6,9 %)	25 (0,0 %)	
Score pour la dépendance pour le comportement (AVQ)		4 118 (6,9 %)	17 (0,0 %)	
Score pour la dépendance pour la relation (AVQ)		4 132 (7,0 %)	17 (0,0 %)	
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire				

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données enregistrées)

Fig2.3.2 Qualité de réponse des variables collectées dans la table R3A pour les établissements des Pays de la Loire ayant transmis leurs données Rim-P pour l'année 2011 (803 258 actes)

	Variables utilisées dans l'étude	Valeurs manquantes (nombre et % d'actes)	Valeurs non conformes	Précisions
Variables communes aux tables RPSA et R3A				
N° FINESS e-PMSI	X	0	0	15 étab cf exhaustivité des établissements répondants
N° format		0	0	« P28 »
N° format Rim d'origine		0	0	« P06 »
Second n° FINESS		5 955 (0,7 %)	Non vérifié	
Cryptage irréversible de l'IPP	X	0	0	
Identifiant de séjour		0	0	
Age du patient en années	X	145 (0,3 %)	0	Mini=0 ; maxi=111
Age du patient en jours pour les enfants de moins d'un an		0	0	Renseigné uniquement pour les moins d'un an (2 035 actes) ; Mini=0 ; maxi=364
Sexe du patient	X	0	0	
Code géographique de résidence	X	19 447 (2,4 %)	Non vérifié	Utilisation du code géographique inconnu « 99999 »
Forme d'activité de la prise en charge	X	0	0	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel		5 955 (0,7 %)	Non vérifié	Renseigné seulement si établissement sectorisé
Diagnostic principal ou motif principal de prise en charge	X	92 480 (11,5 %)	Non vérifié	
Nombre de diagnostics et facteurs associés		0	0	Mini=0 ; maxi=9
Diagnostic ou facteur associé 1	X	623 631 (77,6 %)	Non vérifié	Ce ne sont pas à proprement parler de valeurs manquantes dans la mesure où la précision d'un diagnostic ou facteur associé n'est pas toujours pertinente
Diagnostic ou facteur associé 2				
Diagnostic ou facteur associé n				



Variables spécifiques à la table R3A				
N° d'ordre		0	0	
Mois de la date de réalisation de l'acte		0	0	
Année de la date de réalisation de l'acte		0	0	
Nature de l'acte	X	0	0	
Lieu de l'acte	X	0	0	
Catégorie professionnelle de l'intervenant		0	0	
Nombre d'intervenants		0	1 (0,0 %)	Mini=0 ; maxi=9
Indicateur d'activité libérale	X		0	Non renseigné=non

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données enregistrées)

Le taux de remplissage des informations recueillies dans le Rim-P par les établissements des Pays de la Loire pour l'année 2011 est très satisfaisant, à l'exception des :

- diagnostics principaux pour les actes, non renseignés dans 11,5 % des cas, ce malgré l'obligation de renseignement de cette variable. Le taux de remplissage des diagnostics principaux est par contre nettement plus élevé parmi les séquences (seulement 3 % de valeurs manquantes),
- scores de dépendance : non renseignés pour 7 % des séquences concernées.

Par ailleurs, aucun diagnostic ou facteur associé n'est renseigné pour 74 % des séquences et 78 % des actes. Toutefois, ce ne sont pas à proprement parler de valeurs manquantes dans la mesure où la précision d'un diagnostic ou facteur associé n'est pas toujours pertinente.

Ces constats rejoignent ceux établis par le groupe d'experts réuni par l'Irdes autour des données Rim-P nationales 2010 [1]. Selon eux, le manque d'exhaustivité des diagnostics principaux serait notamment lié à la difficulté pour les soignants de caractériser les troubles psychiatriques de certains patients via un code Cim-10 (en particulier pour les patients les plus jeunes, et en début de prise en charge). Le groupe d'experts indique également que ce défaut de remplissage, bien que tendant à faire sous-estimer la fréquence de certains troubles psychiatriques, n'empêche pas la réalisation d'analyses des prises en charge par pathologie.

Par ailleurs, l'analyse de la qualité des informations enregistrées au niveau national a montré que lorsque la forme d'activité des séquences n'était pas renseignée dans la table RPSA, un nombre important d'autres variables ne l'étaient pas non plus. En conséquence, il a été choisi d'exclure des bases d'étude les séquences concernées. Ce défaut de remplissage concerne toutefois peu de séquences au niveau national (2 084), et n'est pas retrouvé parmi les établissements des Pays de la Loire.



2.2.4 Conclusion

Eu égard à ces différents constats, il apparaît possible d'analyser les données issues de Rim-P 2011 pour les établissements des Pays de la Loire, sous les mêmes conditions que celles retenues par l'Irdes :

- exclusion des séquences de séjours thérapeutiques, des actes de type « réunion », et des actes de consultation privée effectués par les praticiens hospitaliers des établissements publics ou des Espic (activité libérale),
- regroupement des formes d'activités en cinq groupes pour l'analyse des types de prises en charge :
 - o temps complet : hospitalisation à temps plein, prise en charge en centre de crise, en centre de postcure, en appartement thérapeutique, ou placement familial thérapeutique,
 - o temps partiel : hospitalisation de jour ou de nuit,
 - o domicile : hospitalisation à domicile ou ambulatoire à domicile,
 - o groupe : prise en charge en CATTP ou ambulatoire de groupe,
 - o ambulatoire individuel : ambulatoire autre que en groupe ou à domicile.



3. Objectif et méthodologie de l'étude

3.1 Objectif et champ

L'objectif de l'étude est de décrire et d'analyser les caractéristiques démographiques et les problèmes de santé des patients ligériens suivis en 2011 par les établissements ayant une activité en psychiatrie, ainsi que leurs modalités de prise en charge, en comparant notamment la situation régionale avec la moyenne France métropolitaine.

Les analyses porteront sur les patients domiciliés dans les Pays de la Loire, identifiés à partir du code géographique de résidence renseigné dans la base, que le lieu de soins soit situé dans ou hors de la région.

Le choix a été fait de limiter cette étude aux patients âgés de 16 ans et plus, en raison du caractère très différent des problématiques de psychiatrie infanto-juvénile en termes de pathologies, de modes de prise en charge... Ce choix permet en outre d'être homogène avec les premiers travaux de l'Irdes qui concernaient la dépression, la schizophrénie, et les hospitalisations sans consentement, pour lesquelles les enfants ne sont pas concernés. Il offre ainsi la possibilité de conforter les résultats obtenus dans cette étude.

Par ailleurs, pour les raisons développées dans le chapitre précédent, ont été exclus du champ d'étude :

- les séquences et actes des établissements des DOM,
- les séquences des séjours thérapeutiques,
- les actes de type « réunion »,
- les consultations privées effectuées par les praticiens hospitaliers des établissements publics ou des Espic (activité libérale),
- les séquences pour lesquelles la forme d'activité n'est pas renseignée.

3.2 Choix d'une méthode d'identification des patients

- Un chaînage des données contenues dans les différentes tables du Rim-P a été mis en œuvre, afin de relier les différentes prises en charge d'un même patient au cours de l'année 2011. Dans ce but, il a été nécessaire de déterminer une méthode d'identification des patients.

- Dans le Rim-P, deux méthodes permettent cette identification :

A partir du numéro anonyme propre à chaque patient (« clé de chaînage »)

Lors de toute prise en charge hospitalière, un numéro anonyme permanent et unique est attribué à chaque patient à partir de ses caractéristiques propres (sexe, date de naissance et numéro de sécurité sociale). Ce numéro permet donc d'établir un lien entre toutes les hospitalisations qui concernent ce patient, quel que soit le secteur (MCO, SSR, psychiatrie...) et le lieu d'implantation de l'établissement. Pour cette raison, le numéro anonyme est également nommé « clé de chaînage » [14].



L'identification des patients à l'aide du numéro anonyme est particulièrement adaptée à l'étude des parcours de soins. Elle présente par contre certains inconvénients, par rapport aux objectifs de cette étude.

D'une part, le numéro anonyme est généré uniquement en cas de séjour hospitalier (à temps complet ou à temps partiel). Ainsi, pour les prises en charge ambulatoires, il n'est possible d'affecter un numéro ANO qu'aux actes des patients qui ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année (par appariement des tables RPSA et R3A à l'aide du couple Finess-IPP). Ceci n'est pas possible pour les actes des patients qui ont eu exclusivement des prises en charge en ambulatoire au cours de l'année. Le choix de cette méthode pour l'identification des patients amènerait donc à restreindre le champ de l'étude aux patients hospitalisés au moins une fois au cours de l'année.

De plus, l'ATIH recommande de ne pas considérer dans les analyses du PMSI les séjours pour lesquels le numéro anonyme n'est pas valide (informations manquantes ou non conformes) [14], ce qui conduirait à restreindre le champ d'étude aux seuls patients hospitalisés et pour lesquels la clé de chaînage est utilisable¹¹.

A partir du couple Finess-IPP du patient

Un numéro d'identification propre à chaque établissement (au sens du Finess juridique) est attribué à chaque patient lors de toute admission, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire. Il s'agit de l'identifiant permanent du patient (IPP). Ce numéro est saisi pour toute prise en charge (hospitalière ou ambulatoire) et ne présente pas de défaut d'exhaustivité (voir Qualité de réponse pour les différentes variables collectées, p. 16). Il est donc possible de lier, grâce au couple Finess-IPP, l'ensemble des prises en charge d'un patient dans un même établissement de santé.

Cette méthode d'identification des patients a pour défaut de compter les patients autant de fois qu'ils ont eu d'établissements de prise en charge différents au cours de l'année. Le numéro IPP étant propre à chaque établissement (entité juridique), **une personne prise en charge par plusieurs établissements sera identifiée comme une personne différente pour chaque établissement fréquenté.**

Selon l'Irdes la probabilité qu'un patient donné soit pris en charge dans plusieurs établissements est toutefois assez faible¹².

En conclusion, la méthode d'identification des patients par le couple Finess-IPP, qui permet de mieux prendre en compte l'ensemble du parcours de soins des patients pris en charge, a été retenue pour cette étude.

¹¹ Selon l'Irdes, seuls 94 % des numéros anonymes étaient valides en 2010, sur l'ensemble des observations de la table ANO [1].

¹² 8 % des patients ayant un identifiant ANO valide ont été pris en charge dans plusieurs établissements (entité juridique) [1].



3.3 Création d'une base d'informations par patient

Afin de mener les analyses par patient, un nouvel ensemble de données a été créé, permettant de disposer sur le champ d'analyse défini au chapitre 2 des informations suivantes, pour chaque couple Finess-IPP :

- caractéristiques démographiques : sexe, âge et code géographique de domicile,
- pathologies prises en charge,
- types de prises en charge,
- mode légal, en cas d'hospitalisation à temps plein,
- durée annuelle d'hospitalisation, en cas d'hospitalisation (temps plein¹³).

3.3.1 Caractéristiques démographiques

Des différences concernant l'âge, le sexe ou le code géographique de domicile ont été observées entre les différentes séquences/actes renseignés pour un même patient au cours de l'année. Ces critères devant être uniques pour l'analyse par patient, ont été retenus, pour chaque Finess-IPP :

- l'âge le plus élevé¹⁴,
- le sexe le plus fréquemment renseigné,
- le dernier code géographique renseigné, dans l'ordre des prises en charge.

Les personnes domiciliées en Pays de la Loire sont celles dont le code géographique retenu commence par : 44, 49, 53, 72 ou 85.

3.3.2 Identification des pathologies par patient

Plusieurs diagnostics peuvent être enregistrés pour une seule et même prise en charge (séquence ou acte) :

- un diagnostic ou motif principal de prise en charge,
- des diagnostics ou facteurs associés.

Ces diagnostics, codifiés à l'aide de la classification internationale des maladies (Cim-10), doivent être affectés au terme de chaque séquence/acte. Au cours d'un séjour, les diagnostics peuvent évoluer et changer d'une séquence à l'autre.

Seul le diagnostic principal (DP), défini comme étant « celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins » au cours de la prise en charge¹⁵, est obligatoirement renseigné pour l'envoi des données aux tutelles.

Malgré cette obligation, une part non négligeable de diagnostics principaux n'ont pas été renseignés, notamment parmi les prises en charge de type « actes » (voir Qualité de réponse pour les différentes variables collectées, p. 16).

¹³ Y compris prises en charge en centres de crise et en centres de postcure

¹⁴ L'âge renseigné dans les séquences étant l'âge du patient au moment de l'entrée du séjour, il peut y avoir un décalage entre l'âge renseigné et l'âge réel au moment des soins. Le choix de retenir l'âge le plus élevé permet, dans le cas où le patient a également bénéficié de prises en charge en ambulatoire, de privilégier l'âge renseigné dans le dernier acte, qui correspond alors à l'âge au moment du dernier acte réalisé. Dans le cas contraire, il peut subsister un écart avec l'âge réel du patient.

¹⁵ A noter que cette définition correspond à celle qui était utilisée avant 2010 dans le MCO et depuis 2010 la définition est : le diagnostic principal (DP) du RUM est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM), pris en charge pendant le séjour et déterminé à la sortie de l'UM (ainsi un problème de santé inexistant à l'admission ou étranger au motif de celle-ci, et apparu ou découvert au cours du séjour dans l'UM, ne peut jamais être le DP).



On peut toutefois faire l'hypothèse, que dans la plupart des cas, sur l'ensemble des prises en charge effectuées au cours d'une année chez un patient, un diagnostic principal a pu être renseigné au moins une fois.

Face au manque de renseignements des diagnostics et facteurs associés, le comité d'experts réuni par l'Irdes préconise d'identifier les pathologies prises en charge en utilisant uniquement le diagnostic principal.

Par ailleurs, compte-tenu du niveau détaillé des codes Cim-10 renseignés en DP, et du biais de codage qui en découle, ce groupe d'experts préconise également d'analyser les diagnostics en les regroupant de la façon suivante :

- F00 à F09 : Troubles mentaux organiques (dont maladie d'Alzheimer et autres causes de démence),
- F10-F19 : Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (principalement alcool),
- F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants,
- F30-F39 : Troubles de l'humeur (dont troubles dépressifs et bipolaires),
- F40-F48 : Troubles névrotiques (dont troubles anxieux et de l'adaptation),
- F50-F59 : Syndromes comportementaux (dont troubles de l'alimentation et du sommeil),
- F60-F69 : Troubles de la personnalité,
- F70-F79 : Retard mental,
- F80-F89 : Troubles du développement psychologique (dont autisme et autres troubles envahissants du développement),
- F90-F98 : Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (dont troubles des conduites),
- F99 : Trouble mental, sans précision,
- Z00-Z99 : Facteurs influant sur l'état de santé (dont difficultés liées aux conditions socio-économiques, psycho-sociales ou au mode de vie [alcool, drogues...], soins médicaux [chimiothérapie, radiothérapie...] ou impliquant une rééducation),
- Codes d'autres chapitres de la Cim-10 (dont symptômes et signes relatifs à l'humeur et au comportement, auto-intoxications).

Un même patient a pu avoir au cours de l'année, plusieurs prises en charge avec des diagnostics principaux appartenant à des groupes différents. Les exploitations ont donc été menées de façon à analyser les personnes ayant eu **au moins une prise en charge dans l'année** (séquence ou acte) avec un DP appartenant à un groupe de pathologies donné.

Le groupe « F99 : Trouble mental, sans précision » a fait l'objet d'un traitement particulier. Ne sont pris en compte dans ce groupe, que les patients pour lesquels l'ensemble des prises en charge avaient comme DP un code « F99 », c'est-à-dire pour lesquels aucun trouble mental précis n'a pu être identifié au cours de l'année.

Cette méthode a également été appliquée aux patients pour lesquels aucun diagnostic principal n'a été renseigné au cours de l'année ; ce groupe de pathologies étant désigné « diagnostic non renseigné » dans la suite de l'étude.



3.3.3 Identification des types de prises en charge par patient

Dans le Rim-P, les différentes modalités de prise en charge peuvent être décrites à partir de la variable forme d'activité, complétée, pour les actes, des informations : type d'actes, lieu de l'acte et intervenants (pour plus de détails, voir p. 8)

Aux vues des défauts d'exhaustivité constatés sur les nombres de journées et d'actes par forme d'activité détaillée, et conformément à la méthodologie retenue par l'Irdes (voir Qualité de la base Rim-P, p. 12), le choix a été fait d'analyser les modalités de prise en charge selon de larges regroupements, désignés « types de prises en charge » dans la suite de l'étude :

- temps complet (hospitalisation à temps plein ou alternatives),
- temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit),
- domicile (HAD ou ambulatoire à domicile¹⁶),
- groupe (CATTP ou ambulatoire de groupe),
- ambulatoire individuel (ambulatoire autre que à domicile ou en groupe).

Un même patient ayant pu avoir au cours de l'année plusieurs types de prises en charge, les exploitations ont été menées de façon à analyser :

- les personnes ayant eu au moins une fois dans l'année une prise en charge appartenant à un type donné,
- les personnes ayant eu exclusivement un type de prise en charge au cours de l'année.

3.3.4 Identification des patients hospitalisés sans leur consentement

Dans le Rim-P 2011 (et dans le recueil des années précédentes), l'information concernant le mode légal de séjour devait être renseignée **uniquement pour les séquences ayant une forme d'activité F01 « hospitalisation à temps plein »**, selon les modalités suivantes :

- 1 : hospitalisation libre,
- 2 : hospitalisation à la demande d'un tiers,
- 3 : hospitalisation d'office,
- 4 : personnes jugées pénalement irresponsables,
- 5 : ordonnance provisoire de placement (OPP),
- 6 : détenus.

Selon ce recueil, les hospitalisations sans consentement correspondent ainsi aux séjours ayant un mode légal codé de 2 à 6.

L'année 2011 marque toutefois une transition importante dans le domaine des soins sans consentement. En effet, la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, ouvre les soins sans consentement aux modalités de prise en charge autres que l'hospitalisation à temps plein, et prévoit l'intervention systématique d'un juge des libertés et de la détention [3], [15]. Après avis auprès du Dr Dominique Robert, psychiatre et médecin DIM au Centre de santé mentale angevin (Cesame), membre de comité d'experts de l'Irdes, il est toutefois apparu possible

¹⁶ Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)



d'analyser le recours à l'hospitalisation sans consentement selon les modalités inscrites dans le Rim-P 2011, compte tenu du délai de mise en application de cette réforme¹⁷.

Un même patient ayant pu avoir au cours de l'année plusieurs séquences d'hospitalisation à temps plein avec des modes légaux différents selon les séquences¹⁸, les exploitations du Rim-P 2011 ont été menées de façon à analyser les personnes ayant eu **au moins une fois dans l'année** une hospitalisation à temps plein sans leur consentement.

3.3.5 Calcul des durées annuelles d'hospitalisation par patient

- Il est possible de calculer, pour chaque patient pris en charge à temps plein¹⁹, une **durée annuelle d'hospitalisation (DAH)**. Cet indicateur correspond au nombre de journées de prise en charge à temps plein²⁰ sur une année calendaire, c'est-à-dire dans notre cas, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011. Pour un patient pris en charge sur plusieurs années, ne sont donc pas comptées les journées des années précédentes, ou suivantes (2010, 2012...).

La DAH permet uniquement de voir le "poids" d'une prise en charge, en terme de nombre de journées, sur une année calendaire donnée. Dans le champ de la psychiatrie, cet indicateur est souvent préféré à la durée de séjour [2] :

- il peut être calculé pour tous les patients pris en charge une année donnée et non uniquement pour ceux dont le séjour s'est clôturé dans l'année.
- il permet aussi de tenir compte des arrêts-reprises de prise en charge et des allers-retours entre le domicile et l'hôpital, fréquents dans le domaine de la psychiatrie.

- Le calcul de la DAH permet notamment d'identifier les **patients hospitalisés « au long cours » sur 2011**, c'est-à-dire les patients qui ont été hospitalisés à temps plein plus de 292 jours dans l'année, avec ou sans interruption.

¹⁷ Depuis le 1^{er} janvier 2012, le Rim-P tient compte de l'évolution législative des soins sans consentement [16]. Le recueil aborde ces soins par le biais de la variable « mode légal de soins », renseignée lors des prises en charge à temps complet (et non uniquement lors de celles à temps plein), à temps partiel ou ambulatoires (lorsque qu'un programme de soins psychiatriques est mis en œuvre), et codée selon les modalités suivantes :

- 1 : soins psychiatriques libres,
- 3 : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État,
- 4 : soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables,
- 5 : soins psychiatriques dans le cadre d'une OPP,
- 6 : soins psychiatriques aux détenus,
- 7 : soins psychiatriques à la demande d'un tiers (deux certificats), ou soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (un certificat),
- 8 : soins psychiatriques pour péril imminent (un certificat, sans tiers).

¹⁸ Pour rappel, il y a changement de séquence au sein d'un séjour lorsque le mode légal de ce séjour change.

¹⁹ Y compris les prises en charge en centre de postcure psychiatrique (FA06) et en centre de crise (FA07)

²⁰ Cet indicateur n'inclut pas les patients pour lesquels les différentes séquences correspondant à une prise en charge à temps plein indiquent un nombre de jours de présence égal à 0, ni ceux pour lesquels au moins une des séquences de temps plein indique un nombre de jours supérieur à 92 (c'est-à-dire plus de 3 mois).



3.4 Plan d'analyse

- Le premier chapitre des résultats propose une description de la **file active globale**, soit l'ensemble de la population ligérienne âgée de 16 ans et plus, prise en charge par un établissement de santé ayant une autorisation en psychiatrie (toutes pathologies et formes de prises en charge confondues).

Comme précisé en préambule, cette étude constitue une première exploration des différentes données mobilisables dans le Rim-P 2011. A cet égard, plusieurs axes d'analyses ont été traités de manière conjointe. Ces axes ont été choisis selon plusieurs critères : pertinence du sujet dans le domaine de la prise en charge psychiatrique, mais aussi exhaustivité et qualité des informations recueillies. Les chapitres 2 à 5 de la partie résultats abordent ainsi les thématiques suivantes :

- **les personnes prises en charge à temps complet.** Ce champ du Rim-P apparaît comme l'un des plus robustes, en termes d'exhaustivité et de qualité des données renseignées (voir Exhaustivité des prises en charge par forme d'activité, p. 15). Par ailleurs, le recueil d'informations concernant ces séquences est identique dans les établissements publics et privés (pas d'asymétrie du champ du recueil, contrairement aux prises en charge ambulatoires par exemple).
- **les personnes âgées d'au moins 65 ans.** Cette population représente une part importante des patients pris en charge en psychiatrie hospitalière. Elle présente aussi certaines particularités sur le plan épidémiologique, puisqu'elle est constituée de patients dont les pathologies psychiatriques peuvent être anciennes, ou apparues avec le vieillissement (démences notamment).
- **les personnes prises en charge pour une schizophrénie.** Cette pathologie très invalidante nécessite le plus souvent un suivi psychiatrique rapproché et une prise en charge en établissement. Les informations recueillies dans le cadre du Rim-P peuvent, à cet égard, fournir une information de qualité sur la prise en charge des personnes présentant un diagnostic de schizophrénie en France.
- **les personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement.** Cette prise en charge correspond à une problématique importante en psychiatrie. Le recueil d'informations concernant ces prises en charge spécifiques aux hospitalisations à temps plein en 2011, est identique dans les établissements publics et privés (pas d'asymétrie du champ du recueil, contrairement aux prises en charge ambulatoires par exemple).

- Dans chacun de ces chapitres, sont décrits les **effectifs** des personnes prises en charge ainsi que leurs **répartitions** selon les caractéristiques sociodémographiques, les groupes de pathologies et les types de prises en charge.

Des **taux bruts de personnes prises en charge** ont été calculés en rapportant le nombre de patients à la taille de la population correspondante (à partir des données du RP 2010 Insee concernant les personnes âgées de 16 ans et plus).

Ces taux bruts ont été calculés, pour les Pays de la Loire et la France métropolitaine,

- par sexe,
- par âge et sexe,
- par groupe de pathologies,
- par type de prises en charge.



Les taux bruts permettent de quantifier le niveau de prise en charge en psychiatrie dans la région et en France métropolitaine, mais les comparaisons territoriales basées sur ces indicateurs sont délicates car les taux dépendent en partie de la structure par âge de la population.

Ainsi, pour les comparaisons entre les Pays de la Loire et la France métropolitaine, des **indices comparatifs** (méthode de standardisation indirecte) ont été calculés afin d'éliminer les effets de structure par sexe et âge de la population. Plus précisément, il s'agit dans cette étude d'un rapport en base 100, entre le nombre de Ligériens pris en charge observé dans le Rim-P, et le nombre de Ligériens qui serait obtenu si les taux de personnes prises en charge dans la région étaient, pour chaque sexe et tranche d'âge, identiques à ceux de France métropolitaine.

L'indice comparatif France métropolitaine étant par définition fixé à 100 (valeur de référence), un indice comparatif régional de 107 signifie un taux de prise en charge des Ligériens supérieur de 7 % à la moyenne nationale (à structures par sexe et âge de la population identiques), et un indice comparatif régional de 84, un taux de prise en charge des Ligériens inférieur de 16 % à la moyenne nationale.

Sont également présentés, le nombre total de **journées** d'hospitalisation à temps plein et la **durée annuelle d'hospitalisation** (DAH) moyenne, ainsi que la proportion de patients **hospitalisés plus de 292 jours** dans l'année.

- Certains des résultats les plus marquants sont accompagnés d'éléments d'interprétation, figurés par les encadrés « **Hypothèses** ». Les encadrés « **Éclairage** » et « **Exploitations complémentaires** » apportent en outre des compléments d'informations sur les thématiques explorées.



DEUXIÈME PARTIE : RÉSULTATS

1. File active globale

1.1 Effectif de personnes concernées

Plus de 80 000 personnes âgées de 16 ans et plus habitant les Pays de la Loire ont été prises en charge au moins une fois au cours de l'année 2011 par un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie. Au plan national, cette file active globale s'élève à 1 574 000 personnes. Pour les établissements publics et les établissements privés d'intérêt collectif (Espic), ces dénombrements incluent les personnes prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte²¹.

Ces résultats sont globalement cohérents avec les données concernant les files actives dans les établissements de la région et de France métropolitaine, issues de l'enquête annuelle SAE du Ministère en charge de la santé²².

1.2 Répartition selon le sexe et l'âge

- Les répartitions selon le sexe et l'âge sont relativement proches en Pays de la Loire et en France : 54 % des personnes prises en charge sont des femmes (Fig 1.1) ; dans la région comme au niveau national, les tranches d'âge les plus représentées sont celles des 35-44 ans et des 45-54 ans, la moins représentée est celle des 85 ans et plus (Fig 1.2).

- La population prise en charge en psychiatrie est, toutefois, légèrement plus âgée parmi les habitants des Pays de la Loire qu'en moyenne en France, en lien avec une surreprésentation des patients âgés de 65 ans et plus : 19 % des Ligériens pris en charge se situent dans cette tranche d'âge, contre 15 % au plan national (Fig 1.2).

Au total, l'âge moyen des patients ligériens est de 47,4 ans (écart-type : 19,1), et la médiane s'établit à 46 ans, valeurs légèrement supérieures à celles observées au niveau national (âge moyen de 45,9 ans, écart-type 18,1, et médiane à 45 ans).

Fig1.1 Répartition selon le sexe des personnes prises en charge en psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Répartition	Effectifs	Répartition
Hommes	36 959	46 %	727 348	46 %
Femmes	43 428	54 %	846 588	54 %
Deux sexes	80 387	100 %	1 573 936	100 %

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

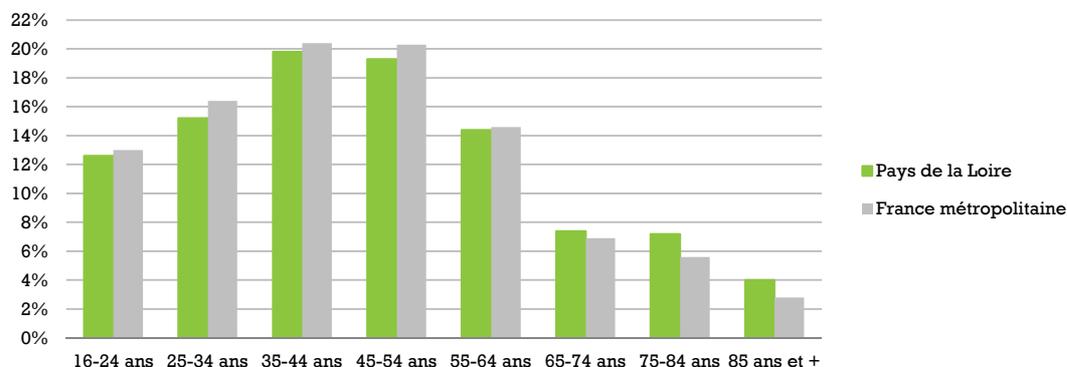
Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

²¹ Une formulation plus concise (« prise en charge en psychiatrie ») sera employée dans la suite de ce chapitre.

²² D'après la SAE [13], la file active « psychiatrie générale » des établissements de santé des Pays de la Loire s'élève à 80 176 patients en 2011 et la psychiatrie en milieu pénitentiaire concernait 3 351 personnes. Au plan national, ces effectifs s'élèvent respectivement à 1 518 933 et 68 853. A noter qu'en Pays de la Loire, aucun établissement public de santé n'est spécifiquement dédié à l'accueil des personnes incarcérées.



Fig1.2 Répartition selon l'âge des personnes prises en charge en psychiatrie
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

1.3 Taux de personnes prises en charge

- Rapporté à la population âgée de 16 ans et plus, le taux brut de personnes prises en charge en psychiatrie s'élève à 28 pour 1 000 habitants en Pays de la Loire. Ce taux est légèrement inférieur à la moyenne nationale (31 pour 1 000), ce constat étant observé chez les hommes comme chez les femmes (Fig 1.3).

Fig1.3 Taux bruts de personnes prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)
Hommes	36 959	27,1	727 348	30,2
Femmes	43 428	29,5	846 588	32,1
Deux sexes	80 387	28,3	1 573 936	31,2

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

- Ces écarts ne sont pas expliqués par les caractéristiques démographiques régionales, puisque les indices comparatifs de prise en charge, qui permettent une comparaison à structure par âge identique, sont eux aussi inférieurs à la moyenne française (Fig 1.4).



Fig1.4 Indices comparatifs de personnes prises en charge en psychiatrie, selon le sexe

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine

	Pays de la Loire	France métropolitaine
Hommes	90	100
Femmes	92	100
Deux sexes	91	100

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Ces résultats peuvent être mis en regard des données concernant la prévalence régionale des admissions en affection de longue durée par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Cette prévalence est en effet, à structure par âge identique, inférieure de 5 % à la moyenne nationale pour les démences (ALD 15) et inférieure de 9 % pour les autres pathologies psychiatriques (ALD 23)²³.

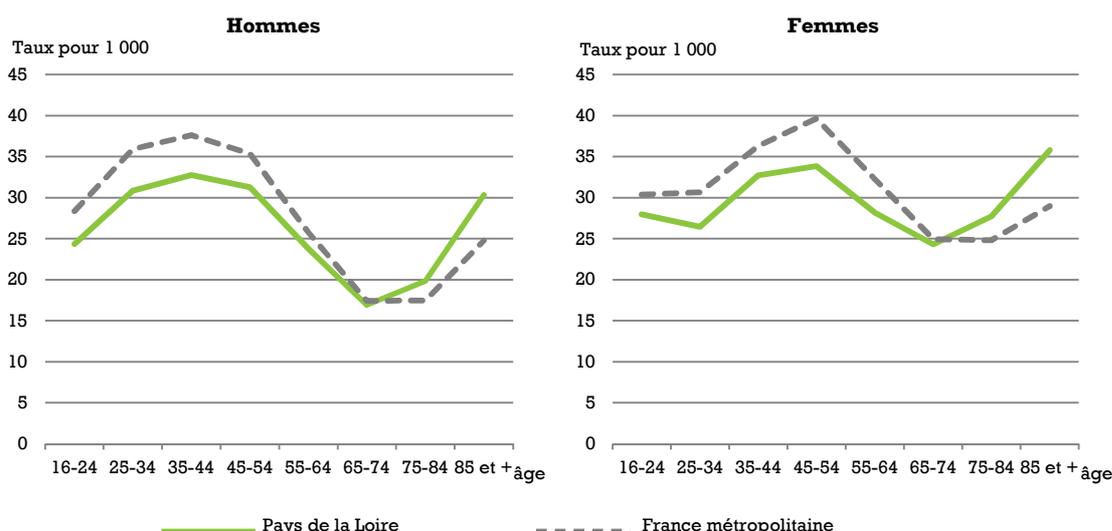
- Les courbes représentant les taux de personnes prises en charge par sexe et âge ont des profils proches dans la région et en France. Après une augmentation jusqu'à 35-44 ans chez les hommes, et 45-54 ans chez les femmes, les taux diminuent jusqu'à 65-74 ans puis augmentent à nouveau au-delà (Fig 1.5).

Par ailleurs, les taux masculins sont, pour toutes les classes d'âge, inférieurs aux taux féminins, sauf chez les 25-34 ans.

Enfin, par rapport à la moyenne nationale, les taux régionaux sont, chez les hommes comme chez les femmes, inférieurs jusqu'à la classe d'âge 65-74 ans, puis supérieurs au-delà (Fig 1.5). Une analyse plus détaillée des taux de personnes prises en charge au-delà de 65 ans est présentée p. 46.

Fig1.5 Taux de personnes prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

²³ Sources : Cnamts, MSA, RSI, au 31 décembre 2012. Exploitation ORS Pays de la Loire.



Hypothèses

Comment expliquer la moindre fréquence des prises en charge en psychiatrie des personnes de 45 à 75 ans ?

La courbe par âge des taux de personnes prises en charge en psychiatrie (**Fig 1.5**) adopte un profil très différent de celui classiquement observé pour les prises en charge en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), dont les taux par âge connaissent une augmentation continue (au-delà de l'âge d'un an).

Si la très forte augmentation des taux de prise en charge au-delà de 75 ans dans la file active globale s'explique par le poids croissant des détériorations psychiques de toutes origines (notamment celles liées à la maladie d'Alzheimer), la diminution marquée des taux de prise en charge entre 45 et 75 ans est moins documentée et plus complexe à interpréter.

Plusieurs facteurs ou hypothèses, susceptibles d'être liés entre eux, pourraient expliquer ce phénomène.

La première explication tient au risque de décès particulièrement élevé des jeunes adultes atteints de pathologies psychiatriques (notamment par suicide), qui conduit à la disparition prématurée de certains patients **[17]**. De nombreuses études décrivent notamment une espérance de vie des schizophrènes inférieure de 15 ans par rapport au reste de la population **[17b]**.

Par ailleurs, le moindre recours des personnes âgées de 45 à 75 ans peut refléter le cours naturel de la maladie psychique, qui apparaît chez l'adulte jeune, et finit parfois par se compenser/s'apaiser quand la personne « apprend » (ou se résigne) à vivre avec sa maladie.

Ce phénomène pourrait aussi résulter d'évolutions du parcours de soins, et en particulier du transfert de certaines prises en charge vers le secteur libéral (médecins généralistes, psychiatres, psychologues...) qui ne sont pas dénombrées dans le Rim-P.

Il pourrait également être lié à des spécificités épidémiologiques de cette classe d'âge, et notamment de l'émergence massive au-delà de 45 ans des pathologies somatiques, qui focalisent les prises en charge.

Enfin, l'existence d'un effet de cohorte, en lien notamment avec les évolutions considérables de la psychiatrie au cours des 30 à 40 dernières années, tant en termes de diagnostic que de prises en charge, est également envisageable.

1.4 Groupes de pathologies

- Pour 11 % des patients des Pays de la Loire, aucun diagnostic principal n'a été renseigné pour la ou les différentes prises en charge de l'année. Dans 0,3 % des cas, le motif de l'ensemble des prises en charge de l'année est un trouble mental sans précision (code F99). Les données sur le diagnostic en région apparaissent un peu mieux renseignées qu'en France métropolitaine, puisque les moyennes nationales s'établissent respectivement à 13 % et 2 %.

- La répartition des patients pris en charge au moins une fois dans l'année 2011 selon les groupes de pathologies, et les taux bruts pour 1 000 habitants correspondants, sont détaillés dans le **tableau 1.6** et sur le **graphique 1.7**.

Parmi les habitants des Pays de la Loire, les taux bruts les plus élevés sont observés pour les troubles de l'humeur (6 personnes prises en charge au moins une fois dans l'année 2011 pour 1 000 habitants), suivis des troubles névrotiques (5,3 pour 1 000).

Viennent ensuite les « facteurs influant sur l'état de santé » (4,3 pour 1 000 habitants), la schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (4 pour 1 000), les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (2,8) et les troubles de la personnalité (2,1).



Fig.1.6 Personnes prises en charge en psychiatrie par groupe de pathologies²⁴

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire			France métropolitaine		
	Nombre de personnes concernées	% file active globale	Taux bruts pour 1000 habitants	Nombre de personnes concernées	% file active globale	Taux bruts pour 1000 habitants
File active globale	80 387		28,3	1 573 936		31,2
Troubles mentaux organiques (F00-F09)	2 785	3%	1,0	41 940	3%	0,8
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)	7 891	10%	2,8	151 593	10%	3,0
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)	11 451	14%	4,0	225 174	14%	4,5
Troubles de l'humeur (F30-F39)	17 054	21%	6,0	375 048	24%	7,4
Troubles névrotiques (F40-F48)	14 909	19%	5,3	276 955	18%	5,5
Syndromes comportementaux (F50-F59)	1 161	1%	0,4	24 156	2%	0,5
Troubles de la personnalité (F60-F69)	6 062	8%	2,1	113 020	7%	2,2
Retard mental (F70-F79)	1 549	2%	0,5	24 265	2%	0,5
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	829	1%	0,3	13 326	1%	0,3
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	701	1%	0,2	15 937	1%	0,3
Facteurs influant sur l'état de santé (Z00-Z99)	12 203	15%	4,3	151 851	10%	3,0
Autres chapitres de la Cim-10	1 828	2%	0,6	41 437	3%	0,8
<i>Trouble mental, sans précision (F99)</i>	<i>237</i>	<i>0%</i>	<i>0,1</i>	<i>33 055</i>	<i>2%</i>	<i>0,7</i>
<i>Diagnostic non renseigné</i>	<i>8 786</i>	<i>11%</i>	<i>3,1</i>	<i>212 090</i>	<i>13%</i>	<i>4,2</i>

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les données correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.

- Le classement régional des taux bruts par groupe de pathologies diffère peu de celui observé au niveau national. Le taux de prises en charge pour des facteurs influant sur l'état de santé apparaît toutefois particulièrement élevé dans les Pays de la Loire. Ce groupe de pathologies se situe ainsi, dans la région, devant le groupe « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », situation inverse à celle observée au plan national (Fig 1.7).

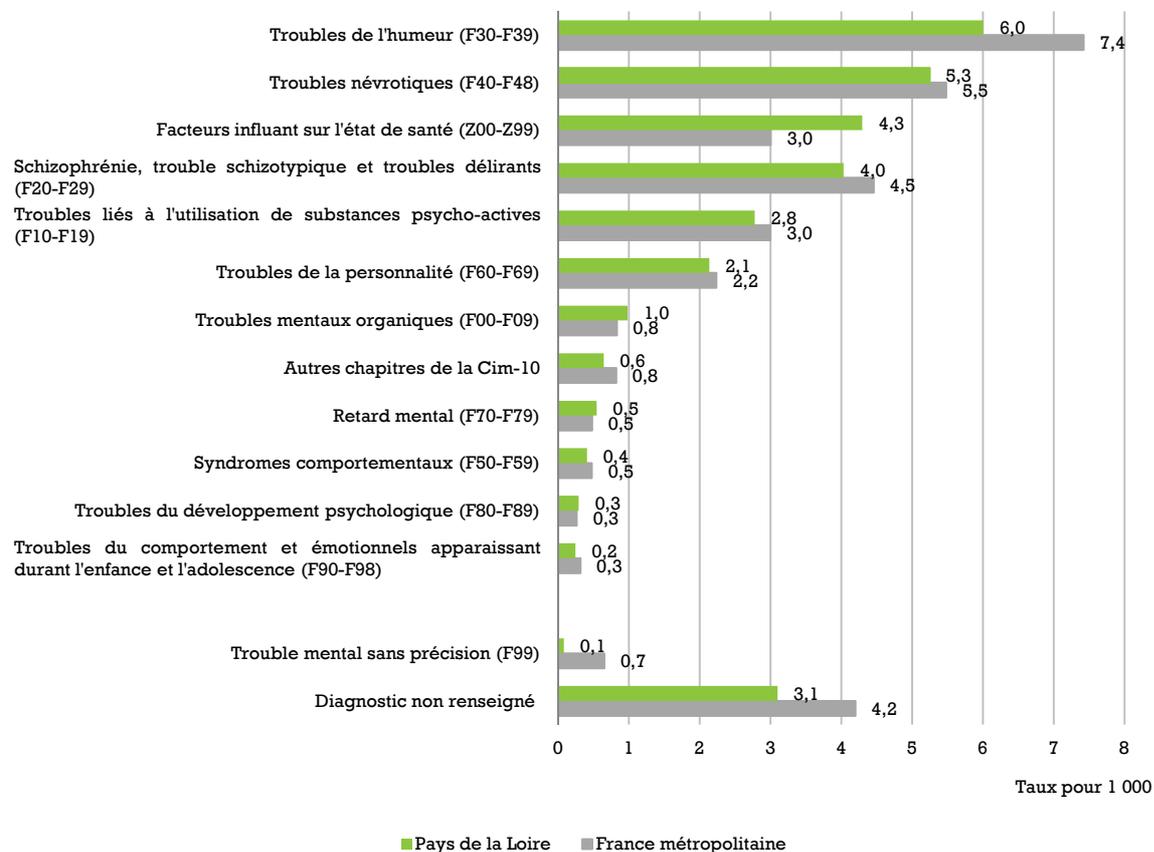
Les comparaisons avec les moyennes nationales doivent toutefois être considérées avec prudence, dans la mesure où certains écarts peuvent pour partie résulter de différences de pratiques de codage. A cet égard, les codes Cim-10 du groupe « Facteurs influant sur l'état de santé (Z00-Z99) » sont, très probablement, inégalement utilisés parmi les équipes de soins.

²⁴ Pour plus de précisions sur la constitution des groupes de pathologies, voir méthodologie p. 22



Fig1.7 Taux bruts de personnes prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants par groupe de pathologies

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant des taux bruts dans les Pays de la Loire. Une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les taux correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.



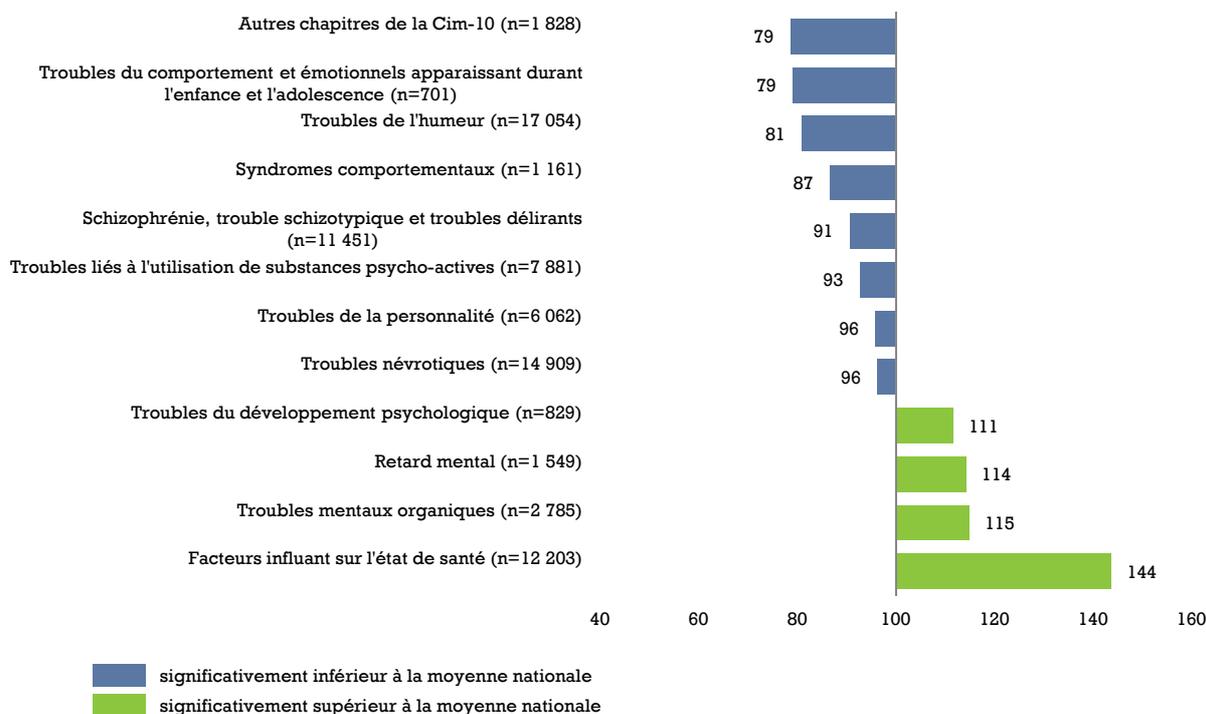
- Après standardisation sur le sexe et l'âge, des différences significatives sont observées entre les Pays de la Loire et la France métropolitaine pour chacun des groupes de pathologies (Fig 1.8).

Les indices comparatifs régionaux sont inférieurs aux moyennes nationales pour une majorité des groupes de pathologies. Quatre groupes de pathologies présentent en revanche des indices comparatifs significativement supérieurs à 100 :

- pour les « facteurs influant sur l'état de santé », l'écart à la moyenne nationale dépasse 40 %. Il est toutefois probable que cet écart soit particulièrement lié à des différences de pratiques de codage.
- pour les troubles du développement psychologique (incluant l'autisme), les retards mentaux et les troubles mentaux organiques (incluant les démences), l'écart à la moyenne nationale se situe entre 10 et 15 %.

Fig1.8 Indices comparatifs de personnes prises en charge en psychiatrie, par groupe de pathologies

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine



n = effectif de patients ligériens

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : pour certains groupes de pathologies, des écarts importants avec la moyenne nationale sont mis en évidence, mais concernent un effectif limité de personnes. Ces différences doivent alors être interprétées avec prudence.



1.5 Types de prises en charge

- Dans la région comme au plan national, près de 9 patients sur 10 ont bénéficié au moins une fois dans l'année de soins ambulatoires individuels, et près d'un quart ont été pris en charge au moins une fois à temps complet²⁵. Les prises en charge à domicile, en groupe et à temps partiel sont moins fréquentes (Fig 1.9).

Fig1.9 Personnes prises en charge en psychiatrie par type de prises en charge²⁶

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi l'ensemble de la file active globale	Nombre de personnes concernées	% parmi l'ensemble de la file active globale
Temps complet	18 860	23 %	376 520	24 %
Temps partiel	5 393	7 %	75 654	5 %
Domicile ¹	5 802	7 %	113 863	7 %
Groupe	7 893	10 %	106 800	7 %
Ambulatoire individuel ²	70 228	87 %	1 343 305	85 %

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Une personne a pu bénéficier de différents types de prises en charge au cours de l'année. Dans ce tableau, les personnes sont comptabilisées autant de fois qu'elles ont eu de types de prises en charge différents. Les pourcentages présentés ne sont pas cumulables.

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

- Sur les 80 000 habitants de la région pris en charge au moins une fois en 2011, plus de 61 000 l'ont été de façon exclusive pour l'un ou l'autre des différents types de prises en charge (Fig 1.10). Près de 52 000, soit 64 % de la file active globale, ont été exclusivement pris en charge en ambulatoire, de façon individuelle. Plus de 7 300 ont été pris en charge exclusivement à temps complet (9 % *versus* 11 % au plan national).

Fig1.10 Personnes prises en charge en psychiatrie par type de prises en charge exclusif

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi l'ensemble de la file active globale	Nombre de personnes concernées	% parmi l'ensemble de la file active globale
Ensemble des personnes ayant eu des types de prises en charge exclusifs	61 279	76%	1 245 128	79%
Exclusivement des pec à temps complet	7 347	9%	176 539	11%
Exclusivement des pec à temps partiel	457	1%	13 935	1%
Exclusivement des pec à domicile ¹	442	0%	11 378	1%
Exclusivement des pec en groupe	1 286	2%	15 402	1%
Exclusivement des pec en ambulatoire individuel ²	51 747	64%	1 027 874	65%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

²⁵ Un même patient peut faire l'objet de plusieurs prises en charge de types différents au cours de la même année.

²⁶ Pour plus de précisions sur la constitution des types de prises en charge, voir méthodologie p. 24



2. Les personnes prises en charge à temps complet

Les prises en charge à temps complet concernent :

- les hospitalisations à temps plein (y compris les prises en charge en centre de crise et en centre de postcure),
- les alternatives à l'hospitalisation temps plein : prises en charge en placement familial thérapeutique et prises en charge en appartement thérapeutique²⁷.

Ce champ du Rim-P apparaît comme l'un des plus robustes, en termes d'exhaustivité et de qualité des données renseignées (voir Exhaustivité des prises en charge par forme d'activité, p. 15). Par ailleurs, le recueil d'informations concernant ces séquences est identique dans les établissements publics et privés (pas d'asymétrie du champ du recueil, contrairement aux prises en charge ambulatoires par exemple).

2.1 Effectif de personnes concernées

- Près de 19 000 Ligériens âgés de 16 ans et plus ont été pris en charge **à temps complet**, au moins une fois au cours de l'année 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie²⁸.

Cela représente 23 % de la file active globale en psychiatrie (voir p. 28). Au plan national, l'effectif des personnes prises en charge à temps complet s'élève à 376 500 (soit 24 % de la file active globale).

- Parmi ces 19 000 personnes, 7 300 ont été prises en charge à temps complet **de manière exclusive**, soit 39 % (47 % au plan national). Les personnes prises en charge à temps complet dans la région ont donc bénéficié plus souvent dans l'année d'autres types de prises en charge (à temps partiel, à domicile, en groupe, en ambulatoire individuel) qu'au plan national.
- Les personnes concernées peuvent en outre avoir bénéficié de plusieurs formes d'activité à temps complet au cours de l'année, alternant entre hospitalisation à temps plein, et placement familial ou suivi en appartement thérapeutique. Mais 99 % des personnes prises en charge à temps complet en 2011 ont été hospitalisées à temps plein au moins une fois dans l'année.

2.2 Répartition selon le sexe et l'âge

- 86 % des Ligériens pris en charge au moins une fois à temps complet dans l'année sont âgés de moins de 65 ans. Cette proportion est plus élevée que pour la file active globale (81 %).

Les tranches d'âge les plus représentées sont, comme pour la file active globale, celles des 35-44 ans et des 45-54 ans, et la moins représentée celle des 85 ans et plus (**Fig 2.2**).

²⁷ Voir partie méthodologie, p. 7

²⁸ Une formulation plus concise (« prise en charge à temps complet en psychiatrie ») sera employée dans la suite de ce chapitre.



Par rapport à la moyenne nationale, la région se caractérise par une population prise en charge au moins une fois dans l'année à temps complet légèrement plus jeune. La moyenne d'âge s'élève en effet à 45,9 ans en Pays de la Loire contre 46,5 en France (écart-type 16,8 en Pays de la Loire et 16,7 en France). L'âge médian est de 45 ans en Pays de la Loire contre 46 ans en France.

Fig2.1 Répartition selon le sexe des personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

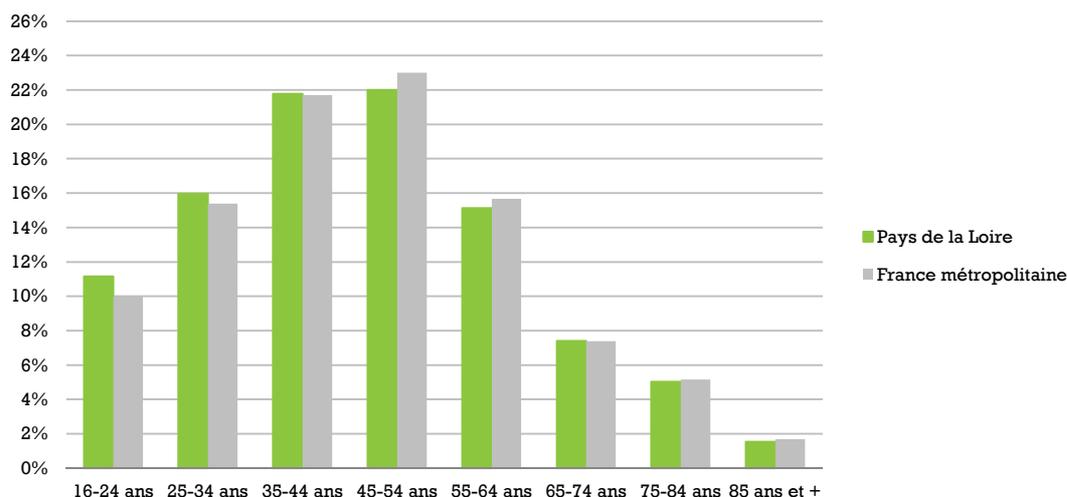
	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Répartition	Effectifs	Répartition
Hommes	9 589	51%	186 846	50%
Femmes	9 271	49%	189 674	50%
Deux sexes	18 860	100%	376 520	100%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Fig2.2 Répartition selon l'âge des personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

2.3 Taux de personnes prises en charge

- Rapporté à la population âgée de 16 ans et plus, le taux brut de personnes prises en charge à temps complet est proche de 7 pour 1 000 habitants en Pays de la Loire, et est moins élevé chez les femmes que chez les hommes. Ces taux régionaux sont inférieurs aux moyennes nationales (Fig 2.3).



Fig2.3 Taux bruts de personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)
Hommes	9 589	7,0	186 846	7,7
Femmes	9 271	6,3	189 674	7,2
Deux sexes	18 860	6,6	376 520	7,5

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

- Ces écarts ne sont pas expliqués par les caractéristiques démographiques régionales, puisque les indices comparatifs de prise en charge à temps complet, qui permettent une comparaison à structure par âge identique, sont eux aussi inférieurs à la moyenne française (Fig 2.4).

Fig2.4 Indices comparatifs de personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie, selon le sexe

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine

	Pays de la Loire	France métropolitaine
Hommes	91	100
Femmes	88	100
Deux sexes	89	100

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

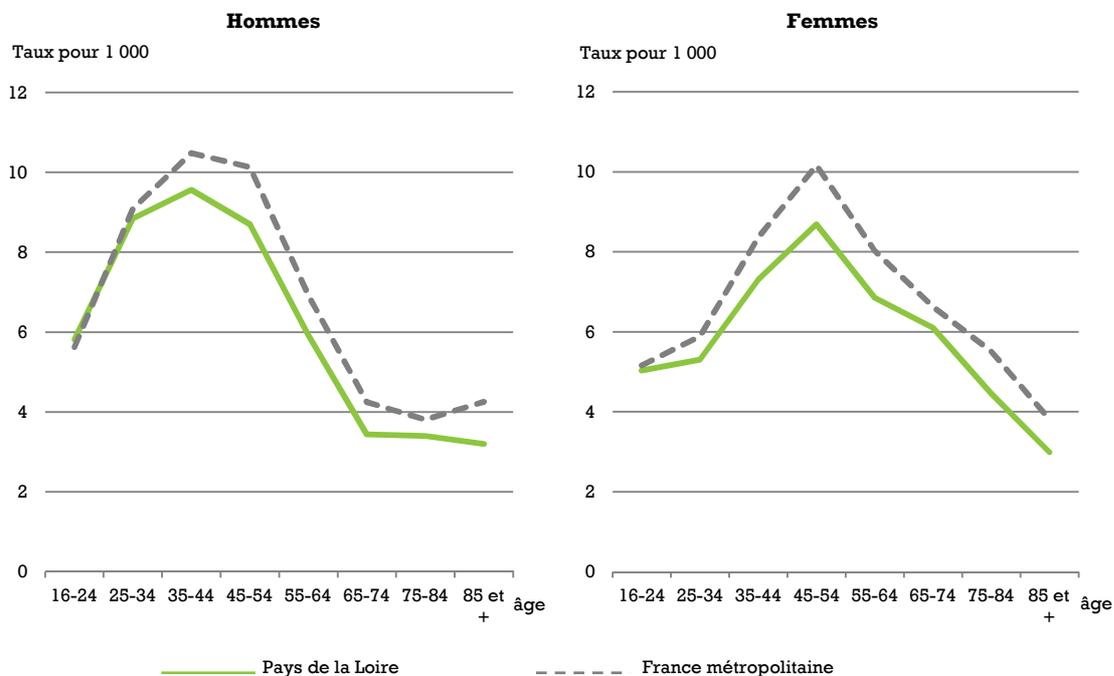
- Les courbes décrivant les taux de prise en charge par sexe et âge présentent des profils proches dans la région et en France (Fig 2.5). Chez les hommes, après une augmentation jusqu'à 35-44 ans, les taux diminuent jusqu'à 65-74 ans, puis se stabilisent au-delà. Chez les femmes, les taux augmentent jusqu'à 45-54 ans, puis diminuent au-delà. On ne retrouve donc pas sur ces courbes, qui portent sur le temps complet, le rebond marqué des taux au-delà de 65-74 ans observé pour la file active globale (voir Fig 1.5, p. 30).

Enfin, par rapport à la moyenne nationale, les taux par sexe et âge de prises en charge à temps complet sont moins élevés dans la région, hormis pour les patients les plus jeunes (femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 35 ans).



Fig2.5 Taux de personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

2.4 Groupes de pathologies

- Pour 4 % des patients des Pays de la Loire, aucun diagnostic principal n'a été renseigné pour les différentes prises en charge à temps complet de l'année. Dans 0,1 % des cas, le motif de l'ensemble des séquences à temps complet de l'année est un trouble mental sans précision (code F99). Les données sur le diagnostic en région apparaissent un peu mieux renseignées qu'en France métropolitaine, notamment concernant l'utilisation du code « Trouble mental sans précision », puisque les moyennes nationales s'établissent respectivement à 4 % et 1 %.

- La répartition des patients pris en charge à temps complet au moins une fois dans l'année 2011 selon les groupes de pathologies, et les taux bruts pour 1 000 habitants correspondants, figurent au [tableau 2.6](#) et sur le [graphique 2.7](#).

Pour les habitants des Pays de la Loire, les taux bruts les plus élevés sont observés pour les troubles de l'humeur (2,1 patients hospitalisés au moins une fois à temps complet dans l'année pour 1 000 habitants), suivis par la schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (1,5 pour 1 000). Ces deux groupes de pathologies concernent plus de la moitié (54 %) des patients pris en charge à temps complet au moins une fois dans l'année.

Viennent ensuite les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives et les troubles névrotiques (1 pour 1 000 habitants).



Fig2.6 Personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie par groupe de pathologies ²⁹

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire			France métropolitaine		
	Nombre de personnes concernées	% ¹	Taux bruts pour 1000 habitants	Nombre de personnes concernées	% ¹	Taux bruts pour 1000 habitants
Ensemble des personnes prises en charge à temps complet	18 860		6,6	376 520		7,5
Personnes prises en charge au moins une fois à temps complet avec un diagnostic :						
Troubles mentaux organiques (F00-F09)	494	3%	0,2	10 932	3%	0,2
Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-F19)	2 840	15%	1,0	56 178	15%	1,1
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)	4 147	22%	1,5	85 283	23%	1,7
Troubles de l'humeur (F30-F39)	5 946	32%	2,1	131 584	35%	2,6
Troubles névrotiques (F40-F48)	2 831	15%	1,0	43 873	12%	0,9
Syndromes comportementaux (F50-F59)	247	1%	0,1	4 112	1%	0,1
Troubles de la personnalité (F60-F69)	1 431	8%	0,5	25 582	7%	0,5
Retard mental (F70-F79)	429	2%	0,2	6 987	2%	0,1
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	273	1%	0,1	4 185	1%	0,1
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	145	1%	0,1	2 340	1%	0,0
Facteurs influant sur l'état de santé (Z00-Z99)	292	2%	0,1	10 663	3%	0,2
Autres chapitres de la Cim-10	212	1%	0,1	6 501	2%	0,1
<i>Trouble mental, sans précision (F99)</i>	<i>26</i>	<i>0%</i>	<i>0,0</i>	<i>3 081</i>	<i>1%</i>	<i>0,1</i>
<i>Diagnostic non renseigné</i>	<i>763</i>	<i>4%</i>	<i>0,3</i>	<i>14 991</i>	<i>4%</i>	<i>0,3</i>

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : une personne a pu être prise en charge à temps complet pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les données correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.

1. Pourcentage parmi les personnes prises en charge à temps complet au moins une fois au cours de l'année

● Le classement régional des taux bruts par groupe de pathologies diffère peu de celui observé au niveau national. Le moindre taux de prises en charge à temps complet observé pour les habitants des Pays de la Loire résulte principalement d'un taux régional moins élevé pour les troubles de l'humeur (**Fig 2.7**).

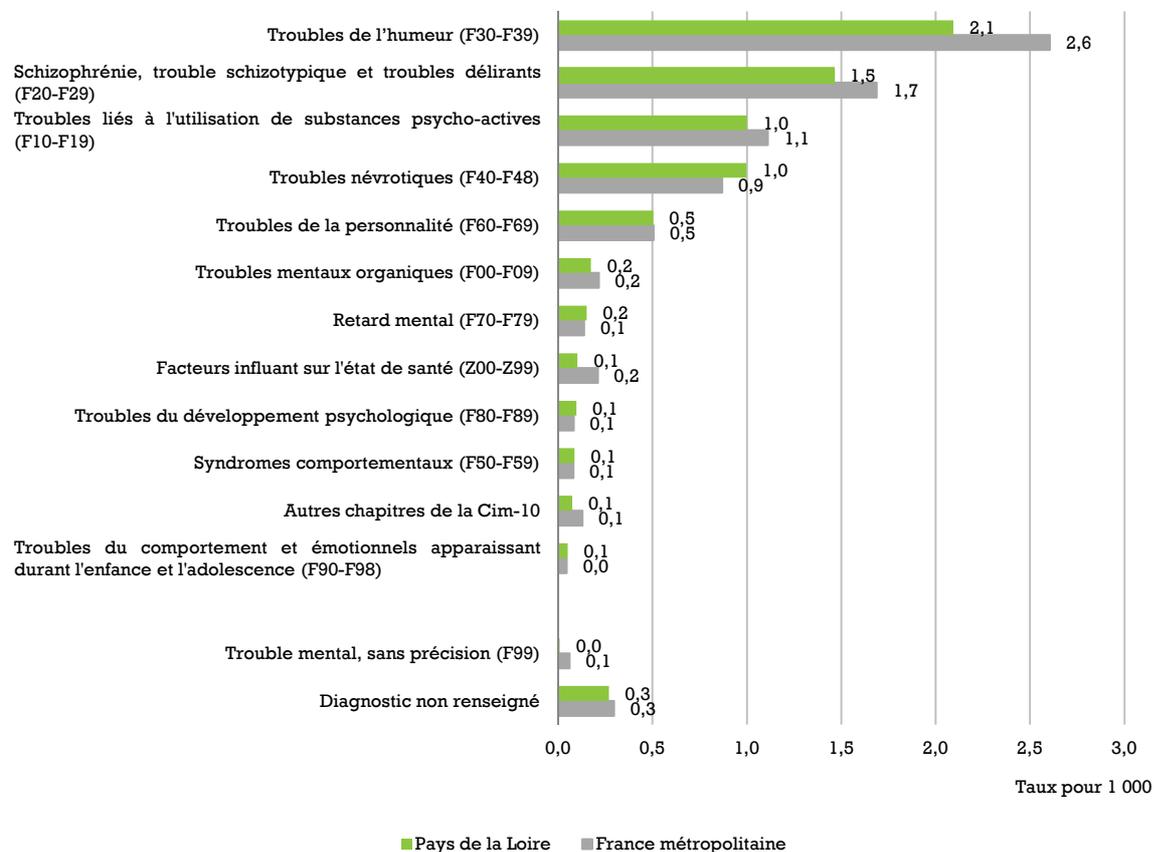
Les comparaisons avec les moyennes nationales doivent toutefois être considérées avec prudence, dans la mesure où certains écarts peuvent pour partie résulter de différences de pratiques de codage.

²⁹ Pour plus de précisions sur la constitution des groupes de pathologies, voir méthodologie p. 22



Fig2.7 Taux bruts de personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie pour 1 000 habitants par groupe de pathologies

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant des taux bruts dans les Pays de la Loire. Une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les taux correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.

• Après standardisation sur le sexe et l'âge, six groupes de pathologies présentent des indices comparatifs de personnes prises en charge à temps complet significativement inférieurs à la moyenne nationale : les facteurs influant sur l'état de santé (-51 %), les diagnostics somatiques (-42 %), les troubles mentaux organiques (-22 %), les troubles de l'humeur (-20 %), les « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » (-13 %) et les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (-10 %) (Fig 2.8).

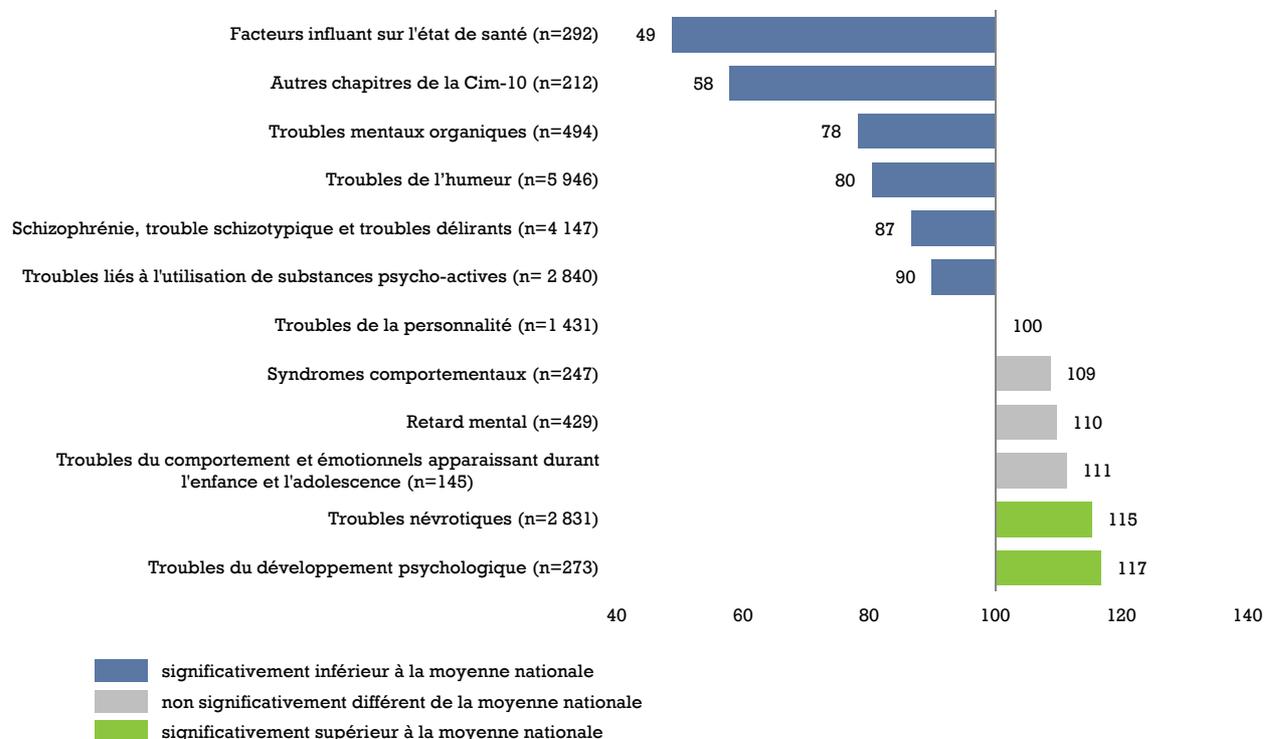
Deux groupes de pathologies présentent à l'inverse des indices comparatifs significativement supérieurs à 100 : les troubles du développement psychologique (+17 %) et les troubles névrotiques (+15 %).

L'écart avec la moyenne nationale n'est pas statistiquement significatif pour les troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence, le retard mental, les syndromes comportementaux et les troubles de la personnalité.



Fig2.8 Indices comparatifs de personnes prises en charge à temps complet en psychiatrie, par groupe de pathologies

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine



■ significativement inférieur à la moyenne nationale
 ■ non significativement différent de la moyenne nationale
 ■ significativement supérieur à la moyenne nationale

n = effectif de patients ligériens

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge à temps complet en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : pour certains groupes de pathologies, des écarts importants avec la moyenne nationale sont mis en évidence, mais concernent un effectif limité de personnes. Ces différences doivent alors être interprétées avec prudence.

Hypothèses

Comment expliquer les écarts régionaux de prises en charge à temps complet pour certains groupes de pathologies ?

Ces écarts de prises en charge peuvent probablement être en partie rapprochés des caractéristiques épidémiologiques régionales en matière de santé mentale, ou résulter de pratiques de codage régionales particulières.

D'autres facteurs liés à l'organisation des soins jouent très certainement un rôle. Par exemple, pour les patients atteints de troubles mentaux organiques (incluant les démences), la moindre fréquence des prises en charge à temps complet en Pays de la Loire peut être liée à l'offre régionale particulièrement importante en structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées, ces patients bénéficiant plutôt de prises en charge psychiatriques ambulatoires.



2.5 Journées et durée annuelle d'hospitalisation à temps plein

• Le nombre total de journées d'hospitalisation temps plein pour les patients domiciliés en Pays de la Loire atteint 843 500 en 2011. Trois groupes de pathologies concentrent deux tiers de ces journées : 34 % correspondent à des séquences pour lesquelles le diagnostic principal est un trouble schizophrénique, viennent ensuite les troubles de l'humeur (23 %), puis les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (10 %) (Fig2.9).

Cette répartition est relativement proche de celle observée au plan national.

Fig2.9 Journées de prises en charge à temps plein¹ en psychiatrie par groupe de pathologies

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de journées	%	Nombre de journées	%
Troubles mentaux organiques (F00-F09)	30 621	4%	656 081	4%
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)	83 385	10%	1 810 860	10%
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)	289 107	34%	6 139 998	34%
Troubles de l'humeur (F30-F39)	197 083	23%	4 631 121	26%
Troubles névrotiques (F40-F48)	60 068	7%	1 026 360	6%
Syndromes comportementaux (F50-F59)	8 799	1%	186 970	1%
Troubles de la personnalité (F60-F69)	46 279	5%	950 594	5%
Retard mental (F70-F79)	42 941	5%	834 261	5%
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	38 864	5%	636 534	4%
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	8 242	1%	108 168	1%
Facteurs influant sur l'état de santé (Z00-Z99)	6 412	1%	222 550	1%
Autres chapitres de la Cim-10	6 743	1%	216 205	1%
Trouble mental, sans précision (F99)	1 790	0%	122 433	1%
Diagnostic non renseigné	23 211	3%	605 378	3%
Total	843 545	100%	18 147 509	100%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein¹ en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

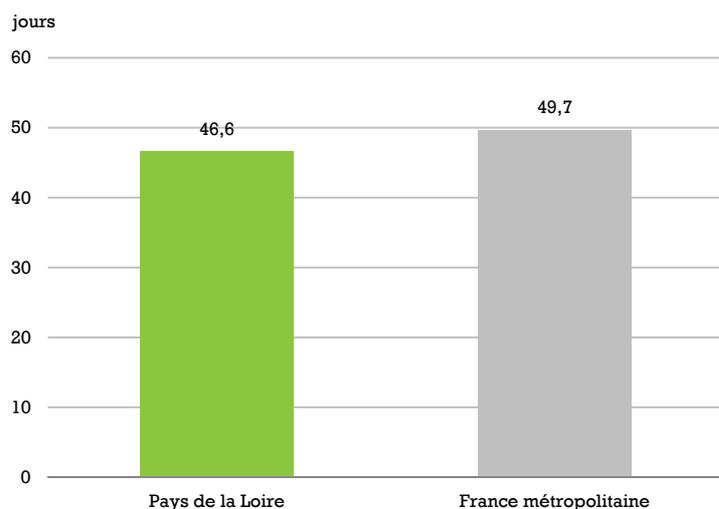
1. Y compris prises en charge en centre de crise ou en centre de postcure



- Tous diagnostics confondus, la durée annuelle d'hospitalisation (DAH)³⁰ à temps plein est en moyenne de 46,6 jours (écart-type de 76,0) pour les habitants des Pays de la Loire en 2011, valeur inférieure à la moyenne nationale (49,7 jours, écart-type de 76,3) (Fig 2.10). La DAH médiane s'établit à 19 jours pour les patients ligériens, contre 23 jours au plan national.

Fig2.10 Durée annuelle d'hospitalisation à temps plein¹ en psychiatrie (moyenne en jours)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein¹ en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

1. Y compris prises en charge en centre de crise ou en centre de postcure

- Parmi les 18 700 patients ligériens hospitalisés au moins une fois à temps plein dans l'année, 680 l'ont été plus de 292 jours dans l'année³¹, soit 4 %. Cette proportion est identique à celle observée au plan national.

Près de la moitié des patients ligériens hospitalisés à temps plein plus de 292 jours en 2011 l'ont été pour une pathologie du groupe « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », 11 % pour un retard mental, et 10 % pour des troubles du développement psychologique. Les autres groupes de pathologies concernent moins de 10 % des patients hospitalisés au long cours. Ces proportions sont du même ordre de grandeur au plan national.

³⁰ Pour plus de précisions sur la DAH, voir méthodologie p. 25

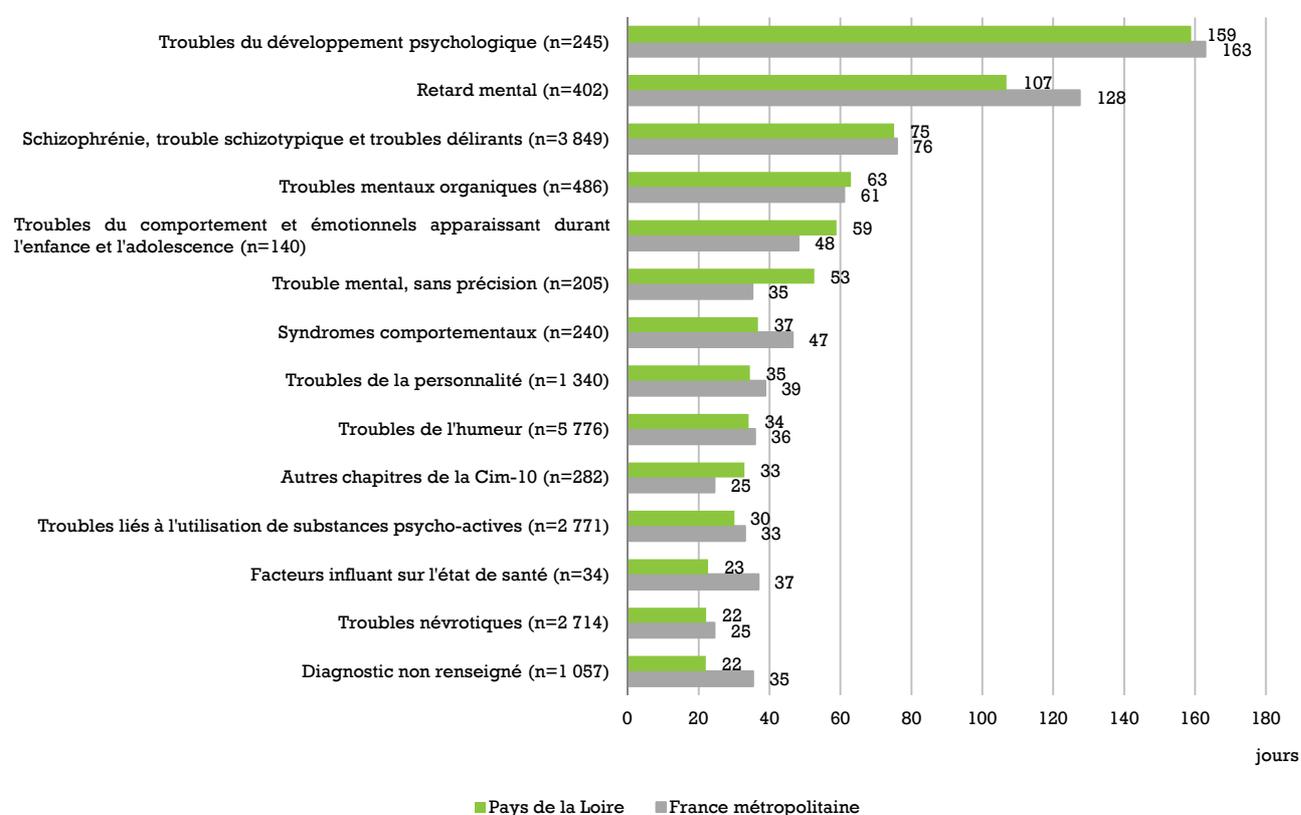
³¹ Pour rappel (voir méthodologie p. 25), cet indicateur tient compte uniquement des journées de prise en charge en 2011. Il ne permet donc pas d'identifier les personnes prises en charge au long cours sur plusieurs années consécutives.



● La DAH à temps plein varie fortement selon les groupes de pathologies (Fig 2.11). Pour les Ligériens, elle atteint 159 jours en moyenne pour les troubles du développement psychologique (*versus* 163 jours au plan national). Ce groupe de pathologies concerne cependant peu de personnes (245 patients dans la région). Pour le groupe « Troubles de l’humeur », qui constitue le groupe de pathologies le plus fréquent (5 776 patients dans la région), la DAH s’élève en moyenne à 34 jours pour les Ligériens, et à 36 jours au plan national.

Fig2.11 Durée annuelle d’hospitalisation à temps plein¹ en psychiatrie par groupe de pathologies (moyenne en jours)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



n = effectif de patients ligériens

Source : Rim-P (ATI) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein¹ en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

1. Y compris prises en charge en centre de crise ou en centre de postcure

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant de DAH moyenne dans les Pays de la Loire. Des patients peuvent avoir plusieurs prises en charge à temps plein, pour différents groupes de pathologies, au cours de l'année. Chez ce type de patients, la DAH pour un groupe de pathologies donné est calculée uniquement à partir des séquences à temps plein dont le diagnostic principal correspond à ce groupe précis de pathologies.



3. Les personnes âgées de 65 ans et plus

Cette population représente une part importante des patients pris en charge en psychiatrie, notamment en Pays de la Loire. Elle présente aussi certaines particularités sur le plan épidémiologique, puisqu'elle est constituée de patients dont les pathologies psychiatriques peuvent être anciennes, ou apparues avec le vieillissement (démences notamment).

3.1 Effectif de personnes concernées

- Environ 15 000 Ligériens âgés de 65 ans et plus ont été pris en charge au moins une fois en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie. Au plan national, cet effectif s'élève à plus de 240 000 personnes. Pour les établissements publics et les établissements privés d'intérêt collectif (Espic), ces dénombrements incluent les personnes prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte³².
- Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 19 % de l'ensemble des Ligériens pris en charge au moins une fois en psychiatrie en 2011, soit une proportion supérieure à celle observée au plan national (15 %, voir p. 28).

3.2 Répartition selon le sexe et l'âge

- Les répartitions de cette population selon le sexe et l'âge sont très proches en Pays de la Loire et en France : 67 % des personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge sont des femmes (**Fig 3.1**). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 65-74 ans (**Fig 3.2**), en lien avec la structure par âge de la population générale.

Les personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge sont globalement plus âgées parmi les habitants des Pays de la Loire qu'en France métropolitaine : 22 % de ces Ligériens sont âgés de 85 ans et plus, contre 18 % au plan national (**Fig 3.2**).

Au total, l'âge moyen des patients ligériens âgés de 65 ans et plus est de 77,4 ans (écart-type : 8,2 ans), et la médiane s'établit à 77 ans, valeurs supérieures à celles observées au niveau national (âge moyen de 74,1 ans, écart-type de 7 ans, et médiane à 73 ans)³³.

Fig3.1 Répartition selon le sexe des personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Répartition	Effectifs	Répartition
Hommes	4 984	33%	80 529	33%
Femmes	9 998	67%	160 006	67%
Deux sexes	14 982	100%	240 535	100%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

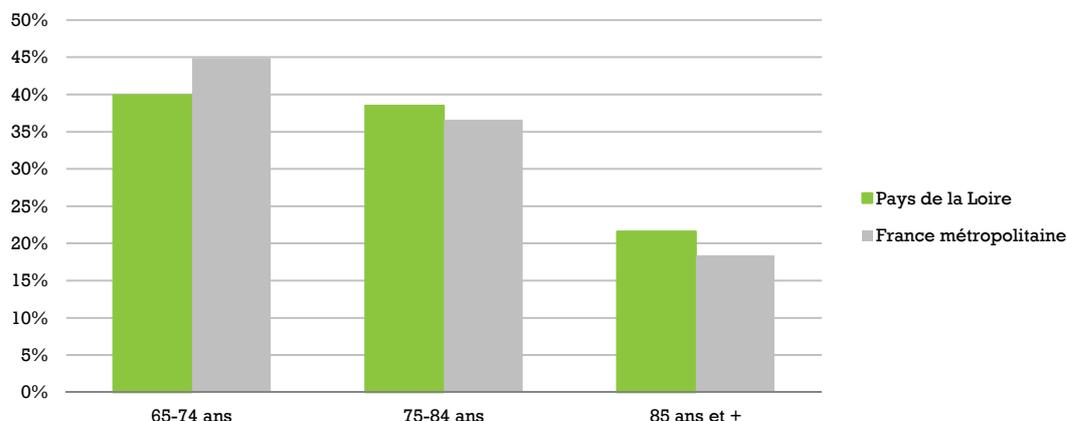
Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

³² Cette formulation décrit précisément le champ du recueil Rim-P. Une formulation plus concise (« personnes âgées prises en charge en psychiatrie ») sera employée dans la suite de ce chapitre.

³³ A noter que les Pays de la Loire font partie des régions où l'espérance de vie à 65 ans est supérieure à la moyenne en France métropolitaine, chez les hommes (19,1 ans vs 18,8 en France en 2012) et de manière encore plus marquée chez les femmes (23,2 ans vs 22,8) [18].



Fig3.2 Répartition selon l'âge des personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

3.3 Taux de personnes prises en charge

- Rapporté à la population âgée de 65 ans et plus, le taux brut de personnes prises en charge en psychiatrie s'élève à 24 pour 1 000 habitants en Pays de la Loire. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne nationale (23 pour 1 000), l'écart étant un peu plus marqué chez les femmes que chez les hommes (Fig 3.3).

Fig3.3 Taux bruts de personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)
Hommes	4 984	19,5	80 529	18,2
Femmes	9 998	27,7	160 006	25,6
Deux sexes	14 982	24,3	240 535	22,6

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

- Ces écarts ne sont pas expliqués par les caractéristiques démographiques régionales des personnes âgées de 65 ans et plus, puisque les indices comparatifs de prise en charge, qui permettent une comparaison à structure par âge identique, restent supérieurs à la moyenne française (Fig 3.4).



Fig3.4 Indices comparatifs de personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie, selon le sexe

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine

	Pays de la Loire	France métropolitaine
Hommes	107	100
Femmes	108	100
Deux sexes	108	100

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

- Les courbes représentant les taux de personnes prises en charge en psychiatrie par âge montrent des profils proches entre les hommes et les femmes, mais différents entre la région et la France (**Fig 3.5**).

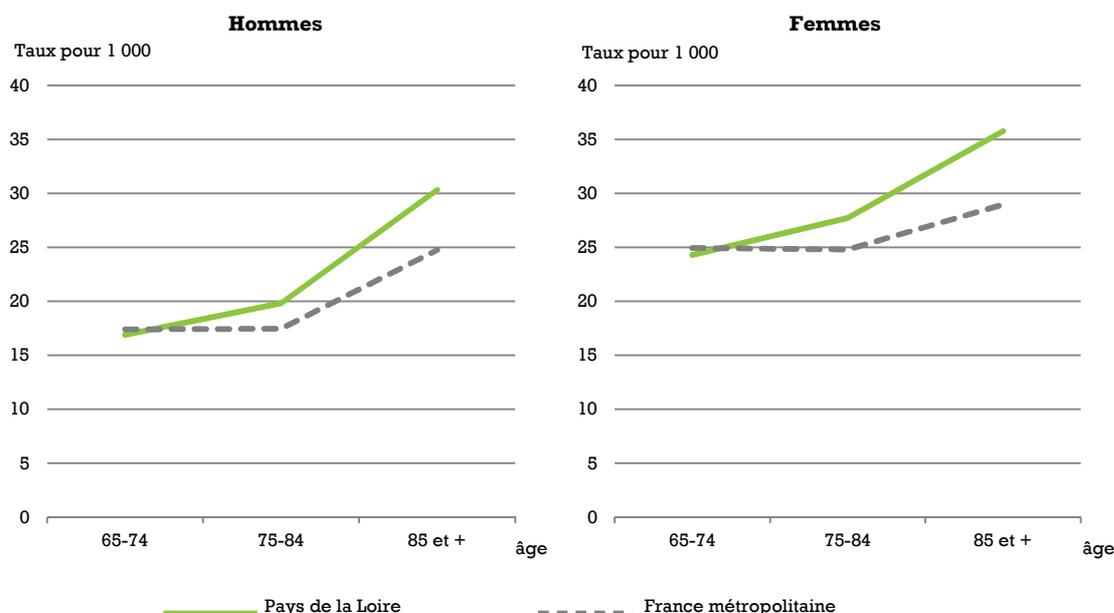
Parmi les habitants des Pays de la Loire, les taux augmentent chez les hommes comme chez les femmes entre 65-74 ans et 75-84 ans, alors qu'ils restent stables au plan national. Après 85 ans, les taux augmentent en France, et de façon encore plus marquée dans la région.

Ainsi, les taux régionaux, proches des taux nationaux pour les 65-74 ans, apparaissent nettement supérieurs à ceux-ci au-delà de 85 ans, pour les deux sexes.

Par ailleurs, les taux masculins sont, pour toutes les classes d'âge, inférieurs aux taux féminins.

Fig3.5 Taux de personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)



3.4 Groupes de pathologies

- Pour 13 % des patients âgés de 65 ans et plus des Pays de la Loire, aucun diagnostic principal n'a été renseigné pour les différentes prises en charge de l'année. Dans 0,3 % des cas, le motif de prise en charge est un trouble mental sans précision (code F99), le recours à ce code étant moins fréquent dans la région qu'au plan national (2 %) (Fig 3.6).

- La répartition des patients âgés selon les groupes de pathologies, et les taux bruts pour 1 000 habitants correspondants, figurent au [tableau 3.6](#) et sur le [graphique 3.7](#).

Parmi les habitants des Pays de la Loire, les taux bruts les plus élevés sont observés pour les troubles de l'humeur (7 personnes prises en charge au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), suivis par les troubles névrotiques (4,4 pour 1 000).

Viennent ensuite les troubles mentaux organiques (3,6 pour 1 000), les facteurs influant sur l'état de santé (2,6 pour 1 000 habitants) et la schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (2,4 pour 1 000).

Fig3.6 Personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie selon le groupe de pathologies³⁴

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire			France métropolitaine		
	Nombre de personnes concernées	% file active âgée de 65 ans et plus	Taux bruts pour 1000 habitants	Nombre de personnes concernées	% file active âgée de 65 ans et plus	Taux bruts pour 1000 habitants
File active âgée de 65 ans et plus	14 982		24,3	240 535		22,6
Troubles mentaux organiques (F00-F09)	2 227	15%	3,6	32 317	13%	3,0
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)	498	3%	0,8	8 748	4%	0,8
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)	1 503	10%	2,4	25 112	10%	2,4
Troubles de l'humeur (F30-F39)	4 336	29%	7,0	77 703	32%	7,3
Troubles névrotiques (F40-F48)	2 713	18%	4,4	38 218	16%	3,6
Syndromes comportementaux (F50-F59)	54	0%	0,1	2 180	1%	0,2
Troubles de la personnalité (F60-F69)	581	4%	0,9	9 720	4%	0,9
Retard mental (F70-F79)	128	1%	0,2	1 455	1%	0,1
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	6	0%	0,0	217	0%	0,0
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	11	0%	0,0	235	0%	0,0
Facteurs influant sur l'état de santé (Z00-Z99)	1 603	11%	2,6	17 670	7%	1,7
Autres chapitres de la Cim-10	348	2%	0,6	8 207	3%	0,8
Trouble mental, sans précision (F99)	39	0%	0,1	4 481	2%	0,4
Diagnostic non renseigné	1 930	13%	3,1	29 447	12%	2,8

Sources : Rim-P (ATI), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les données correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.

³⁴ Pour plus de précisions sur la constitution des groupes de pathologies, voir méthodologie p. 22

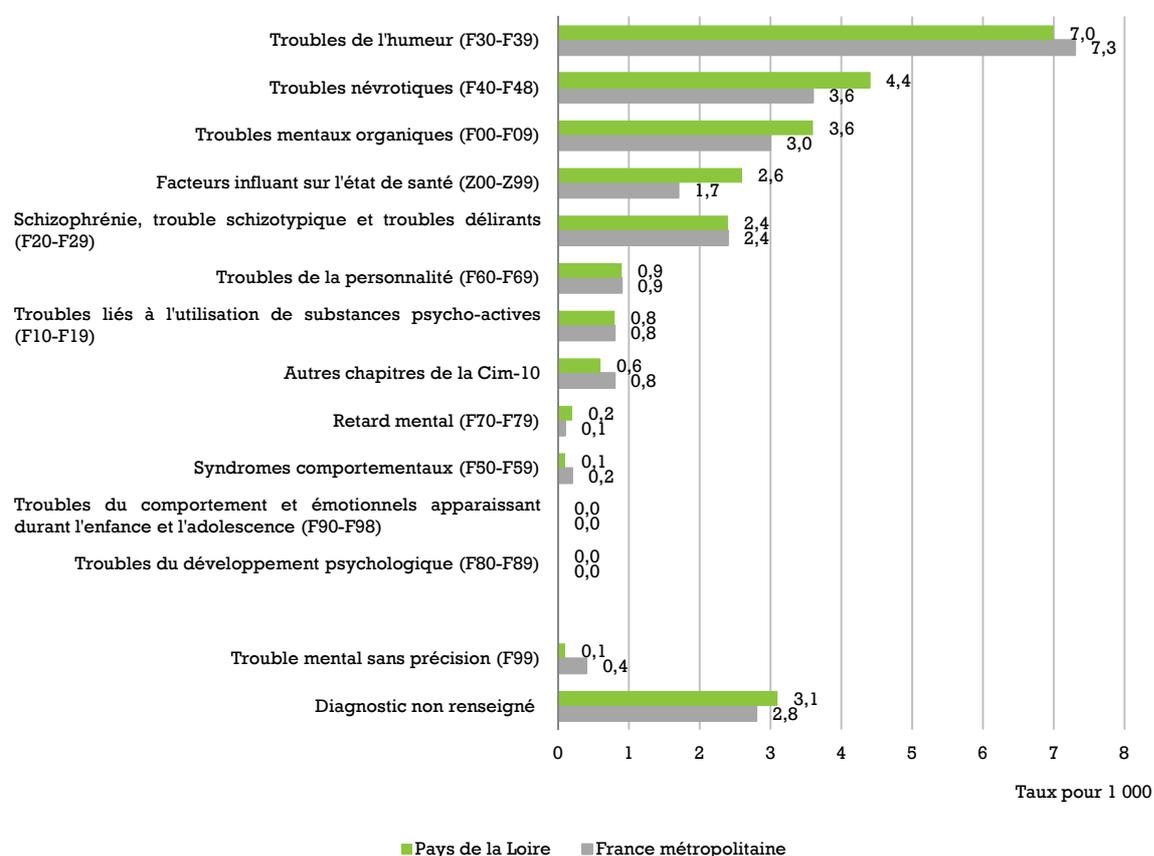


- Le classement régional des taux bruts par groupe de pathologies diffère peu de celui observé au niveau national. Le taux élevé de prises en charge des personnes âgées de 65 ans et plus dans la région résulte de la fréquence plus importante des prises en charge pour troubles névrotiques, pour troubles mentaux organiques et surtout pour les facteurs influant sur l'état de santé (Fig 3.7).

Les comparaisons avec les moyennes nationales doivent toutefois être considérées avec prudence, dans la mesure où certains écarts peuvent pour partie résulter de différences de pratiques de codage.

Fig3.7 Taux bruts de personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants par groupe de pathologies

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant des taux bruts dans les Pays de la Loire. Une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les taux correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.



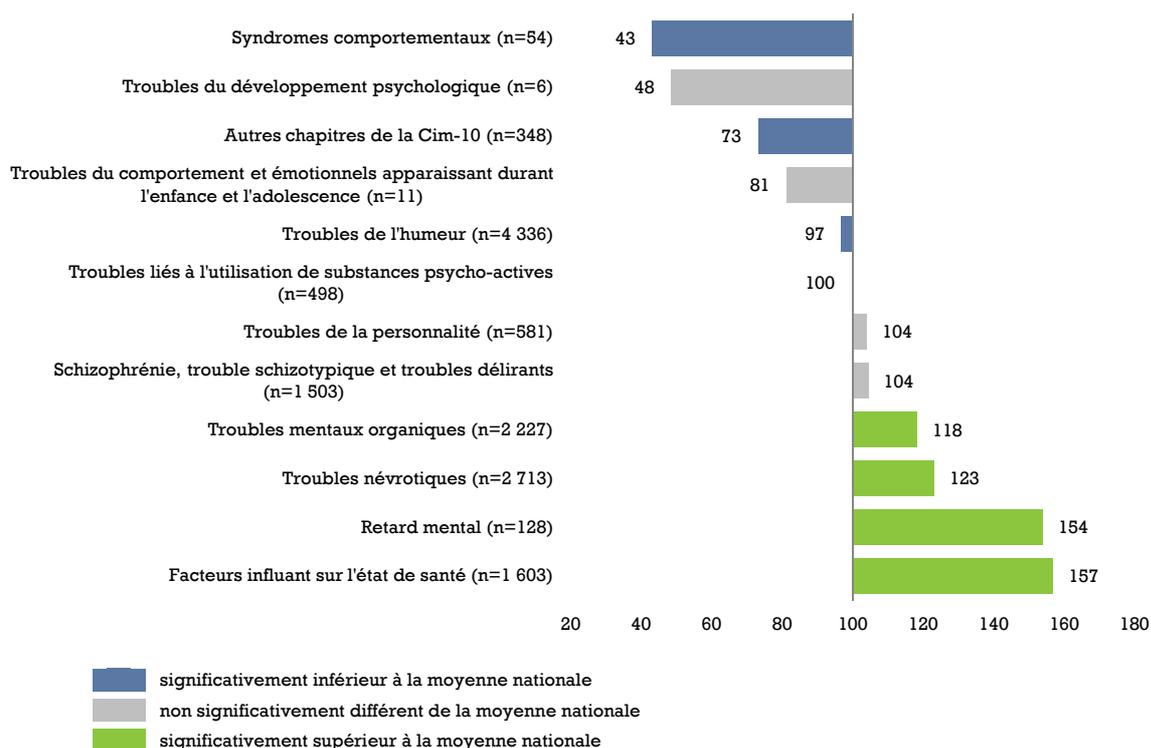
• Après standardisation sur le sexe et l'âge, quatre groupes de pathologies présentent des indices comparatifs de prise en charge significativement supérieurs à la moyenne nationale : les facteurs influant sur l'état de santé (+57 %), les troubles névrotiques (+23 %), les troubles mentaux organiques (+18 %), et le retard mental (+54 %, mais l'effectif de personnes concernées dans la région est faible) (Fig 3.8).

Trois groupes de pathologies présentent à l'inverse des indices comparatifs significativement inférieurs à 100 : les troubles de l'humeur (-3 %), les pathologies présentant un code Cim-10 hors chapitres F et Z (-27 %), et les syndromes comportementaux (-57 %), les écarts concernant ces deux derniers groupes devant être interprétés avec précaution compte tenu des faibles effectifs.

L'écart avec la moyenne nationale n'est pas statistiquement significatif pour les autres groupes de pathologies.

Fig3.8 Indices comparatifs de personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie, par groupe de pathologies

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : pour certains groupes de pathologies, des écarts importants avec la moyenne nationale sont mis en évidence, mais concernent un effectif limité de personnes. Ces différences doivent alors être interprétées avec prudence.



3.5 Types de prises en charge

● Près de 13 400 Ligériens âgés de 65 ans et plus pris en charge, soit 89 %, ont bénéficié au moins une fois dans l'année de soins ambulatoires individuels. 18 % ont été pris en charge au moins une fois à temps complet, et 13 % ont été vus au moins une fois à leur domicile³⁵. Les prises en charge en groupe et à temps partiel sont moins fréquentes (Fig 3.9).

Par rapport à la moyenne nationale, la part des personnes prises en charge au moins une fois dans l'année à temps complet est plus faible (18 % *versus* 22 %). A l'inverse, les proportions de personnes prises en charge au moins une fois en ambulatoire individuel et en groupe sont plus élevées (respectivement 89 % *versus* 84 %, et 6 % *versus* 4 %). Les fréquences de prises en charge à temps partiel et à domicile sont proches dans la région et en France.

Fig3.9 Personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie par type de prises en charge ³⁶
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active âgée de 65 ans et plus	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active âgée de 65 ans et plus
Temps complet	2 633	18%	53 582	22%
Temps partiel	539	4%	8 640	4%
Domicile ¹	1 918	13%	33 427	14%
Groupe	826	6%	10 586	4%
Ambulatoire individuel ²	13 390	89%	201 486	84%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Une personne a pu bénéficier de différents types de prises en charge au cours de l'année. Dans ce tableau, les personnes sont comptabilisées autant de fois qu'elles ont eu de types de prises en charge différents. Les pourcentages présentés ne sont pas cumulables.

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

● Sur les 15 000 Ligériens âgés de 65 ans et plus pris en charge en psychiatrie, près de 12 000 l'ont été de façon exclusive selon l'un ou l'autre des différents types de prises en charge (Fig 3.10). Plus de 10 000, soit 68 % de la file active globale âgée de 65 ans et plus, ont été exclusivement pris en charge en ambulatoire individuel (63 % au plan national). Plus de 1 000 ont été pris en charge exclusivement à temps complet (soit 7 %, *versus* 11 % au plan national).

³⁵ Un même patient peut faire l'objet de plusieurs prises en charge de types différents au cours de la même année.

³⁶ Pour plus de précisions sur la constitution des types de prises en charge, voir méthodologie p. 24



Fig3.10 Personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie par type de prises en charge exclusif

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active âgée de 65 ans et plus	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active âgée de 65 ans et plus
Ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus ayant eu des types de prises en charge exclusifs	11 741	78%	187 746	78%
Exclusivement des pec à temps complet	1 117	7%	27 263	11%
Exclusivement des pec à temps partiel	35	0%	1 761	1%
Exclusivement des pec à domicile ¹	274	2%	6 469	3%
Exclusivement des pec en groupe	84	1%	1 652	1%
Exclusivement des pec en ambulatoire individuel ²	10 231	68%	150 601	63%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

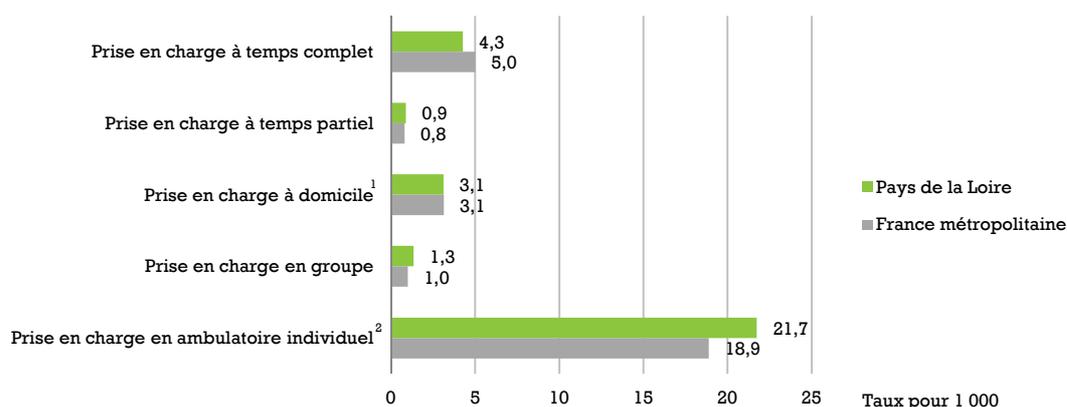
1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)
2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

- Rapportés à la population âgée de 65 ans et plus, les taux bruts pour chacun des types de prises en charge diffèrent entre la région et la France métropolitaine (Fig 3.11).

La région se caractérise ainsi par un taux plus élevé de prises en charge ambulatoires individuelles, mais également par un moindre taux de prises en charge à temps complet chez ces personnes âgées.

Fig3.11 Taux bruts de personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants, par type de prises en charge

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)
2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement



Hypothèses

Comment expliquer les écarts régionaux de prises en charge parmi les personnes âgées de plus de 65 ans ?

Par rapport à la moyenne nationale, les Pays de la Loire se distinguent par une fréquence plus importante de prises en charge ambulatoires individuelles parmi les personnes âgées de plus de 65 ans et, à l'inverse, par une fréquence plus faible de prises en charge à temps complet.

Ces écarts pourraient en partie être rapprochés des caractéristiques épidémiologiques régionales en matière de santé mentale.

Ils peuvent aussi traduire certaines particularités des Pays de la Loire en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes. La région se caractérise en effet par une offre particulièrement importante en structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et en unités de soins de longue durée [19]. Les personnes hébergées dans ces établissements peuvent alors plus fréquemment bénéficier de prises en charge de type ambulatoire.

Enfin, il est important de préciser à nouveau que le recueil des actes ambulatoires dans le Rim-P concerne uniquement les prises en charge réalisées par des établissements publics ou des Espic (et non celles réalisées par les établissements privés à but lucratif). Les comparaisons territoriales sur ce champ du recueil doivent donc être prudentes ; il est effectivement possible qu'une partie des écarts régionaux de prise en charge ambulatoire soit liée aux particularités de l'organisation des soins psychiatriques dans les Pays de la Loire.



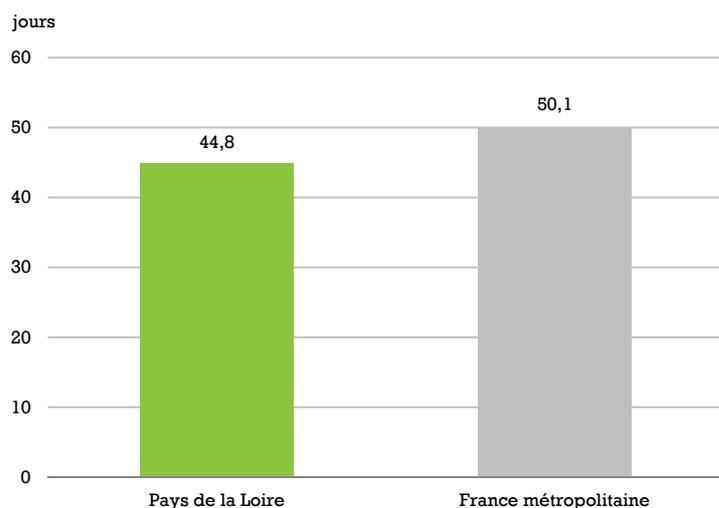
3.6 Journées et durée annuelle d'hospitalisation à temps plein

- Au total, près de 115 000 journées d'hospitalisation correspondent à la prise en charge à temps plein de patients ligériens âgés de 65 ans et plus, soit 14 % des journées à temps plein effectuées au sein de la file active globale (843 500, voir p. 43). Cette proportion est proche de celle observée au plan national (15 %).
- La durée annuelle d'hospitalisation (DAH)³⁷ à temps plein des personnes âgées de 65 ans et plus est en moyenne de 44,8 jours (écart-type de 61,6) parmi les habitants des Pays de la Loire en 2011, valeur inférieure à la moyenne nationale qui atteint 50,1 jours (écart-type de 66,4) (**Fig 3.12**). La DAH médiane s'établit à 24 jours pour les patients ligériens de cette tranche d'âge, contre 28 jours au plan national.

L'écart entre la DAH régionale et la DAH nationale est plus accentué chez les personnes âgées de 65 ans et plus, que parmi la file active globale (46,6 chez les Ligériens contre 49,7 en moyenne en France, voir p. 44).

Fig3.12 Durée annuelle d'hospitalisation à temps plein¹ des personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge en psychiatrie (moyenne en jours)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein¹ en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

1. Y compris prises en charge en centre de crise ou en centre de postcure

- Parmi les 2 630 patients ligériens âgés de 65 ans et plus hospitalisés au moins une fois à temps plein dans l'année, 52 l'ont été plus de 292 jours dans l'année³⁸, soit 2 %. Cette proportion est identique à celle observée au plan national.

³⁷ Pour plus de précisions sur la DAH, voir méthodologie p. 25

³⁸ Pour rappel (voir méthodologie p. 25), cet indicateur tient compte uniquement des journées de prise en charge en 2011. Il ne permet donc pas d'identifier les personnes prises en charge au long cours sur plusieurs années consécutives.

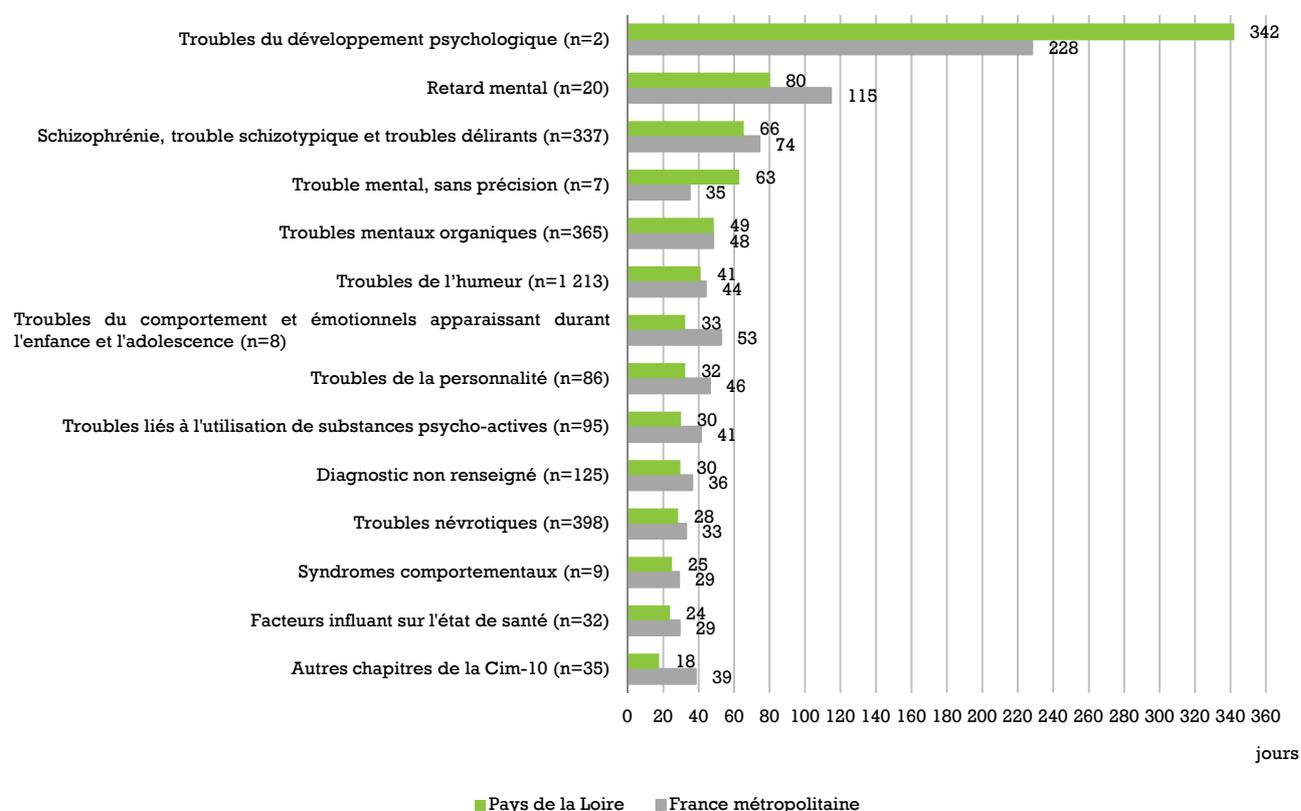


- La DAH à temps plein des personnes âgées de 65 ans et plus varie fortement selon les groupes de pathologies, les valeurs régionales devant être interprétées avec beaucoup de précautions compte tenu des effectifs concernés (Fig 3.13).

La DAH régionale est inférieure à la moyenne nationale pour tous les groupes de pathologies, à l'exception des troubles du développement psychologique (la valeur de la DAH pour ces troubles étant peu interprétable dans la région, car établie à partir des données de 2 patients uniquement).

Fig3.13 Durée annuelle d'hospitalisation à temps plein¹ en psychiatrie des personnes âgées de 65 ans et plus par groupe de pathologies (moyenne en jours)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



n = effectif de patients ligériens

Source : Rim-P (ATI) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 65 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein¹ en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

1. Y compris prises en charge en centre de crise ou en centre de posture

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant de DAH moyenne dans les Pays de la Loire. Des patients peuvent avoir plusieurs prises en charge à temps plein, pour différents groupes de pathologies, au cours de l'année. Chez ce type de patients, la DAH pour un groupe de pathologies donné est calculée uniquement à partir des séquences à temps plein dont le diagnostic principal correspond à ce groupe précis de pathologies.

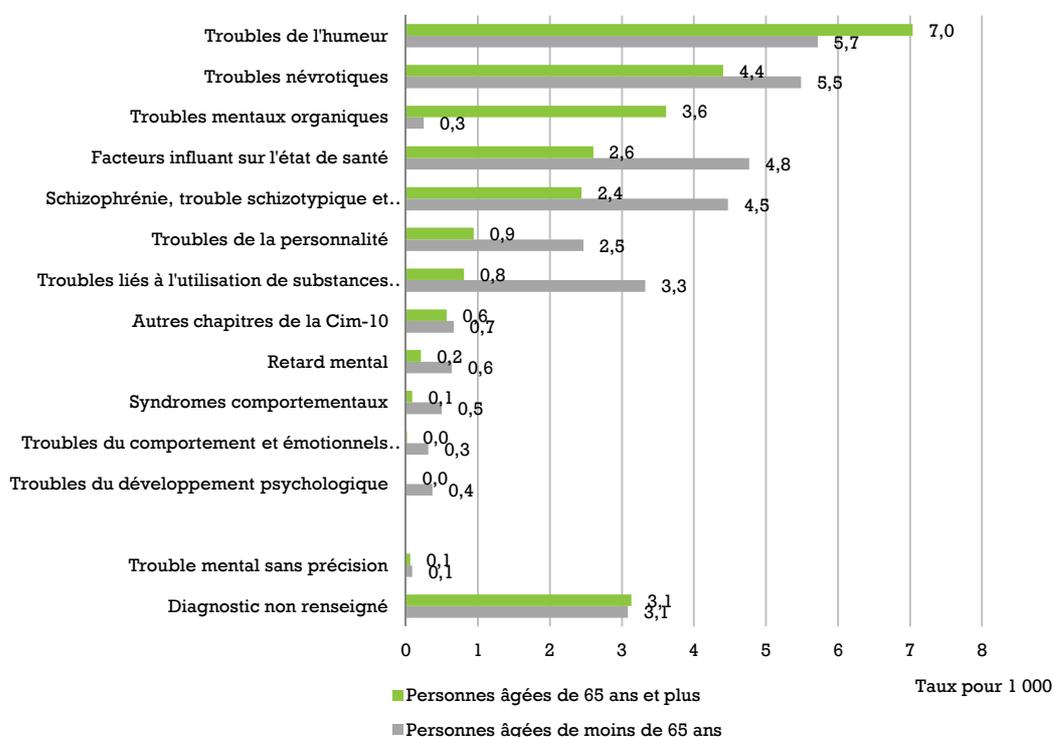


3.7 Comparaison avec les patients âgés de moins de 65 ans

- Les personnes âgées de 65 ans et plus prises en charge au moins une fois en psychiatrie au cours de l'année 2011 présentent, par rapport aux personnes plus jeunes :
 - une fréquence plus importante de prises en charge pour troubles mentaux organiques, ou pour troubles de l'humeur (Fig 3.14),
 - à l'inverse, une fréquence moins importante de prises en charge pour troubles névrotiques, troubles de la personnalité, « schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », facteurs influant sur l'état de santé, et troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

Fig3.14 Taux bruts de personnes prises en charge en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon l'âge et par groupe de pathologies

Pays de la Loire (2011)



Sources : Rim-P (ATI), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant des taux bruts dans les Pays de la Loire pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les taux correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année.



- En lien avec les différences de pathologies prises en charge, les personnes âgées de 65 ans et plus présentent, par rapport aux personnes plus jeunes :
 - une fréquence plus importante de prises en charge à domicile (13 % *versus* 6 %), ou en ambulatoire individuel (89 % *versus* 87 %) (**Fig 3.15**),
 - à l'inverse, une fréquence moins importante de prises en charge à temps complet (18 % *versus* 25 %), à temps partiel (4 % *versus* 7 %), ou en groupe (6 % *versus* 11 %).

Fig3.15 Personnes prises en charge en psychiatrie, selon l'âge et par type de prises en charge

Pays de la Loire (2011)

	65 ans et plus		Moins de 65 ans	
	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active âgée de 65 ans et plus	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active âgée de moins de 65 ans
Temps complet	2 633	18%	16 227	25%
Temps partiel	539	4%	4 854	7%
Domicile ¹	1 918	13%	3 884	6%
Groupe	826	6%	7 067	11%
Ambulatoire individuel ²	13 390	89%	56 838	87%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

- Les personnes âgées de 65 ans et plus présentent, en outre, une DAH à temps plein légèrement moins élevée en moyenne que parmi les patients plus jeunes (44,8 *versus* 46,9 jours).



4. Les personnes prises en charge pour schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie particulièrement grave et invalidante, qui nécessite un suivi psychiatrique rapproché, notamment dans le cadre d'entretiens, ou d'hospitalisations dans les cas les plus complexes (voir encadré Éclairage ci-dessous). Les informations recueillies dans le cadre du Rim-P peuvent, à cet égard, fournir une information de qualité sur la prise en charge des personnes présentant un diagnostic de schizophrénie en France.

Dans cette analyse, sont uniquement considérés les patients ayant eu au moins une fois dans l'année une prise en charge en psychiatrie avec un diagnostic principal de schizophrénie, repéré par un code Cim-10 débutant par F20 (à l'exception du code F20.8 « autres formes de schizophrénie », qui regroupe des troubles schizophréniformes de natures diverses)³⁹.

Éclairage

La schizophrénie : épidémiologie, clinique et prise en charge

La schizophrénie est une maladie psychiatrique caractérisée par un ensemble de symptômes très variables : les plus impressionnants sont les délires et les hallucinations, mais les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives. Selon l'Inserm, elle concerne environ 0,7 % de la population mondiale, dont 600 000 personnes en France. La pathologie se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans, et touche aussi bien les femmes que les hommes. Toutefois, d'après certaines études, elle pourrait être plus précoce et plus invalidante chez ces derniers.

Selon la littérature récente, la consommation régulière de cannabis, en particulier pendant l'adolescence, pourrait constituer un facteur de risque de cette affection, chez des personnes présentant une certaine vulnérabilité. Le fait de vivre en milieu urbain ou encore d'être enfant issu de l'immigration semble également jouer un rôle.

La schizophrénie est une maladie chronique qui évolue en général par phases aiguës dans les premières années, puis qui se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon les sujets. Dans 35 % à 40 % des cas, la maladie débute de façon aiguë, avec des bouffées délirantes. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors du premier épisode. Pendant les phases aiguës de la maladie, les patients ont une qualité de vie très altérée. Environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide dans leur vie et 10 % en meurent. En dépit de l'emphase donnée à certains faits divers, les patients dangereux pour la société sont une minorité. Seuls de rares cas donnent lieu à des accès de violence au cours d'une crise, et cette agressivité est le plus souvent tournée vers le patient lui-même.

La prise en charge de la maladie est difficile, en raison de la multiplicité et de la diversité des symptômes, et essentiellement symptomatique, du fait du manque de connaissances relatives aux bases biologiques et environnementales de la maladie. Cette prise en charge est à la fois médicamenteuse et psychosociale.

Le traitement de la schizophrénie repose tout d'abord sur les médicaments antipsychotiques, qui atténuent les symptômes de la maladie et réduisent les taux de rechute. L'observance du traitement est essentielle au contrôle de la maladie, mais souvent difficile à obtenir dans le temps.

La réhabilitation psychosociale vise à permettre au patient de retrouver une vie la plus normale possible. Elle déploie un certain nombre de programmes ponctuant le parcours du patient et associant des actions de psychoéducation, d'entraînement aux habiletés sociales, de remédiation cognitive, de travail avec les familles... Elle se prolonge par des démarches de mises en situation et d'insertion portées par les acteurs du champ social et médicosocial qui doivent intervenir précocement dans ce parcours.

³⁹ Cette sélection de codes est utilisée par l'Irdes, dans le cadre des travaux sur le Rim-P que cet institut a initiés en lien avec un groupe d'experts nationaux psychiatres et DIM [1], [4]. Ces codes sont focalisés sur le diagnostic de schizophrénie et n'incluent pas l'ensemble des troubles qui peuvent être apparentés à ce diagnostic (troubles schizotypiques et troubles délirants).



Aujourd'hui, une prise en charge adaptée permet d'obtenir une rémission durable chez un tiers des patients après quelques années de traitement : ils reprennent une vie sociale, professionnelle et affective. Chez les autres, la maladie persiste dans le temps avec des symptômes à peu près contrôlés grâce à un suivi médical, mais avec des rechutes possibles. Restent malheureusement 20 à 30 % de sujets peu répondeurs aux traitements.

Sources :

- Inserm. (2014). Dossier d'information Schizophrénie [En ligne] www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie
- Degenhardt L, Ferrari AJ, Calabria B et al. (2013). The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: results from the GBD 2010 study. *PLoS One*. vol. 8, n° 10. e76635

4.1 Effectif de personnes concernées

- Près de 6 700 Ligériens âgés de 16 ans et plus ont été pris en charge au moins une fois au cours de l'année 2011 avec une schizophrénie en diagnostic principal, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie. Au plan national, cet effectif s'élève à 136 500 personnes. Pour les établissements publics et les établissements privés d'intérêt collectif (Espic), ces dénombrements incluent les personnes prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Pour les établissements privés à but lucratif, seules les personnes prises en charge à temps complet ou à temps partiel sont prises en compte⁴⁰.

- Ces patients souffrant de troubles schizophréniques représentent la majorité (58 %) des personnes prises en charge au moins une fois dans le cadre du groupe de pathologies « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (F20-F29), proportion légèrement inférieure à celle observée au plan national (60 %).

Au total, les patients souffrant de troubles schizophréniques représentent 8 % de l'ensemble des Ligériens pris en charge au moins une fois en psychiatrie au cours de l'année 2011. Cette proportion est légèrement moins élevée qu'au plan national (9 %).

- Les effectifs issus du Rim-P sous-estiment probablement légèrement le nombre de patients réellement pris en charge pour une schizophrénie, dans la mesure où certaines équipes pourraient renseigner des codes diagnostiques différents de ceux spécifiques à la schizophrénie (troubles bipolaires par exemple), jugés trop stigmatisants.

4.2 Répartition selon le sexe et l'âge

- Les répartitions selon le sexe et l'âge sont très proches en Pays de la Loire et en France : deux tiers des personnes prises en charge pour schizophrénie sont des hommes (Fig 4.1) ; les tranches d'âge les plus représentées se situent entre 25-34 ans et 55-64 ans, avec un maximum chez les 35-44 ans, alors que les personnes âgées de 85 ans et plus sont très peu représentées (Fig 4.2).

- La population prise en charge pour schizophrénie est, toutefois, légèrement plus âgée parmi les habitants des Pays de la Loire qu'en moyenne en France. L'âge moyen des patients ligériens est de 44,4 ans (écart-type : 14,1), valeur légèrement supérieure à celle observée au niveau national (43,7 ans, écart-type : 13,7). Dans la région comme en France, l'âge médian des patients pris en charge est de 43 ans.

⁴⁰ Cette formulation décrit précisément le champ du recueil Rim-P. Une formulation plus concise (« prise en charge en psychiatrie pour schizophrénie ») sera employée dans la suite de ce chapitre.



Fig.4.1 Répartition selon le sexe des personnes prises en charge en psychiatrie pour schizophrénie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

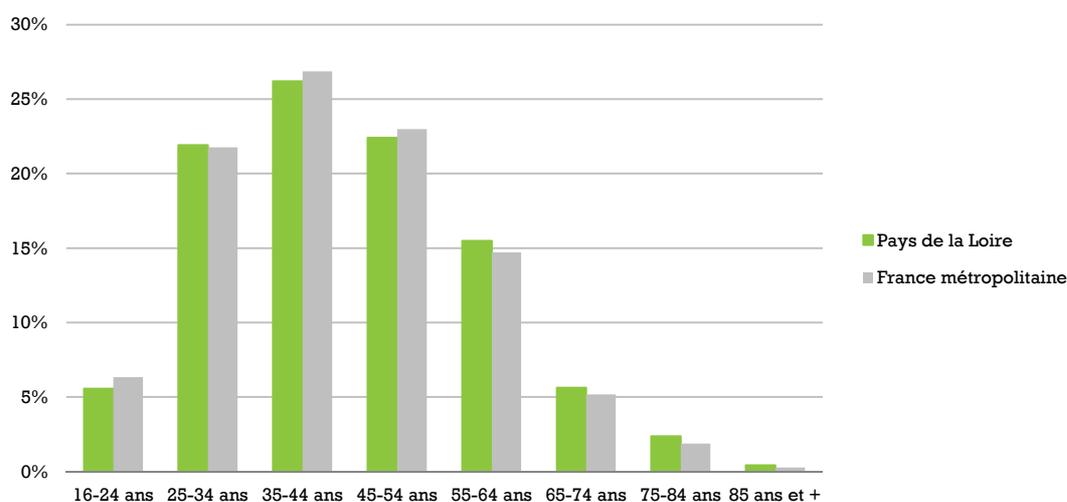
	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Répartition	Effectifs	Répartition
Hommes	4 397	66%	90 533	66%
Femmes	2 281	34%	45 990	34%
Deux sexes	6 678	100%	136 523	100%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8) en 2011, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Fig.4.2 Répartition selon l'âge des personnes prises en charge en psychiatrie pour schizophrénie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8) en 2011, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

4.3 Taux de personnes prises en charge

- Rapporté à la population âgée de 16 ans et plus, le taux brut de personnes prises en charge en établissement de santé pour schizophrénie s'élève à 2,4 pour 1 000 habitants en Pays de la Loire. Ce taux est légèrement inférieur à la moyenne nationale (2,7 pour 1 000), l'écart étant plus marqué chez les hommes que chez les femmes (Fig 4.3).

Fig.4.3 Taux bruts de personnes prises en charge en psychiatrie pour schizophrénie, selon le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)
Hommes	4 397	3,2	90 533	3,8
Femmes	2 281	1,5	45 990	1,7
Deux sexes	6 678	2,4	136 523	2,7

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8) en 2011, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)



- Ces écarts ne sont pas expliqués par les caractéristiques démographiques régionales, puisque les indices comparatifs de prise en charge, qui permettent une comparaison à structure par âge identique, sont eux aussi inférieurs à la moyenne française (Fig 4.4).

Fig4.4 Indices comparatifs de personnes prises en charge en psychiatrie pour schizophrénie, selon le sexe

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine

	Pays de la Loire	France métropolitaine
Hommes	86	100
Femmes	89	100
Deux sexes	87	100

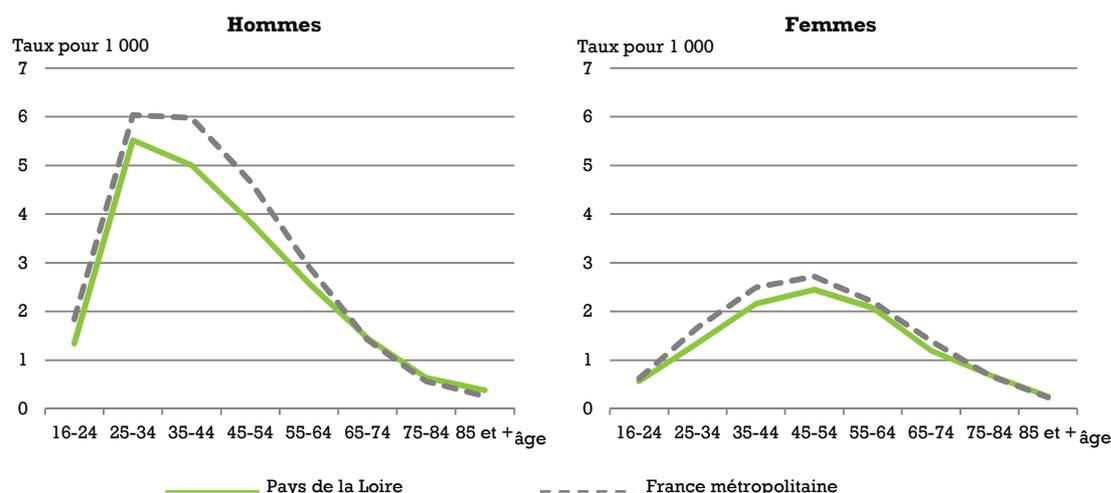
Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8) en 2011, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

- Les courbes décrivant les taux par sexe et âge de personnes prises en charge pour schizophrénie présentent des profils très proches dans la région et en France. Chez les hommes, après une forte augmentation entre 16-24 ans et 25-34 ans, les taux de prise en charge diminuent nettement, notamment dans les classes d'âge situées entre 45-54 ans et 75-84 ans. Chez les femmes, les taux augmentent plus progressivement jusqu'à 45-54 ans, puis diminuent au-delà.

Les taux par âge de personnes prises en charge pour schizophrénie parmi les habitants de la région sont, pour les hommes comme pour les femmes, proches de la moyenne nationale chez les jeunes adultes, inférieurs aux âges intermédiaires, puis à nouveau proches de la moyenne nationale chez les personnes plus âgées (au-delà de 55-64 ans chez les hommes et de 65-74 ans chez les femmes).

Fig4.5 Taux de personnes prises en charge en psychiatrie pour schizophrénie, selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8) en 2011, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)



4.4 Autres groupes de pathologies pris en charge

Parmi les 6 700 Ligériens pris en charge en 2011 en psychiatrie pour schizophrénie, 90 % ont eu, au cours de cette année, exclusivement des prises en charge avec cette affection en diagnostic principal⁴¹ (89 % au plan national).

Parmi les 10 % de patients ligériens souffrant de troubles schizophréniques ayant eu une ou plusieurs prises en charge pour d'autres pathologies⁴² dans l'année :

- 2,3 % présentaient au moins une prise en charge pour troubles de l'humeur,
- 2,3 % pour troubles névrotiques,
- 2,0 % pour facteurs influant sur l'état de santé,
- 1,8 % pour troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, alcool principalement (1,3 %),
- 1,4 % pour troubles de la personnalité.

Exploitations complémentaires

Dans quelle proportion figure la notion d'une addiction à la consommation de cannabis parmi les patients souffrant de troubles schizophréniques pris en charge en 2011 ?

La schizophrénie est une pathologie complexe, aux origines multifactorielles, et dont les mécanismes de survenue sont encore mal connus. Selon la littérature récente, la consommation régulière de cannabis, en particulier pendant l'adolescence, pourrait constituer un facteur de risque de cette affection, chez des personnes présentant une certaine vulnérabilité (voir encadré Éclairage, p. 59).

Les données recueillies dans le cadre du Rim-P devraient permettre d'approcher la fréquence de cette consommation, **chez les patients dont le diagnostic de schizophrénie est établi**. Ainsi, parmi les 6 678 Ligériens pris en charge pour une schizophrénie en 2011, 96, soit 1,4 % ont aussi eu au moins une fois au cours de cette année une prise en charge faisant mention d'une addiction à la consommation de cannabis⁴³. Cette proportion est proche de celle observée au plan national (1,6 %).

Ces chiffres, relatifs à une problématique d'addiction, sous-estiment très certainement la fréquence de la consommation de cannabis parmi les patients souffrant de troubles schizophréniques. Par ailleurs, l'exhaustivité du renseignement de ce type d'information dans le Rim-P n'est sans doute pas optimale. Enfin, il est probable que certains patients ne mentionnent pas leur consommation de cannabis lors de la prise en charge.

4.5 Types de prises en charge

● Parmi les 6 700 Ligériens pris en charge pour schizophrénie en 2011, 5 400, soit 81 %, ont bénéficié au moins une fois dans l'année de soins ambulatoires individuels pour cette affection⁴⁴. 36 % ont été pris en charge au moins une fois à temps complet dans l'année, et près de 20 % ont été vu au moins une fois à temps partiel (Fig 4.6).

La proportion de patients pris en charge à temps complet pour cette affection est particulièrement élevée (36 % *versus* 23 % dans la file active globale (voir Fig 1.9, p. 35).

⁴¹ A l'exclusion des prises en charge pour « Trouble mental sans précision » ou ayant un diagnostic principal non renseigné.

⁴² Pour plus de précisions sur la constitution des groupes de pathologies, voir méthodologie p. 22

⁴³ Code F12.0 à F12.9 « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis » ou T40.7 « Intoxication par cannabis (dérivés) » renseigné en diagnostic principal ou associé.

⁴⁴ Un même patient peut faire l'objet de plusieurs prises en charge de types différents au cours de la même année.



Par rapport à la moyenne nationale, les prises en charge à temps partiel, de groupe, et en ambulatoire individuel sont plus fréquentes dans la région. A l'inverse, les prises en charge à temps complet et à domicile sont légèrement moins fréquentes dans la région qu'en France.

Fig4.6 Personnes prises en charge pour schizophrénie en psychiatrie par type de prises en charge ⁴⁵

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active des patients souffrant de troubles schizophréniques	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active des patients souffrant de troubles schizophréniques
Ensemble de la file active des patients souffrant de troubles schizophréniques	6 678		136 523	
Temps complet	2 388	36%	51 257	38%
Temps partiel	1 282	19%	19 018	14%
Domicile ¹	1 020	15%	23 295	17%
Groupe	1 455	22%	20 504	15%
Ambulatoire individuel ²	5 415	81%	105 853	78%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8) en 2011, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Une personne a pu bénéficier de différents types de prises en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie au cours de l'année. Dans ce tableau, les personnes sont comptabilisées autant de fois qu'elles ont eu de types de prises en charge différents pour cette affection. Les pourcentages présentés ne sont pas cumulables.

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

- Parmi les 6 700 Ligériens pris en charge pour schizophrénie en 2011, 3 700 l'ont été de façon exclusive pour l'un ou l'autre des différents types de prises en charge. 2 600, soit 40 % de l'ensemble des patients pris en charge pour schizophrénie, ont été exclusivement pris en charge en ambulatoire de façon individuelle. Près de 1 200 l'ont été exclusivement à temps complet (13 % *versus* 16 % au plan national).

La proportion de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire individuel est particulièrement faible parmi la file active des patients souffrant de troubles schizophréniques (40 % *versus* 64 % dans la file active globale, voir [Fig 1.10](#) p. 35).

⁴⁵ Pour plus de précisions sur la constitution des types de prises en charge, voir méthodologie p. 24



Fig4.7 Personnes prises en charge pour schizophrénie en psychiatrie par type de prises en charge exclusif

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active des patients souffrant de troubles schizophréniques	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active des patients souffrant de troubles schizophréniques
Ensemble des personnes ayant eu des types de prises en charge exclusifs pour schizophrénie	3 711	56%	81 331	60%
Exclusivement des pec à temps complet	864	13%	21 699	16%
Exclusivement des pec à temps partiel	143	2%	3 345	3%
Exclusivement des pec à domicile ¹	15	0%	809	1%
Exclusivement des pec en groupe	54	1%	1 155	1%
Exclusivement des pec en ambulatoire individuel ²	2 635	40%	54 323	40%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8) en 2011, dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

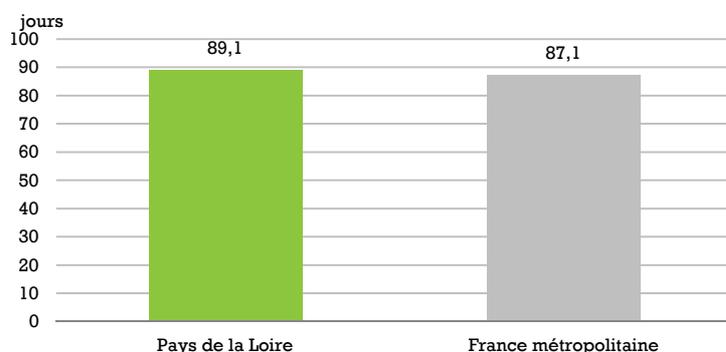
4.6 Journées et durée annuelle d'hospitalisation à temps plein

- Au total, plus de 194 600 journées d'hospitalisation correspondent à la prise en charge à temps plein d'un diagnostic de schizophrénie pour des patients ligériens. Cela représente près d'un quart (23 %) des journées à temps plein effectuées au sein de la file active globale (843 500, voir p. 43). Cette proportion est identique à celle observée au plan national.

- La durée annuelle d'hospitalisation (DAH)⁴⁶ des Ligériens pris en charge à temps plein avec un diagnostic principal de schizophrénie au cours de l'année 2011, est en moyenne de 89,1 jours (écart-type de 111,8), valeur légèrement supérieure à celle observée au plan national (87,1 jours, écart-type de 109,3) (Fig 4.8). La DAH médiane des Ligériens souffrant de schizophrénie s'établit quant à elle à 36 jours, contre 37 jours en France.

Fig4.8 Durée annuelle d'hospitalisation à temps plein¹ en psychiatrie pour schizophrénie (moyenne en jours)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein¹ en 2011 avec un diagnostic principal de schizophrénie (Codes Cim-10 : F20, hors F20.8), dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

1. Y compris prises en charge en centre de crise ou en centre de postcure

⁴⁶ Pour plus de précisions sur la DAH, voir méthodologie p. 25



- Parmi les 2 184 patients ligériens hospitalisés à temps plein avec un diagnostic de schizophrénie au cours de l'année 2011, 234 l'ont été plus de 292 jours dans l'année⁴⁷, soit 11 %, valeur identique à la moyenne nationale. Cette proportion est près de trois fois plus élevée que celle observée parmi l'ensemble des pathologies psychiatriques (4 %, voir p. 44).

4.7 Comparaison avec les patients non pris en charge pour schizophrénie

Par rapport à celles qui ne sont pas dans ce cas, les personnes qui ont été prises en charge au moins une fois dans l'année avec un diagnostic principal de schizophrénie sont :

- plus souvent des hommes (66 % *versus* 44 %),
- plus jeunes en moyenne (44,4 *versus* 47,7 ans),
- plus souvent prises en charge au moins une fois dans l'année à temps complet (39 % *versus* 22%), à temps partiel (21 % *versus* 5 %), à domicile (21 % *versus* 6 %) et en groupe (24 % *versus* 9 %) (Fig4.9). Cela indique que ces personnes bénéficient plus souvent de plusieurs types de prises en charge différents au cours de l'année.
- moins souvent prises en charge exclusivement en ambulatoire individuel (35 % *versus* 67 %),
- plus souvent hospitalisées au moins une fois sans leur consentement (42 % *versus* 19 %, parmi les personnes prises en charge au moins une fois à temps plein).
- et ont une durée annuelle d'hospitalisation moyenne plus de deux fois plus élevée (89 jours *versus* 40 jours).

Fig4.9 Personnes prises en charge en psychiatrie, selon la présence d'un diagnostic de schizophrénie et par type de prises en charge

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Patients souffrant de troubles schizophréniques		Autres patients	
	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active des patients souffrant de troubles schizophréniques	Nombre de personnes concernées	% parmi la file active des autres patients
Ensemble	6 678		73 709	
Temps complet	2 615	39%	16 245	22%
Temps partiel	1 400	21%	3 993	5%
Domicile ¹	1 435	21%	4 367	6%
Groupe	1 582	24%	6 311	9%
Ambulatoire individuel ²	5 729	86%	64 499	88%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Une personne a pu bénéficier de différents types de prises en charge au cours de l'année. Dans ce tableau, les personnes sont comptabilisées autant de fois qu'elles ont eu de types de prises en charge différents pour cette affection.

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

⁴⁷ Pour rappel (voir méthodologie p. 25), cet indicateur tient compte uniquement des journées de prise en charge en 2011. Il ne permet donc pas d'identifier les personnes prises en charge au long cours sur plusieurs années consécutives.



5. Les personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement

L'année 2011 marque une transition importante dans le domaine des soins sans consentement. En effet, la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, ouvre notamment les soins sans consentement aux modalités de prise en charge autres que l'hospitalisation à temps plein, et prévoit l'intervention systématique d'un juge des libertés et de la détention (voir encadré Éclairage ci-dessous).

Il apparaît néanmoins possible d'analyser le recours à l'hospitalisation sans consentement en 2011 selon les modalités - antérieures à la réforme - inscrites dans le Rim-P de cette année, compte tenu du délai de mise en application des nouvelles dispositions (voir méthodologie p. 24).

Éclairage

Les principales évolutions des soins psychiatriques sans consentement apportées par la loi du 5 juillet 2011

Contexte

Si le plus souvent les hospitalisations pour troubles mentaux sont réalisées avec le consentement de la personne concernée (soins psychiatriques libres), certains patients peuvent souffrir de troubles qui rendent impossible leur consentement. Une hospitalisation peut alors être réalisée sans ce consentement, à la demande d'un tiers, ou à la demande d'un représentant de l'Etat*. Les conditions et modalités de ces prises en charge ont été modifiées par la loi du 5 juillet 2011, avec le souci de préserver les libertés ou du moins de minimiser l'atteinte qui peut y être portée.

Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT)

Une personne de la famille ou agissant dans l'intérêt du malade peut faire demander une hospitalisation sur demande d'un tiers si les troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade, et si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante.

La demande de la personne qui la formule doit être accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours qui constatent l'état mental du patient et la nécessité de l'hospitalisation (un seul certificat médical en cas de demande d'un tiers en urgence). Le procureur de la République est tenu informé de cette prise en charge par le directeur de l'établissement.

Soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)

En cas de péril imminent pour la santé du patient et lorsque la recherche d'un tiers s'avère impossible, l'hospitalisation peut se faire sur la base d'un seul certificat médical. Le certificat doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, contrairement à la SPDT urgente. Le certificat doit faire apparaître l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient. Le directeur de l'établissement prononce l'admission ou non au vu du certificat.

Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE, ex-hospitalisation d'office)

Sur le fondement d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre, le préfet prononce par arrêté l'admission en soins psychiatriques d'une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins, compromettent la sûreté des personnes ou portent gravement atteinte à l'ordre public. Avant l'expiration d'un délai de 15 jours, il doit saisir le juge de la détention et des libertés. En cas de saisine après ce délai, le juge constate que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.



Déroulement des soins

Lorsqu'une personne est admise sans consentement en soins psychiatriques, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous forme d'hospitalisation complète. Dans les 24 heures de l'admission, elle doit être examinée par un psychiatre qui établit un certificat médical constatant son état mental et confirme ou non la nécessité de maintenir les soins. Dans les 72 heures, un nouveau certificat doit être établi et le psychiatre détermine, si nécessaire, le programme de soins. L'hospitalisation complète ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention n'ait statué sur cette mesure dans un délai de 15 jours à compter de l'admission.

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du préfet peut être prise en charge soit sous la forme d'une hospitalisation complète, soit sous une autre forme incluant des soins ambulatoires (pouvant comporter des soins à domicile et des séjours effectués dans un établissement spécialisé). Dans ce dernier cas, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui participe à la prise en charge de la personne. Ce programme définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. L'avis de la personne est recueilli au cours d'un entretien qui précède l'élaboration du programme dans la mesure où son état le permet.

Fin de l'hospitalisation

L'hospitalisation prend fin si le psychiatre de l'établissement constate la disparition des troubles chez la personne, ou si le juge des libertés et de la détention agissant notamment sur demande de la personne, d'un membre de sa famille ou du procureur de la République l'ordonne, ou si le préfet agissant sur demande d'un tiers ou du psychiatre qui suit la personne l'ordonne.

Source : Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

* En dehors de ces deux mesures, il existe d'autres modes d'hospitalisation sans consentement, concernant un faible nombre d'individus : détenus ayant fait l'objet d'une hospitalisation psychiatrique (article D.398 du code de procédure pénale), patients jugés pénalement irresponsables (PJPI), et mineurs ayant fait l'objet d'une ordonnance provisoire de placement (OPP).

5.1 Effectif de personnes concernées

- Près de 4 100 Ligériens âgés de 16 ans et plus ont été hospitalisés à temps plein sans leur consentement au moins une fois au cours de l'année 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie, habilité à accueillir des patients sans leur consentement⁴⁸.

Cela représente 5 % de la file active globale en psychiatrie (voir p. 28), et 22 % des patients hospitalisés à temps plein dans l'année. Au plan national, le nombre de personnes hospitalisées sans leur consentement en 2011 s'élève à 74 000 (5 % de la file active globale, 20 % des patients hospitalisés à temps plein dans l'année en France).

- Ces résultats sont globalement cohérents avec les données concernant les effectifs de patients hospitalisés sans leur consentement, issues de l'enquête 2011 de la SAE (Ministère en charge de la santé)⁴⁹.

⁴⁸ Une formulation plus concise (« prise en charge à temps plein sans consentement en psychiatrie ») sera employée dans la suite de ce chapitre.

⁴⁹ D'après la SAE [13], le nombre de patients hospitalisés sans leur consentement dans les établissements de santé des Pays de la Loire s'élevait à 4 374 personnes en 2011 et concernait 78 981 personnes au plan national.



- Parmi les patients ligériens hospitalisés au moins une fois sans leur consentement au cours de l'année 2011, 85 % l'ont été au moins une fois à la demande d'un tiers, et 17 % l'ont été au moins une fois d'office. Les autres modes légaux d'hospitalisation sans consentement (personnes jugées pénalement irresponsables, ordonnance provisoire de placement et détenus) sont rares.

Par rapport à la moyenne nationale, la proportion de patients ligériens hospitalisés au moins une fois à la demande d'un tiers est plus élevée (85 % *versus* 79 % au plan national), alors que la proportion de personnes hospitalisées d'office est moins élevée (17 % *versus* 21 % au plan national).

Fig5.1 Personnes hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en psychiatrie en 2011, selon le mode légal

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi les personnes hospitalisées au moins une fois sans leur consentement	Nombre de personnes concernées	% parmi les personnes hospitalisées au moins une fois sans leur consentement
Personnes hospitalisées au moins une fois sans leur consentement	4 095		74 049	
Hospitalisation à la demande d'un tiers	3 474	85%	58 836	79%
Hospitalisation d'office	684	17%	15 265	21%
Personnes jugées pénalement irresponsables	28	1%	427	1%
Ordonnance provisoire de placement	4	0%	152	0%
Détenus	25	1%	1381	2%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : une personne a pu être hospitalisée sans son consentement plusieurs fois dans l'année, avec des modes légaux différents.

5.2 Répartition selon le sexe et l'âge

- Les répartitions selon le sexe et l'âge sont relativement proches en Pays de la Loire et en France : les personnes hospitalisées sans leur consentement en 2011 sont plus fréquemment des hommes (**Fig 5.2**) ; dans la région comme au niveau national, les tranches d'âge les plus représentées sont celles des 25-34 ans, 35-44 ans, et 45-54 ans (**Fig 5.3**).

L'âge moyen des patients ligériens est de 43,6 ans (écart-type : 16,0), et la médiane s'établit à 42 ans, valeurs légèrement supérieures à celles observées au niveau national (âge moyen de 42,9 ans (écart-type : 15,7) et médiane à 41 ans).

Fig5.2 Répartition selon le sexe des personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Répartition	Effectifs	Répartition
Hommes	2 421	59%	44 452	60%
Femmes	1 674	41%	29 597	40%
Deux sexes	4 095	100%	74 049	100%

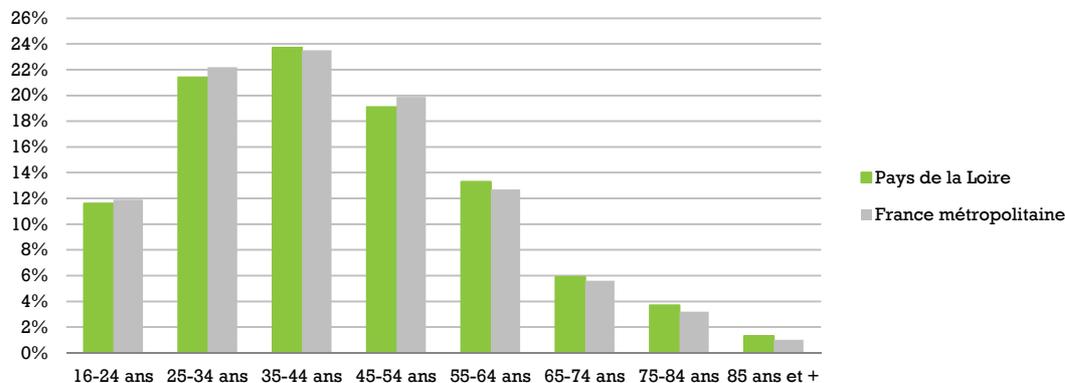
Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie



Fig5.3 Répartition selon l'âge des personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

5.3 Taux de personnes prises en charge

- Rapporté à la population âgée de 16 ans et plus, le taux brut de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement s'élève à 1,4 pour 1 000 habitants en Pays de la Loire. Ce taux est identique à la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes (Fig 5.4).

Fig5.4 Taux bruts de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)	Effectifs	Taux bruts (pour 1000)
Hommes	2 421	1,8	44 452	1,8
Femmes	1 674	1,1	29 597	1,1
Deux sexes	4 095	1,4	74 049	1,5

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

- Les indices comparatifs de prise en charge, qui permettent une comparaison à structure par âge identique, montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre la région et la France (Fig 5.5).

Fig5.5 Indices comparatifs de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie, selon le sexe

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine

	Pays de la Loire	France métropolitaine
Hommes	97 (ns)	100
Femmes	102 (ns)	100
Deux sexes	99 (ns)	100

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

ns : différence avec la moyenne nationale non significative au seuil de 5 %



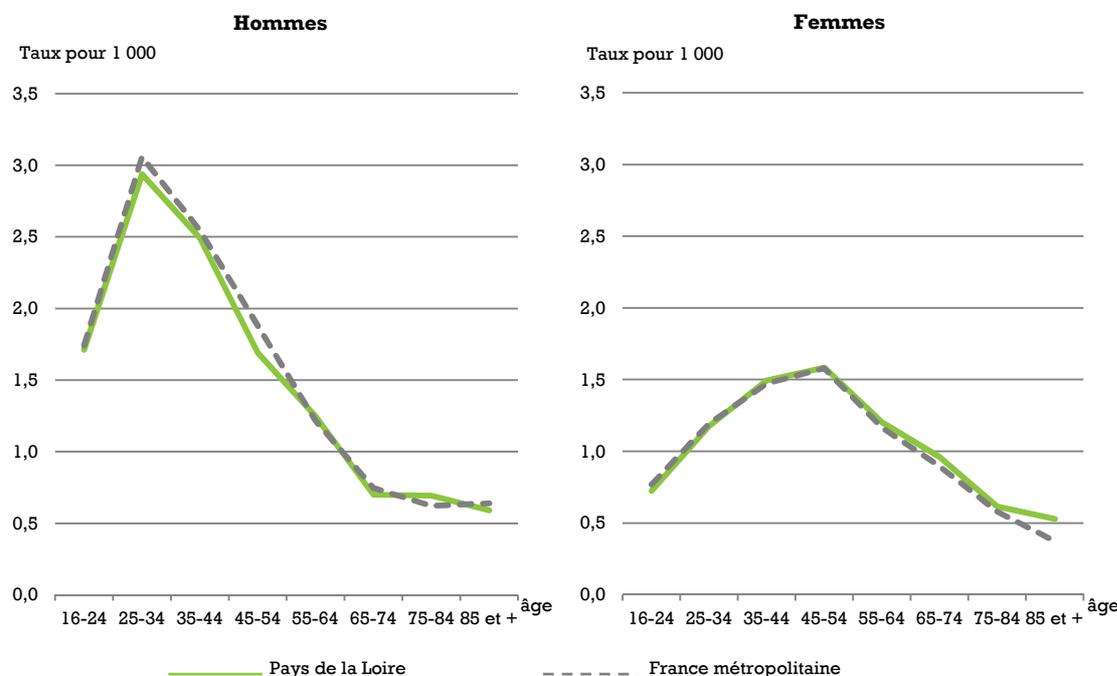
- Les courbes décrivant les taux d'hospitalisation sans consentement par sexe et âge présentent des profils identiques dans la région et en France (Fig 5.6). Chez les hommes, les taux augmentent très fortement entre 16-24 ans et 25-34 ans, puis diminuent jusqu'à 65-74 ans, et se stabilisent au-delà. Chez les femmes, les taux augmentent plus progressivement, jusqu'à 45-54 ans, puis diminuent au-delà.

Dans la région comme en France, les taux masculins sont très supérieurs à ceux observés chez les femmes jusqu'à la tranche d'âge 35-44 ans, puis proches au-delà.

Enfin, les taux régionaux sont très proches des moyennes nationales, pour toutes les tranches d'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

Fig5.6 Taux de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie pour 1 000 habitants, selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATI), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

5.4 Groupes de pathologies

- Pour 5 % des Ligériens hospitalisés à temps plein sans leur consentement, aucun diagnostic principal n'a été renseigné pour la ou les différentes séquences d'hospitalisation sans consentement de l'année. Dans 0,2 % des cas, le motif de l'ensemble des séquences d'hospitalisation sans consentement est un trouble mental sans précision (code F99). Les données sur le diagnostic apparaissent ainsi légèrement mieux renseignées dans la région qu'en France, puisque les moyennes nationales s'établissent respectivement à 6 % et 1 %.

- La répartition des patients hospitalisés au moins une fois sans leur consentement en 2011 selon les groupes de pathologies, et les taux bruts pour 10 000 habitants correspondants, figurent au [tableau 5.7](#) et sur le [graphique 5.8](#).



Pour les habitants des Pays de la Loire, les taux bruts les plus élevés sont observés pour le groupe « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » (5,7 personnes pour 10 000 habitants), suivis des troubles de l'humeur (2,8 pour 10 000), et des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (1,8 pour 10 000). Viennent ensuite les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité (1,4 et 1,3 pour 10 000).

Fig5.7 Personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie par groupe de pathologies ⁵⁰

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire			France métropolitaine		
	Nombre de personnes concernées	% ¹	Taux bruts pour 10 000 habitants	Nombre de personnes concernées	% ¹	Taux bruts pour 10 000 habitants
Personnes hospitalisées à temps plein sans consentement	4 095		14,4	74 049		14,7
Personnes hospitalisées à temps plein au moins une fois sans leur consentement avec un diagnostic :						
Troubles mentaux organiques (F00-F09)	111	3%	0,4	1 994	3%	0,4
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)	515	13%	1,8	8 277	11%	1,6
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29)	1 616	39%	5,7	31 017	42%	6,1
Troubles de l'humeur (F30-F39)	792	19%	2,8	14 627	20%	2,9
Troubles névrotiques (F40-F48)	393	10%	1,4	4 673	6%	0,9
Syndromes comportementaux (F50-F59)	21	1%	0,1	373	1%	0,1
Troubles de la personnalité (F60-F69)	358	9%	1,3	6 106	8%	1,2
Retard mental (F70-F79)	57	1%	0,2	1 102	1%	0,2
Troubles du développement psychologique (F80-F89)	40	1%	0,1	716	1%	0,1
Troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F90-F98)	33	1%	0,1	382	1%	0,1
Facteurs influant sur l'état de santé (Z00-Z99)	61	1%	0,2	1 903	3%	0,4
Autres chapitres de la Cim-10	46	1%	0,2	1 514	2%	0,3
<i>Trouble mental, sans précision (F99)</i>	9	0%	0,0	889	1%	0,2
<i>Diagnostic non renseigné</i>	185	5%	0,7	4 639	6%	0,9

Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les données correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.

1. Pourcentage parmi les personnes hospitalisées à temps plein au moins une fois sans leur consentement au cours de l'année

⁵⁰ Pour plus de précisions sur la constitution des groupes de pathologies, voir méthodologie p. 22

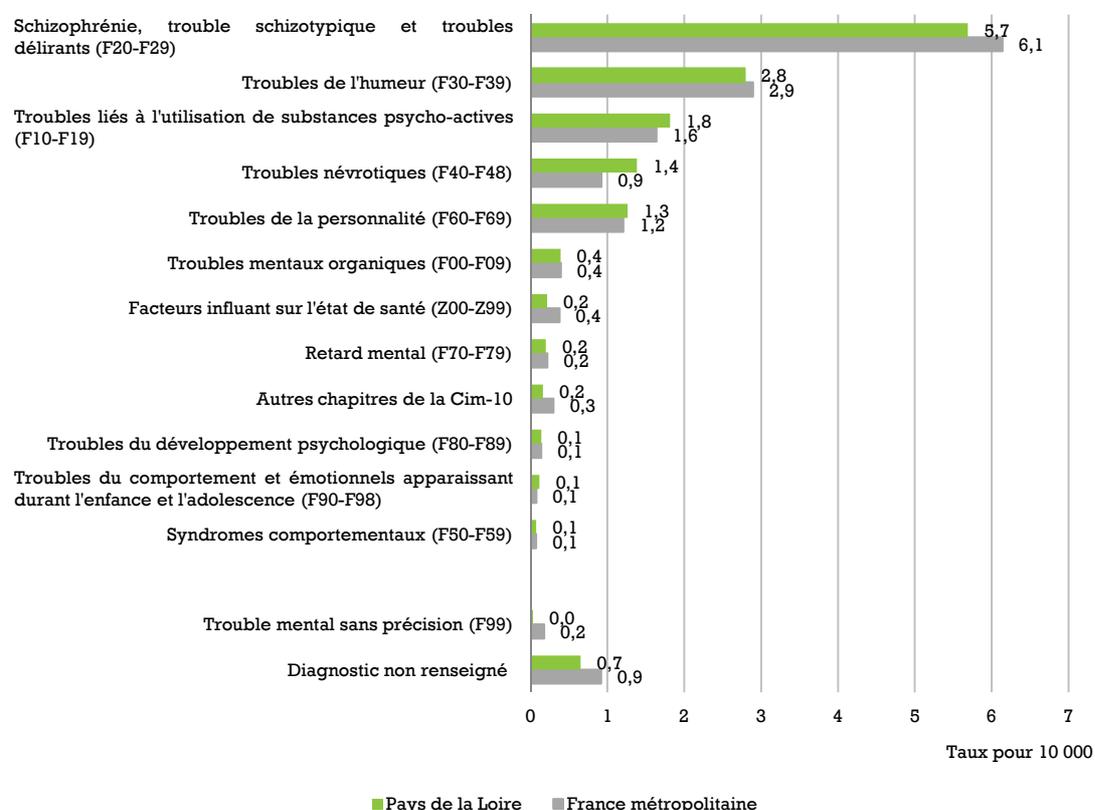


- Le classement régional des taux bruts par groupe de pathologies diffère peu de celui observé au niveau national. Le moindre taux d'hospitalisation à temps plein sans consentement observé pour les habitants des Pays de la Loire résulte principalement d'un taux régional moins élevé pour le groupe « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » (Fig 5.7).

Les comparaisons avec les moyennes nationales doivent toutefois être considérées avec prudence, dans la mesure où certains écarts peuvent pour partie résulter de différences de pratiques de codage.

Fig5.8 Taux bruts de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie pour 10 000 habitants par groupe de pathologies

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Sources : Rim-P (ATI), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant des taux bruts dans les Pays de la Loire. Une personne a pu être hospitalisée à temps plein sans son consentement pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les taux correspondent aux patients ayant eu exclusivement des hospitalisations sans consentement portant ces diagnostics au cours de l'année. Les taux présentés ne sont pas cumulables.



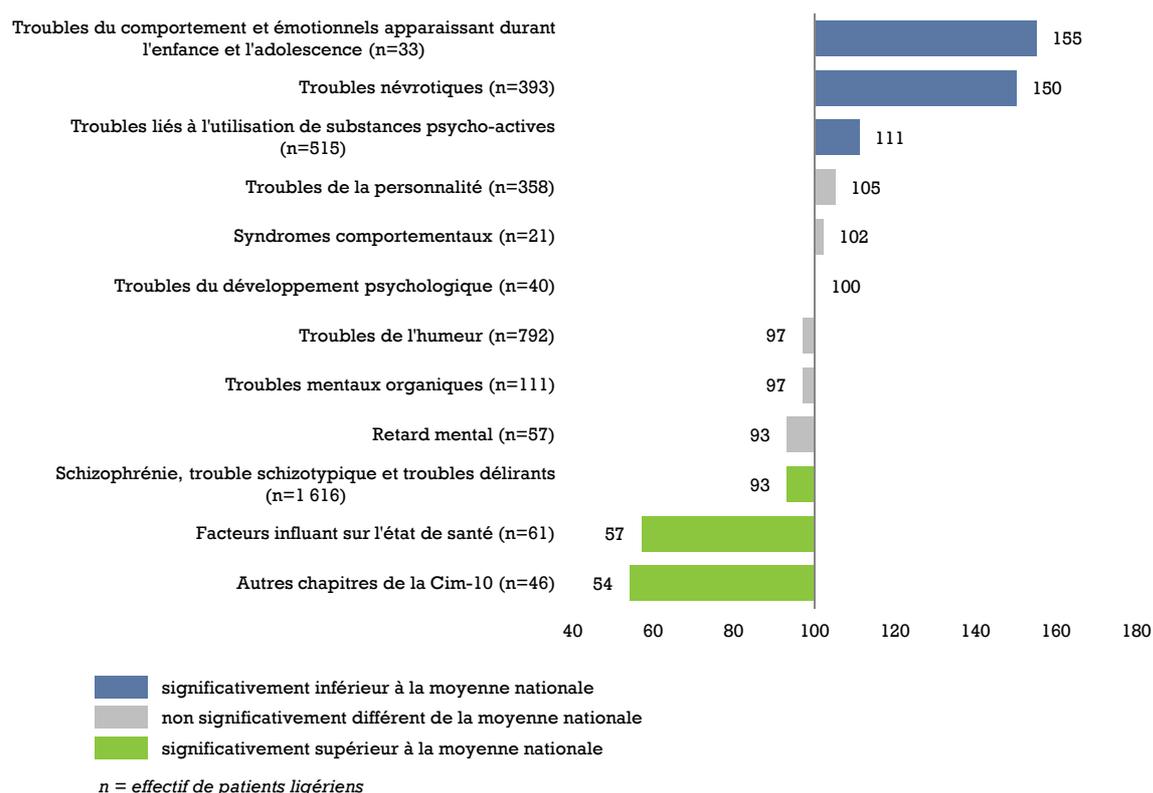
• Après standardisation sur le sexe et l'âge, trois groupes de pathologies présentent des indices comparatifs de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement significativement supérieurs à la moyenne nationale : les troubles du comportement et émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (+55 %, mais l'effectif de personnes concernées dans la région est faible), les troubles névrotiques (+50 %) et les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (+11 %) (Fig 5.9).

Trois groupes de pathologies présentent à l'inverse des indices comparatifs significativement inférieurs à 100 : les « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » (-7 %), les facteurs influant sur l'état de santé (-43 %), et les pathologies présentant un code Cim-10 hors chapitres F et Z (-46 %), les écarts concernant ces deux derniers groupes devant être interprétés avec précaution compte tenu des faibles effectifs.

L'écart avec la moyenne nationale n'est pas statistiquement significatif pour les autres groupes de pathologies.

Fig5.9 Indices comparatifs de personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie, par groupe de pathologies

Pays de la Loire (2011). Base 100 = France métropolitaine



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : pour certains groupes de pathologies, des écarts importants avec la moyenne nationale sont mis en évidence, mais concernent un effectif limité de personnes. Ces différences doivent alors être interprétées avec prudence.



5.5 Types de prises en charge

- Près de six Ligériens sur dix hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en 2011 ont également été hospitalisés à temps plein de manière libre, ou ont été pris en charge sous d'autres formes d'activités du temps complet au cours de l'année⁵¹. Cette proportion est proche de celle observée au plan national (57 %) (Fig5.10). Près d'un sur cinq ont bénéficié d'au moins une prise en charge à temps partiel, 18 % d'une prise en groupe, et 16 % ont eu un suivi à domicile. Enfin, 71 % des Ligériens hospitalisés sans leur consentement au moins une fois en 2011 ont également été vus en ambulatoire individuel dans l'année.
- Par rapport à la moyenne nationale, les patients ligériens hospitalisés sans leur consentement ont bénéficié plus souvent dans l'année de prises en charge à temps partiel (19 % *versus* 12 %) et de prises en charge en groupe (18 % *versus* 12 %).

Fig5.10 Personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie par type de prises en charge⁵²

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	Nombre de personnes concernées	% parmi les personnes hospitalisées sans consentement	Nombre de personnes concernées	% parmi les personnes hospitalisées sans consentement
Ensemble des personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement	4 095		74 049	
... et ayant bénéficié d'au moins une prise en charge :				
Consentie à temps complet ¹	2 357	58%	41 906	57%
Temps partiel	769	19%	8 548	12%
Domicile ²	663	16%	11 991	16%
Groupe	740	18%	9 158	12%
Ambulatoire individuel ³	2 893	71%	51 247	69%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Une personne a pu bénéficier de différents types de prises en charge au cours de l'année. Dans ce tableau, les personnes sont comptabilisées autant de fois qu'elles ont eu de types de prises en charge différents. Les pourcentages présentés ne sont pas cumulables.

1. Hospitalisation à temps plein libre de consentement ou prises en charge sous les autres formes d'activité du temps complet : placement familial, appartement thérapeutique, centre de postcure, centre de crise

2. Hors substituts du domicile

3. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

⁵¹ Un même patient peut faire l'objet de plusieurs prises en charge de types différents au cours de la même année.

⁵² Pour plus de précisions sur la constitution des types de prises en charge, voir méthodologie p. 24

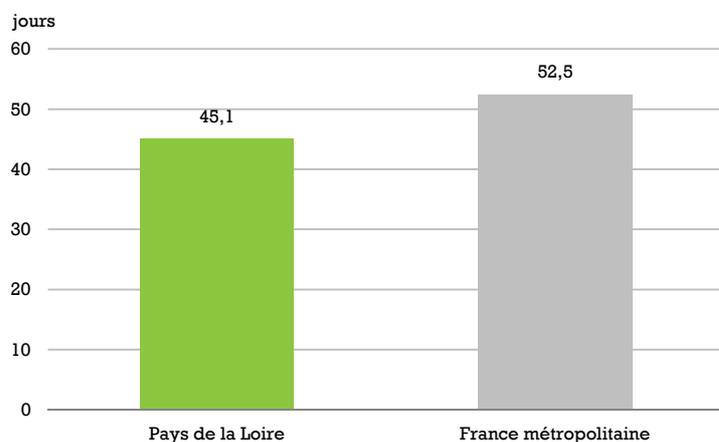


5.6 Journées et durée annuelle d'hospitalisation à temps plein

- Au total, près de 170 800 journées d'hospitalisation correspondent à une prise en charge à temps plein de patients ligériens sans leur consentement, soit près d'une journée à temps plein sur cinq effectuée au sein de la file active globale (843 500, voir p. 43). Cette proportion est identique à celle observée au plan national.
- La durée annuelle d'hospitalisation (DAH)⁵³ à temps plein sans consentement en 2011, est en moyenne de 45,1 jours (écart-type de 72,5 jours) pour les habitants des Pays de la Loire, valeur inférieure à la moyenne nationale (52,5 jours, écart-type de 79,5 jours) (Fig 5.11). La DAH médiane s'établit à 18 jours pour les patients ligériens, contre 22 jours au plan national.

Fig5.11 Durée annuelle d'hospitalisation à temps plein sans consentement en psychiatrie (moyenne en jours)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

- Parmi les 4 095 patients ligériens hospitalisés à temps plein sans leur consentement, 114 l'ont été plus de 292 jours dans l'année, soit 3 %. Cette proportion est légèrement inférieure à celle observée au plan national (4 %)⁵⁴.
- La DAH à temps plein sans consentement varie fortement selon les groupes de pathologies (Fig 5.12). Pour les Ligériens, elle atteint 104 jours en moyenne pour le retard mental (*versus* 96 jours au plan national). Ce groupe de pathologies concerne cependant peu de personnes (50 patients en hospitalisation sans consentement dans la région). Pour le groupe « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », qui constitue le groupe de pathologies le plus fréquent (1 413 patients dans la région), la DAH s'élève en moyenne à 66 jours pour les Ligériens, et à 71 jours au plan national.

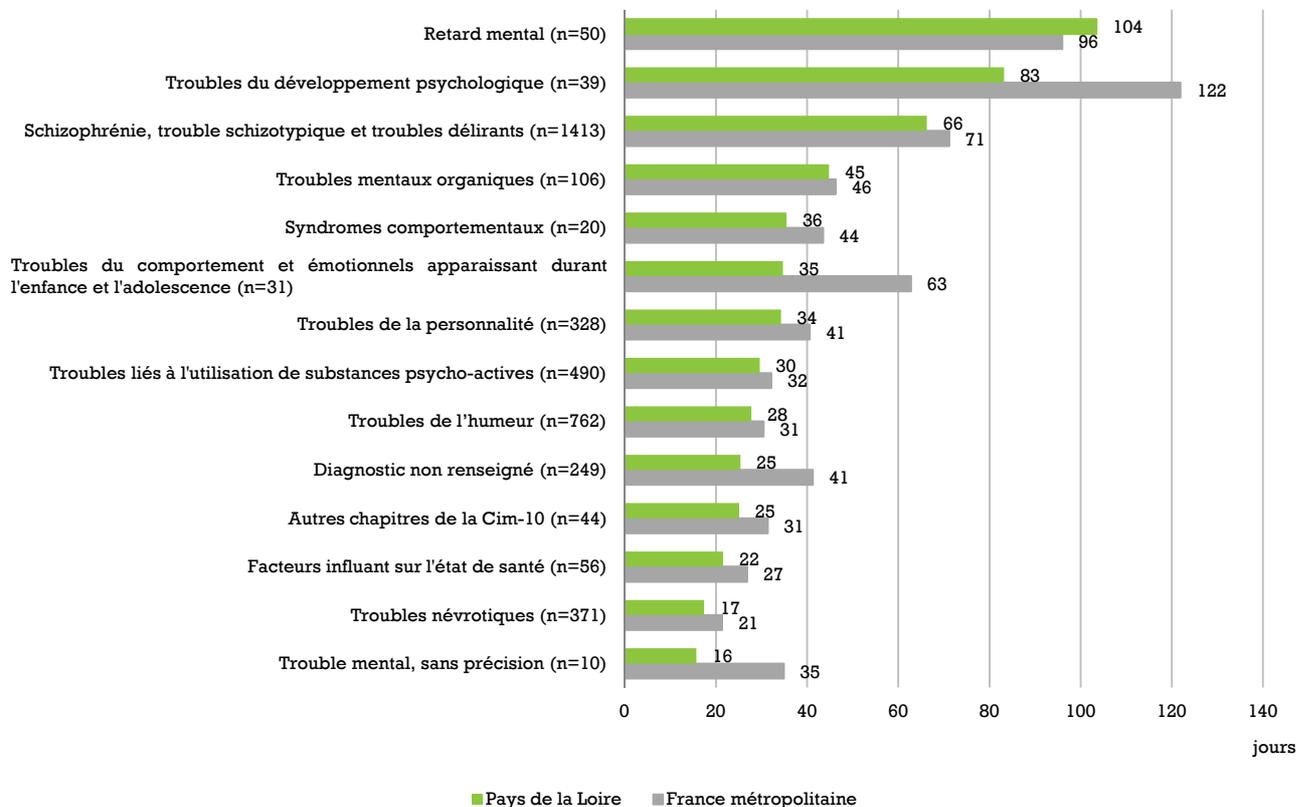
⁵³ Pour plus de précisions sur la DAH, voir méthodologie p. 25

⁵⁴ Ceci pourrait en partie être lié à l'absence de structures spécifiques pour la prise en charge des patients agités ou difficiles (UMD, UMAP, UPID) dans la région en 2011 [11].



Fig5.12 Durée annuelle d'hospitalisation à temps plein sans consentement en psychiatrie par groupe de pathologies (moyenne en jours)

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)



n = effectif de patients ligériens

Source : Rim-P (ATI) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant été hospitalisées au moins une fois à temps plein sans leur consentement en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant de DAH moyenne dans les Pays de la Loire. Des patients peuvent avoir plusieurs prises en charge à temps plein, pour différents groupes de pathologies, au cours de l'année. Chez ce type de patients, la DAH pour un groupe de pathologies donné est calculée uniquement à partir des séquences à temps plein sans consentement dont le diagnostic principal correspond à ce groupe précis de pathologies.



5.7 Comparaison avec les patients n'ayant pas été hospitalisés à temps plein sans consentement en 2011

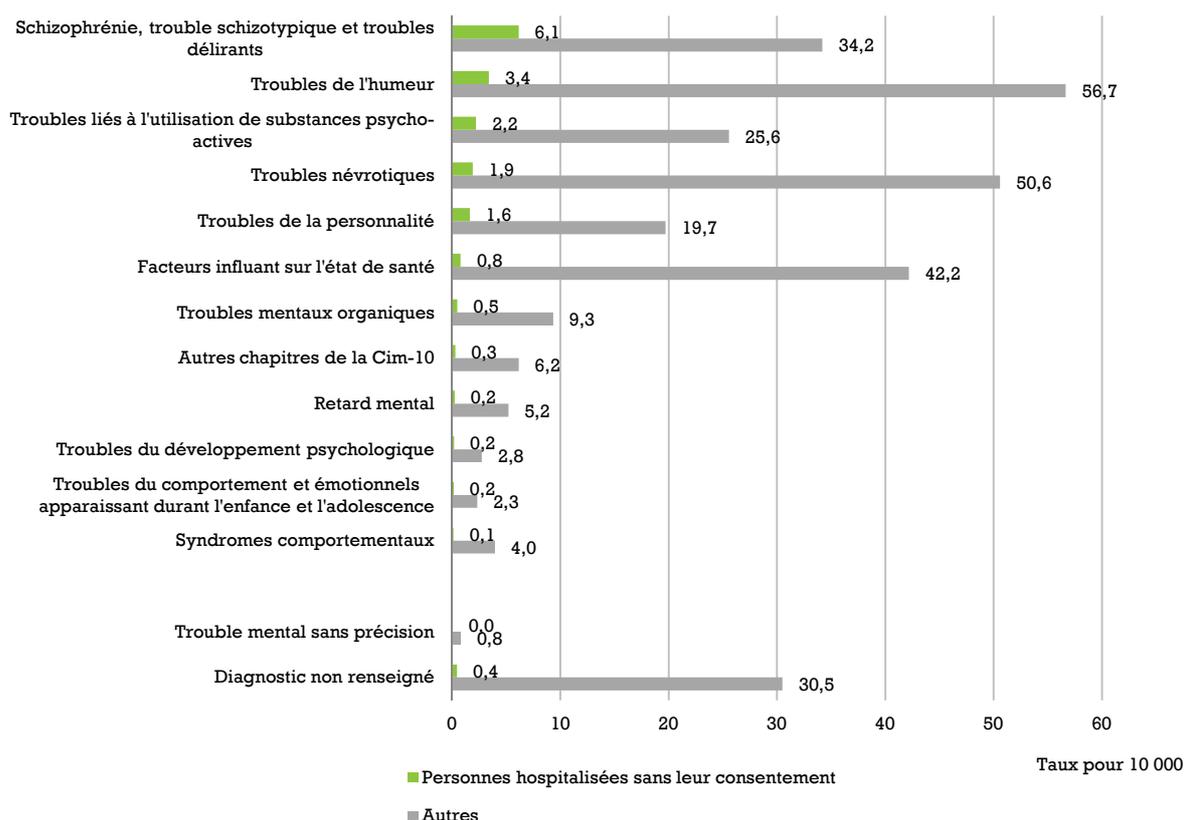
- Par rapport à l'ensemble des personnes prises en charge en psychiatrie (en hospitalisation complète ou sous une autre forme) exclusivement avec leur consentement, les personnes qui ont été hospitalisées à temps plein au moins une fois sans leur consentement en 2011 sont plus souvent des hommes (59 % *versus* 45 %), et sont plus jeunes en moyenne (43,6 *versus* 47,6 ans).

- Les personnes qui ont été hospitalisées à temps plein au moins une fois sans leur consentement en 2011 présentent, par rapport aux autres, une répartition des groupes de pathologies totalement différente.

Les « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » sont notamment le groupe de pathologies le plus fréquemment rencontré, devant les troubles de l'humeur (Fig5.13).

La fréquence des prises en charge avec diagnostic non renseigné est, en outre, particulièrement faible pour les patients hospitalisés sans leur consentement.

Fig5.13 Taux bruts de personnes prises en charge en psychiatrie pour 10 000 habitants, selon la présence d'une hospitalisation sans consentement dans l'année et par groupe de pathologies
Pays de la Loire (2011)



Sources : Rim-P (ATIH), RP 2010 (Insee) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (données domiciliées)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Note de lecture : les groupes de pathologies sont classés par ordre décroissant des taux bruts dans les Pays de la Loire pour les personnes hospitalisées sans leur consentement. Une personne a pu être prise en charge pour différents groupes de pathologies au cours de l'année. Pour les groupes « Trouble mental sans précision » et « Diagnostic non renseigné », les taux correspondent aux patients ayant eu exclusivement des prises en charge portant ces diagnostics au cours de l'année.



- En lien avec les différences de pathologies prises en charge, les personnes hospitalisées au moins une fois sans leur consentement dans l'année présentent, par rapport aux autres :
 - une fréquence plus importante de prises en charge à temps partiel (19 % *versus* 6 %), à domicile (16 % *versus* 7 %) et en groupe (18 % *versus* 9 %) (Fig5.14). Cela indique que ces personnes bénéficient plus souvent de plusieurs types de prises en charge différents au cours de l'année. Ces personnes ont, en effet, besoin d'un suivi plus intensif, faisant intervenir différents intervenants et modalités de soins.
 - à l'inverse, une fréquence moins importante de prises en charge en ambulatoire individuel (71 % *versus* 88 %).

Fig5.14 Personnes prises en charge en psychiatrie, selon la présence d'une hospitalisation sans consentement dans l'année et par type de prises en charge

Pays de la Loire, France métropolitaine (2011)

	Patients hospitalisés sans leur consentement dans l'année		Patients non hospitalisés sans leur consentement dans l'année	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Ensemble des patients concernés	4 095		76 292	
Temps complet	4 095	100%	14 765	19%
Temps partiel	769	19%	4 624	6%
Domicile ¹	663	16%	5 139	7%
Groupe	740	18%	7 153	9%
Ambulatoire individuel ²	2 893	71%	67 335	88%

Source : Rim-P (ATIH) / Exploitation : ORS Pays de la Loire (*données domiciliées*)

Champ : personnes âgées de 16 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une prise en charge en 2011 dans un établissement ayant une autorisation d'activité de soins en psychiatrie (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire dans un établissement public ou un Espic ; seulement à temps complet ou à temps partiel dans un établissement privé à but lucratif)

Une personne a pu bénéficier de différents types de prises en charge au cours de l'année. Dans ce tableau, les personnes sont comptabilisées autant de fois qu'elles ont eu de types de prises en charge différents pour cette affection.

1. Hors substituts du domicile (établissement pénitentiaire, établissement social ou médicosocial avec hébergement)

2. Dans un établissement public ou un Espic exclusivement

- Les personnes hospitalisées au moins une fois sans leur consentement dans l'année présentent, en outre, une DAH plus élevée en moyenne que celles qui ne sont pas dans ce cas (62 *versus* 42 jours).





BIBLIOGRAPHIE

- [1] Coldefy M, Nestrigue C, Or Z. (2012). Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. *Irdes*. 57 p.
- [2] Coldefy M, Nestrigue C. (2013). La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 191. 6 p.
- [3] Coldefy M, Nestrigue C. (2013). L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 193. 8 p.
- [4] Coldefy M, Nestrigue C. (2012). Analyser la variabilité des prises en charge de la schizophrénie : essai de typologie. Congrès Odissé « Recours aux soins hospitaliers et territoires », Angers, 13 novembre 2012. Irdes. 18 p. [diaporama].
- [5] ATIH. (2014). Tableaux RIM-P nationaux 2011. [En ligne]. <http://www.atih.sante.fr/tableaux-rim-p-nationaux-2011>.
- [6] ORS Rhône-Alpes. (2012). Mise en forme des fichiers issus de la base RIMP-P. Document de travail. 16 p.
- [7] Boulé JP, Brun X, Ogé C, *et al.* (2012). Évaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide. Rapport. ARS Pays de la Loire. 145 p.
- [8] ARS Bretagne. (2011). Recueil d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) : synthèse 2010. 29 p.
- [9] Plancke L, Amariei A. (2014). Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge et leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais ? *Psy.Brèves*. Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. n° 4. 8 p.
- [10] ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. 66 p.
- [11] Coldefy M, Le Neindre C. (2014). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Irdes. 147 p.
- [12] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2011). Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. Bulletin officiel n° 2011/4 bis. Fascicule spécial. 62 p.
- [13] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [En ligne]. <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>.
- [14] ATIH. (2014). Aide à l'utilisation des informations de chaînage. 26 p.
- [15] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- [16] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2012). Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. Bulletin officiel n° 2012/4 bis. Fascicule spécial. 70 p.
- [17] Charrel CL, Plancke L, Defromont L, *et al.* (2013). La mortalité des patients souffrant de troubles psychiques. Une étude à partir d'une cohorte de patients hospitalisés en service de psychiatrie. *Psy.Brèves*. Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. n° 1. 6 p.
- [17b] Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, *et al.* (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia : a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*. vol. 170, n° 3. pp. 324-333.
- [18] Insee. Espérance de vie en 2012 : comparaisons régionales. [En ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0503R.
- [19] Ramos-Gorand M. (2014). Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux. *Dossiers solidarité et santé*. Drees. n° 36. 53 p.



**Observatoire régional de la santé
des Pays de la Loire**
Hôtel de la Région • 1 rue de la Loire
44966 Nantes Cedex 9 • Tél. 02 51 86 05 60
Fax 02 51 86 05 75 • accueil@orspaysdelaloire.com
www.santepaysdelaloire.com

