



## Appel à projets de recherche 2013 Santé mentale et psychiatrie

**DATE DE CLÔTURE DE L'APPEL À PROJETS DE RECHERCHE : 5 avril 2013**

La DREES lance un appel à projets de recherche sur l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale.

Les études réalisées dans le cadre de cet appel à recherches pourront être publiées dans les collections DREES. Il est notamment envisagé la publication d'un ouvrage DREES sur l'organisation et l'activité de soins en santé mentale fin 2014 - début 2015.

### **Objectif de l'appel à projets :**

Le présent appel à projets a pour dessein d'encourager et de financer la réalisation de travaux scientifiques qui éclaireront les politiques publiques et la prise de décision dans le domaine de l'organisation et de l'activité des soins en psychiatrie/santé mentale. De nouvelles bases de données dans ce domaine sont aujourd'hui disponibles. Leur exhaustivité et leur qualité rendent possible leur utilisation à des fins de recherche.

### **Champ et thématique de l'appel à projets :**

La thématique de cet appel à recherche est **l'organisation et l'activité des soins en santé mentale, dans le champ sanitaire**. Cette thématique pourra être abordée selon les axes suivants :

1. La mesure du recours et de l'offre de soins en santé mentale
2. Les parcours de soins en psychiatrie
3. Les stratégies de prise en charge de la santé mentale par la médecine de ville
4. L'articulation des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales
5. Les suicides et tentatives de suicides

**La santé mentale s'entend ici sans le handicap lié aux troubles psychiques<sup>1</sup>**, c'est-à-dire à l'altération de certaines capacités individuelles et aux restrictions d'activités induites par des troubles psychiques importants et persistants.

**Critères d'éligibilité des projets :**

- Le projet doit répondre à l'objectif et aux impératifs du champ de cet appel à projets.
- L'articulation entre la problématique posée par les candidats et l'objectif énoncé au début de cet appel à recherche doit être impérativement et explicitement énoncée.
- Peuvent être présentés des projets de recherche d'une durée de deux ans maximum, avec de premiers résultats pouvant donner lieu à publication fin 2014.
- **Feront l'objet d'une attention particulière les projets de recherche proposant d'exploiter les bases de données nationales recueillies dans le domaine de la psychiatrie**, en particulier :
  - la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui intègre depuis 2006 un volet spécifique sur la psychiatrie ;
  - les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) ;
  - le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) et le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO);
  - ainsi que les bases de l'assurance maladie issues du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM)<sup>2</sup>.Une réunion d'information sur ces bases et les exploitations qui peuvent en être faites sera proposée courant février 2013 par la DREES aux équipes de recherche envisageant de répondre au présent appel à recherches. Un suivi scientifique des équipes de recherche qui seront financées sera également proposé.
- Les recherches peuvent néanmoins s'appuyer sur d'autres sources de données cliniques, épidémiologiques ou statistiques (par exemple, les enquêtes en population générale appariées avec les données de consommation de soins issues de l'Assurance maladie comme l'enquête Handicap et Santé et l'enquête Santé et Protection Sociale, etc.).
- Si l'étude s'intéresse au maillage géographique, elle devra dans la mesure du possible proposer comme niveau d'agrégation le territoire de santé.
- Des travaux d'observation de terrain et des études qualitatives seront également pris en considération, en particulier lorsqu'ils seront proposés en association avec des travaux statistiques quantitatifs.

---

<sup>1</sup> Le handicap psychique fera l'objet d'un nouvel appel à recherches en 2013 par l'IRESP, la CNSA et la DREES.

<sup>2</sup> Ces bases de données (contenu, conditions d'accès, etc.) sont présentées en annexe.

## Responsable scientifique du projet

- Le responsable scientifique du projet de recherche devra être membre d'un laboratoire relevant d'un organisme de recherche<sup>3</sup> ;
- Il devra consacrer au moins 30% de son temps au projet de recherche ;
- Il peut présenter des projets réalisés par des doctorants dans le cadre de leur thèse ;
- Le responsable scientifique ne peut être membre du comité de sélection de l'appel à projets.

## Organisme responsable du projet de recherche

- Un organisme peut présenter un projet fédérant plusieurs équipes de recherche, étant entendu qu'il sera alors le seul contractant pour l'ensemble des équipes ;
- Il est responsable devant la DREES de l'avancement du projet, de la transmission des rapports scientifiques et financiers et du reversement des fonds aux parties prenantes ;
- Un même organisme peut déposer plusieurs projets d'équipes différentes ;
- **Il n'est pas nécessaire que les équipes aient déjà effectué des travaux dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie pour soumettre un projet. Les projets présentés par des équipes nouvelles dans ce champ seront examinés avec la plus grande attention. Ainsi, afin de permettre à de jeunes équipes d'interagir et de concevoir un projet de recherche sur un sujet innovant, des contrats de définition pourraient être financés. De même, des études préparatoires pour expertiser la faisabilité d'études à partir des bases de données précitées seront dans la mesure du possible financées.**

## Texte de l'appel à projets et dossier de réponse disponibles :

- sur le site de la DREES, rubrique « recherches » puis « appels à projets de recherche »
- sur demande [DREES-SANTE-MENTALE@sante.gouv.fr](mailto:DREES-SANTE-MENTALE@sante.gouv.fr)

---

<sup>3</sup>Est considéré comme organisme de recherche, une entité, telle qu'une université ou institut de recherche, quel que soit son statut légal (organisme de droit public ou privé) ou son mode de financement, dont le but premier est d'exercer des activités de recherche et de diffuser leurs résultats par l'enseignement, la publication ou le transfert de technologie ; les profits sont intégralement réinvestis dans ces activités, dans la diffusion de leurs résultats ou dans l'enseignement.

**Les dossiers de réponse devront être envoyés avant le 5 avril 2013**

- Par messagerie électronique au format Word, en un seul document, pour le dossier de réponse et au format Excel, pour le tableau de synthèse, à l'adresse suivante : [DREES-SANTE-MENTALE@sante.gouv.fr](mailto:DREES-SANTE-MENTALE@sante.gouv.fr)
- **Et** par la poste (cachet de la poste faisant foi), 1 original avec les signatures et 5 copies à :

Ministère des affaires sociales et de la santé  
DREES  
A l'attention de Valérie Ulrich,  
Mission Recherche  
14 Avenue Duquesne, 75007 Paris 07 SP

**Procédures de sélection :**

L'évaluation des projets sera effectuée par un comité scientifique d'évaluation composé de chercheurs, experts et représentants institutionnels, qualifiés sur les questions traitées.

Renseignements administratifs et scientifiques : [DREES-SANTE-MENTALE@sante.gouv.fr](mailto:DREES-SANTE-MENTALE@sante.gouv.fr)

**Les résultats de la sélection des projets seront communiqués mi-mai 2013.**

## Présentation de l'appel à projets de recherche

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, dans son axe 4 « Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs » préconise de promouvoir les travaux de recherche. Des appels à projets sur cette thématique ont été lancés par la mission recherche de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRe - DREES) dans la première moitié de la décennie 2000<sup>4</sup>, suivis d'appels à projets plus récents (en 2005<sup>5</sup> et 2008) sur le handicap psychique en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La DREES a par ailleurs produit de nombreux travaux statistiques<sup>6</sup> sur ces thématiques, rendus possibles par l'amélioration continue des sources d'information.

En 2012, la DREES a organisé un séminaire sur l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale qui poursuivait deux objectifs. D'abord, il a questionné les voies d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins en psychiatrie et santé mentale dans un contexte institutionnel et législatif<sup>7</sup> renouvelé. Ensuite, il a tenté d'identifier les besoins de travaux de recherche sur des questions pas ou peu investiguées. Le présent appel à recherches vise donc à encourager les chercheurs, par des soutiens individuels ou collectifs, à répondre par leurs travaux aux zones d'ombre apparues au cours de ce séminaire.

La réalisation de nouvelles recherches dans le champ de la psychiatrie et la santé mentale est également justifiée par la construction d'un système d'information désormais complet et riche (voir annexe).

---

<sup>4</sup> Une partie de ces recherches a été publiée dans un numéro spécial de la Revue française des affaires sociales « Psychiatrie et santé mentale », n°1, janvier-mars 2004.

<sup>5</sup> Les recherches de l'appel d'offres de 2005 ont été publiées dans un numéro spécial de la Revue française des affaires sociales « Handicap psychique et vie quotidienne », coordonné par J. Delbecq et F. Weber, 2009.

<sup>6</sup> Un recueil d'études statistiques a été publié en 2007 : « La prise en charge de la santé mentale », Collection Études et Statistiques, coordonné par Magaly Coldefy, La documentation française, 2007.

<sup>7</sup> Création des agences régionales de santé et des territoires de santé par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 ; nouveau plan psychiatrique 2011-2015 ; réforme des soins sans consentement en 2011.

## L'appel à projets s'articule autour de cinq axes :

1. La mesure du recours et de l'offre de soins en santé mentale .....	2
Effets de l'offre de soins sur le recours .....	2
Le renoncement et le non-recours aux soins .....	3
2. Les parcours de soins en psychiatrie .....	4
La description des parcours de soins .....	4
Les ruptures de prise en charge .....	4
Le recours aux urgences dans les parcours de soins .....	5
3. Les stratégies de prise en charge de la santé mentale par la médecine de ville .....	5
La prise en charge par les généralistes .....	5
La prise en charge par les spécialistes .....	6
4. Articulation des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales .....	6
Les hospitalisations inadéquates et de longue durée .....	6
La jonction entre professionnels du sanitaire/du social et du médico-social .....	7
5. Les suicides et tentatives de suicide .....	7

### 1. La mesure du recours et de l'offre de soins en santé mentale

#### Effets de l'offre de soins sur le recours

Les sources d'informations existantes permettent plus aisément qu'auparavant d'analyser, d'une part, l'offre de soins psychiatriques et, d'autre part, le recours à ces soins. L'offre des établissements de santé, leur activité et leurs moyens sont bien documentés grâce à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et aux rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY)<sup>8</sup>. Le recours effectif aux soins en établissement de santé est quant à lui observé de façon très détaillée dans le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP) pour les établissements autorisés en psychiatrie et dans le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) pour les établissements ayant une unité MCO. Les consultations en ville (médecins généralistes et spécialistes) et les consommations de médicaments (psychotropes, par exemple) peuvent être repérées à partir des données de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

L'appel à projets souhaite stimuler des recherches à partir de ces différentes sources. Une attention particulière pourrait être portée aux disparités géographiques d'offre et de recours

---

<sup>8</sup> Les bases de données mentionnées dans ce texte sont décrites plus précisément en annexe.

aux soins en santé mentale. Comment peut-on expliquer ces disparités (spécialisation de certains services, populations spécifiques sur certains territoires, offre médico-sociale, densité de professionnels libéraux, etc.)? Les disparités d'offre observées sont-elles corrélées à des disparités de recours? Dans quelle mesure l'organisation locale de l'offre de soins est-elle déterminante du recours aux soins? Par exemple, existe-t-il des disparités géographiques dans le taux de réhospitalisation des patients atteints de troubles psychiatriques reflétant des différences dans l'organisation locale des soins (délais d'attente pour les consultations en centre médico-psychologique, insuffisance de professionnels libéraux, manque de structures d'aval, etc.)?

Il serait également pertinent de renseigner les différences de modalités de prise en charge entre établissements. Quelles sont les différences de populations suivies, de prises en charge proposées et de spécialisations entre établissements? Par ailleurs, existe-t-il une complémentarité ou une substitution entre les prises en charge en établissement psychiatrique et celles réalisées par les professionnels libéraux (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes) et les établissements médico-sociaux?

Pour enrichir les analyses, les travaux quantitatifs pourraient être complétés de travaux qualitatifs sur certains établissements ciblés, certaines zones géographiques ou certaines sous-populations (jeunes, personnes en situation de précarité, etc.). Par ailleurs, malgré l'amélioration récente des sources statistiques, une attention particulière devra être portée dans les projets à l'analyse de la qualité des données.

Les disparités d'offre de soins en psychiatrie pourraient être analysées à différentes échelles : au niveau des établissements, des départements, des régions ou des territoires de santé. Ces derniers sont les zones pertinentes de l'organisation des soins depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009. Mais, dans le champ de la psychiatrie, les soins étaient organisés depuis les années soixante au niveau du secteur psychiatrique qui a été supprimé juridiquement en 2010.

## **Le renoncement et le non-recours aux soins**

Dans le prolongement de travaux conduits par la DREES<sup>9</sup> et au-delà de la mesure quantitative de l'offre et du recours aux soins en santé mentale, les projets de recherche pourront également porter sur le renoncement aux soins en santé mentale ainsi que sur le non-recours. Ces notions étant plus difficiles à mesurer quantitativement, elles pourraient être appréhendées à travers des observations de terrain ou des études épidémiologiques sur des cohortes existantes. Un intérêt particulier sera porté aux projets visant à mesurer et comprendre les raisons du renoncement et du non-recours aux soins en santé mentale. Quels sont les différents facteurs qui expliquent de tels comportements (raison financière,

---

<sup>9</sup> La DREES a financé en 2011-2012 un programme de recherches pluridisciplinaires sur le renoncement aux soins afin d'améliorer les outils de mesure du renoncement ainsi que la compréhension de ses déterminants : <http://www.drees.sante.gouv.fr/programme-renoncement-aux-soins-facteurs-sociaux-inegalites-sociales,10510.html>.

accessibilité géographique de l'offre de soins, délai d'accès à des soins adaptés, déni inhérent à la maladie, crainte d'être stigmatisé, exclusion sociale, etc.) ? L'étude du lien entre renoncement ou non-recours aux soins et l'organisation de l'offre serait appréciée.

## **2. Les parcours de soins en psychiatrie**

L'enjeu majeur du plan de santé mentale 2011-2015 est de prévenir les ruptures de soins dans les parcours de vie des personnes, quel que soit leur lieu de vie, y compris celles en grande précarité ou en milieu pénitentiaire. La description des parcours de soins en santé mentale, leur discontinuité et les ruptures de soins pourraient, grâce aux bases de données disponibles aujourd'hui, être analysés plus finement. Des projets qui appréhenderaient cette thématique sont sollicités.

### **La description des parcours de soins**

Même si les données ne permettent pas de reconstituer parfaitement les trajectoires des patients entre les différentes formes de prise en charge, les possibilités d'études sur cette thématique sont nombreuses. Les projets pourraient tenter d'identifier des parcours-types de soins en santé mentale. Ces descriptions pourraient concerner une pathologie donnée ou un ensemble de pathologies. Les projets pourraient déterminer également les facteurs explicatifs de ces parcours. Comment l'offre de soins influence-t-elle les parcours, quel est l'impact des caractéristiques sociodémographiques des patients sur leur parcours, etc.? Une attention particulière pourrait être portée à la phase de détection des troubles avant l'entrée dans le parcours de soins. Quels facteurs facilitent la détection ou au contraire provoquent un retard de repérage (facteurs caractérisant le patient, facteurs caractérisant l'offre de soins, facteurs de contexte, etc.)?

### **Les ruptures de prise en charge**

Des travaux cherchant à repérer des ruptures de prise en charge et à mesurer les déterminants de ces ruptures pourraient également être soutenus. La difficulté de reconstituer les trajectoires des patients entre les différents modes de prise en charge peut conduire à interpréter à tort des arrêts de soins comme des ruptures<sup>10</sup> et rend donc complexe l'analyse de ces ruptures par une approche quantitative. Néanmoins, les propositions de recherche pourraient proposer des méthodes alternatives au repérage exact des interruptions de prise en charge, en analysant par exemple les conséquences des ruptures (une tentative de suicide, un recours aux urgences, des sorties contre avis médical en hospitalisation, etc.) ou le caractère plus ou moins chaotique des parcours de soins (absences aux rendez-vous en ambulatoire, hospitalisations consécutives et rapprochées, etc.). Dans quelle mesure certains indicateurs dans les trajectoires des personnes peuvent-ils

---

<sup>10</sup> Par exemple, les patients « perdus de vue » en établissement de santé peuvent tout simplement avoir basculé sur une autre prise en charge, en ville ou en structure médico-sociale.



être révélateurs d'interruptions dans les parcours de soins ? Par exemple, que signifie une réhospitalisation ?

Des travaux pourraient également être proposés sur les ruptures de soins à des moments clés de la vie des patients. Les transitions entre l'enfance et l'adolescence, puis entre l'adolescence et l'âge adulte peuvent par exemple constituer un moment critique de rupture en raison de la séparation entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale. Le vieillissement peut également être une période charnière de la vie du patient et introduire une rupture de prise en charge.

### **Le recours aux urgences dans les parcours de soins**

Enfin, un intérêt particulier pourrait être porté aux projets qui proposeront d'analyser le recours aux urgences des hôpitaux généraux par des personnes atteintes de troubles psychiatriques<sup>11</sup>. L'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques par les structures dédiées à la psychiatrie pourrait également être interrogée<sup>12</sup>. Il serait enfin intéressant de mesurer la part des recours aux urgences qui sont dus à un manque de continuité dans les soins<sup>13</sup>. Comment se situe le recours aux urgences dans les parcours des soins des patients en santé mentale ? Qui sont les patients atteints de troubles psychiatriques ayant recours aux urgences ? S'agit-il toujours de patients en crise ou en rupture de prise en charge ? Ou le recours aux urgences correspond-t-il à un premier accès aux soins psychiatriques ou à un recours répété par des « habitués » des urgences ?

## **3. Les stratégies de prise en charge de la santé mentale par la médecine de ville**

Des travaux sur l'organisation de la prise en charge de la santé mentale par la médecine de ville et son articulation avec les prises en charge en établissements de santé sont également sollicités. La place des médecins spécialistes et des médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques est une question de recherche importante.

### **La prise en charge par les généralistes**

Étant donné leur place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, des travaux abordant la prise en charge de la santé mentale par les médecins généralistes sont sollicités. Les difficultés que rencontrent ces professionnels pour repérer et prendre en charge les problèmes de santé mentale sont régulièrement mises en avant. Quels facteurs freinent ou au contraire facilitent le repérage des troubles de santé mentale par les médecins

---

<sup>11</sup> La mesure du recours aux urgences des hôpitaux généraux attribuables à un motif psychiatrique peut être appréhendée par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

<sup>12</sup> Cette question est abordée dans les rapports d'activité en psychiatrie (RAPSYP).

<sup>13</sup> Dans le RIM-P, la variable de provenance du patient permet également de repérer, avec plus ou moins de fiabilité, les entrées par les urgences.

généralistes (formation insuffisante, durée de la consultation, existence d'un réseau avec la psychiatrie, etc.) ? Quel est le rapport des médecins généralistes à la psychiatrie ? Quelles sont leurs relations avec les spécialistes (psychiatres, psychologues, etc.) et les autres professionnels (psychothérapeutes, etc.)? Les médecins généralistes adaptent-ils leurs pratiques (prescriptions de psychothérapies ou de traitements médicamenteux, pratiques de psychothérapies de soutien<sup>14</sup>, adressage des patients vers des spécialistes ou vers l'hôpital) selon l'organisation locale des soins en psychiatrie, en particulier selon la densité locale de spécialistes libéraux? Par ailleurs, quelles sont leurs relations avec les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie ou les professionnels de ces établissements ?

### **La prise en charge par les spécialistes**

Accéder à des consultations de spécialistes (psychiatres, psychologues, etc.) exerçant en ville n'est pas forcément aisé. Or, une prise en charge en santé mentale nécessite souvent l'intervention de nombreux acteurs (généralistes, spécialistes, autres professionnels, ...). La question de l'organisation du système de soins, entre la médecine de ville et l'hôpital est donc un des axes d'études possibles.

## **4. Articulation des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales**

### **Les hospitalisations inadéquates et de longue durée**

La nécessité de développer l'offre sociale et médico-sociale à destination des personnes souffrant de troubles de santé mentale est souvent appuyée sur le constat qu'existent, dans les services de psychiatrie, des hospitalisations inadéquates ou des hospitalisations de longue durée attribuables à des problèmes d'aval : les personnes demeureraient hospitalisées faute d'une prise en charge adaptée en ville, ou faute d'hébergement adapté dans des établissements médico-sociaux, ou encore faute de logement dans lequel elles seraient accompagnées, de manière plus ou moins renforcée, par des services médico-sociaux ou sociaux. La définition et la mesure des hospitalisations inadéquates ou de longue durée mériteraient d'être étudiées. Comment définit-on la notion d'hospitalisation « inadéquate » ? Comment repérer les hospitalisations inadéquates ? Comment expliquer la variabilité (entre régions, entre départements, etc.) de la proportion d'hospitalisations inadéquates ou de longue durée? Des travaux quantitatifs et qualitatifs combinés sur ces questions pourraient être proposés.

---

<sup>14</sup> La psychothérapie de soutien est un soutien psychologique que les médecins généralistes apportent à leurs patients. Bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans les recommandations françaises, cette pratique semble courante dans la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes (Dumesnil H., Cortaredonas S., Cavillon M, Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H. et Verger P., 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et résultats* n° 810, septembre 2012, DREES).

## **La jonction entre professionnels du sanitaire/du social et du médico-social**

Constatant les cloisonnements des prises en charge, le premier Plan Psychiatrie et Santé mentale considérait « qu'un enjeu important réside dans le renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes ». Pour autant, si les difficultés de communication entre professionnels du sanitaire et du social sont souvent avancées comme un frein au développement de coopérations favorables à l'amélioration du parcours des patients, les causes concrètes de ces difficultés (culture professionnelle, modalités de coopération etc.) sont rarement explorées. Comment s'articulent l'activité de soins des professionnels de la psychiatrie et celle des professionnels du médico-social ? Les interventions des uns et des autres sont-elles complémentaires ou se recouvrent-elles ? Quels facteurs favorisent la transition des patients entre la prise en charge psychiatrique et l'accompagnement social ou médico-social ? Dans quelle mesure les équipes des Maisons départementales pour personnes handicapées effectuent-elles un travail de jonction entre professionnels du sanitaire/du social et du médico-social ?

### **5. Les suicides et tentatives de suicide**

Des travaux de recherche proposant d'étudier le lien entre organisation des soins en psychiatrie et suicides ou tentatives de suicides seront également pris en considération. Les suicides et les tentatives de suicide peuvent-ils dans certains cas être la conséquence d'une rupture dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques ou d'une mauvaise organisation des soins ?

La problématique de la prise en charge des suicidants (l'urgence, la difficulté de la prise en charge due à la durée d'hospitalisation limitée, le nécessaire suivi en raison du risque de récurrence, etc.) pourrait également être étudiée. L'organisation et les structures de soins actuelles interviennent-elles efficacement auprès des personnes ? La prise en charge passe, selon les cas, par la médecine générale de ville, par les urgences, par l'hospitalisation en soins somatiques ou psychiatriques, par les traitements médicamenteux, par la psychothérapie, sans oublier le rôle de la prévention du suicide. Quelle est la part de chacun de ces modes de prise en charge et leur articulation ?

## Annexe : Un système d'observation statistique complet et riche

Cette annexe présente les sources statistiques que la DREES souhaiterait voir utilisées dans les projets soumis à cet appel à recherche. Une réunion d'information sur ces bases et les exploitations qui peuvent en être faites sera proposée courant février 2013 par la DREES aux équipes de recherche envisageant de répondre au présent appel d'offres. Un suivi scientifique des équipes de recherche qui seront financées sera également proposé.

### **1) Les sources statistiques sur les structures de prise en charge et l'offre de soins proposées aux patients**

La DREES a, au cours des années 2000, amélioré la cohérence de ses enquêtes sur la psychiatrie en établissement de santé, à travers notamment l'harmonisation des concepts et des unités interrogées.

#### ***a) La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)***

La DREES collecte annuellement depuis les années 1970 les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui se sont enrichies à partir de 2006 d'un volet spécifique sur la psychiatrie. Cette enquête, qui interroge de manière exhaustive tous les établissements de santé publics et privés en France, fournit des informations sur les capacités (nombre de lits, places ou structures), les activités et les personnels. Le taux de réponse à l'enquête est de 99% en 2010. L'introduction d'un bordereau spécifique sur la psychiatrie a permis de recueillir des informations sur certaines formes d'activité qui n'étaient pas repérées jusque-là, notamment l'activité en ambulatoire. Il distingue aussi la psychiatrie générale de la psychiatrie infanto-juvénile et renseigne le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année (notion de file active), le mode légal d'hospitalisation et la spécialisation éventuelle de l'établissement (adolescence, sujet vieillissant, etc.).

Site internet de diffusion : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/> (dernières données disponibles = 2011)

Pour des travaux statistiques exploitant cette source, vous pouvez consulter :

DREES, 2012, « le panorama des établissements de santé, édition 2012 ».

Élodie Kranklader, 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 », Dossier Solidarité et Santé n°25, mars 2012.

**L'accès à cette source est gratuit pour les équipes de recherche, moyennant la signature d'une licence d'usage. La demande d'accès aux données doit être formulée à : [DREES-SAE@sante.gouv.fr](mailto:DREES-SAE@sante.gouv.fr).**

### ***b) Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY)***

Pour compléter la connaissance de l'offre de soins en psychiatrie, la DREES recueille par ailleurs ponctuellement les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY). Ces rapports constituent une enquête dédiée aux établissements psychiatriques, qui vient compléter la SAE. Elle interroge les établissements de manière plus détaillée sur l'organisation de la prise en charge des patients sur des thématiques diverses comme l'accès aux soins, la prévention et l'insertion sociale, l'organisation des soins, les pratiques professionnelles, les consultations externes, l'activité en ambulatoire, etc. Les RAPSY fournissent des informations précieuses pour décrire l'organisation des soins en psychiatrie de manière à la fois qualitative et quantitative. Pour la dernière enquête disponible qui a porté sur l'année 2008, l'interrogation a été élargie à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie, qu'ils soient sectorisés ou non, alors qu'auparavant seuls les premiers étaient sollicités. Le recueil des données se fait au niveau de l'établissement et au niveau de chaque structure de prise en charge. Le taux de réponse à l'enquête a été de 81% en 2008.

A partir de ces données sur les établissements autorisés en psychiatrie et en y ajoutant des indicateurs sur la densité de psychiatres libéraux et les capacités d'accueil dans le secteur médico-social, la DREES a réalisé un travail de cartographie de l'offre de soins en santé mentale :

Leroux I., Schultz P., 2011, « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n° 155, avril 2011.

**L'accès à cette source est gratuit pour les équipes de recherche, moyennant la signature d'une licence d'usage. La demande d'accès aux données doit être formulée à : [DREES-RAPSY@sante.gouv.fr](mailto:DREES-RAPSY@sante.gouv.fr).**

La combinaison de ces deux enquêtes de la DREES qui interrogent les établissements permet donc de décrire finement les structures de prise en charge en psychiatrie et l'offre de soins proposée aux patients en établissement. Leur limite principale est qu'elles ne couvrent pas l'offre de soins en exercice libéral en cabinet par les psychiatres ou psychologues. En revanche, les évolutions récentes de ces enquêtes ont eu pour objectif une mise en cohérence avec les données sur les patients, notamment avec celles issues du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P).

## 2) Les sources sur les patients

### *a) Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie RIM-P*

Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) est une base de données médico-économiques permettant de quantifier et de décrire l'activité hospitalière des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Depuis 2007, ces données sont disponibles auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Elles portent sur les séjours des patients (mode de prise en charge, nombre de jours de présence, mode légal d'hospitalisation, mode d'entrée et de sortie, provenance et destination), les actes dispensés (type, lieu, nombre et type d'intervenants) et les patients eux-mêmes (sexe, âge, code géographique de résidence, diagnostic principal, diagnostics associés). Elles permettent donc de décrire et de qualifier les populations suivies en psychiatrie selon leur mode de prise en charge.

La DREES a récemment publié un travail exploratoire sur cette source :

Coldefy M. et al., 2012, « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie », Document de travail série sources et méthodes, DREES, n°38, novembre.

### *b) Le programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie PMSI-MCO*

Les séjours d'hospitalisation dans des établissements du champ d'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) comportant une prise en charge de pathologies psychiatriques peuvent être analysés à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO). Cette source permet par exemple de mesurer une partie des taux d'hospitalisations pour tentative de suicide. On y retrouve également un certain nombre de séjours avec un diagnostic principal de trouble mental. Les données du RIM-P et du PMSI-MCO peuvent être appariées par patient.

**La demande écrite des bases RIM-P et PMSI-MCO se fait à l'adresse suivante :**

**[demande\\_base@atih.sante.fr](mailto:demande_base@atih.sante.fr). Cette procédure nécessite l'obtention préalable d'un accord de la CNIL par le biais d'une demande d'autorisation d'évaluation des pratiques de soins (<http://www.cnil.fr/>). Cette procédure est payante mais une délibération du conseil d'administration de l'ATIH datant de mai 2009 accorde aux chercheurs le droit d'accéder gratuitement aux bases. Pour plus de précisions, se référer à l'adresse Internet suivante : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001900001FF> .**

### ***c) Les bases de données sur les remboursements de soins de l'assurance maladie***

Les données de l'assurance maladie obligatoire permettent de réaliser des études sur les patients atteints de troubles psychiatriques. Le système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) est une base de données anonymisées comportant des données de remboursement de soins de tous les régimes de l'assurance maladie obligatoires. Ces données portent sur les patients, sur les soins en ville (actes réalisés, prescriptions et arrêts de travail). Depuis 2007, la base de l'assurance maladie est complétée des données issues du PMSI (MCO, SSR, HAD et plus récemment du RIM-P), et fournit donc aussi des informations sur les soins en établissement (séjours en hôpital, médicaments et dispositifs facturés en sus des forfaits, ainsi que consultations externes depuis 2009). Concernant les patients les informations se limitent à l'âge, au sexe, au lieu de résidence, à la couverture maladie universelle complémentaire, ainsi qu'aux affections de longue durée. Cette source permet par exemple de réaliser des recherches sur les consultations en ville et de mesurer la consommation de médicaments ou de repérer et d'analyser le recours aux soins des patients admis en ALD au titre de l'ALD 23 : affections psychiatriques de longue durée.

**L'accès aux données de l'assurance maladie, variable selon le type de données souhaité (données standard ou extraction particulière) et selon l'organisme de recherche demandeur, est décrit sur le site de l'institut des données de santé (<http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/>, rubrique études et recherches). L'accès aux données non standards nécessite l'obtention préalable d'un accord de la CNIL par le biais d'une demande d'autorisation d'évaluation des pratiques de soins (<http://www.cnil.fr/>).**

### ***d) Les enquêtes sur la santé en population générale***

Les enquêtes sur la santé en population générale peuvent compléter les connaissances sur la prévalence des troubles psychiatriques. Elles présentent également l'avantage d'offrir pour l'analyse des caractéristiques sociodémographiques plus nombreuses que les autres sources citées jusque là (informations sur la situation professionnelle, le statut marital, l'environnement socioculturel, etc.). Leur inconvénient est de ne mesurer généralement que les troubles les plus fréquents (dépression, troubles anxieux) et de reposer sur une information déclarative. Elles permettent donc d'approcher des troubles mais ne constituent pas des diagnostics précis. On ne sait pas clairement si elles permettent de mesurer les besoins de soins en psychiatrie.

L'enquête Handicap-Santé, réalisée par la DREES et l'INSEE, permet par exemple de mesurer les caractéristiques de personnes déclarant certaines maladies (anxiété chronique, dépression chronique, autisme, schizophrénie, trisomie 21), des déficiences mentales, ainsi que des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité liées à des troubles psychiques. Handicap-Santé est appariée avec les données de consommation de soins issues de l'Assurance maladie (SNIIR-AM)<sup>15</sup>. Cette enquête est disponible au centre Quételet (<http://www.reseau-quetelet.cnrs.fr/spip/?lang=fr>). Une étude qualitative du recueil des données de santé mentale dans l'enquête Handicap Santé auprès des ménages a été réalisée par Pascale Roussel (EHESP), Gaëlle Giordano (IFRH) et Marie Cuenot (EHESP) <http://www.drees.sante.gouv.fr/programme-post-enquetes-qualitatives-sur-le-handicap,10506.html>.

L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES porte sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Les thématiques de l'enquête sont plus précisément : les modes de protection sociale (obligatoires et facultatives), les maladies et les troubles de santé déclarés, les recours au médecin, la consommation de biens médicaux, les soins auxiliaires, l'hospitalisation et le renoncement aux soins et les opinions sur la santé. ESPS est aussi appariée avec les données de consommation de soins issues de l'Assurance maladie. Des informations sur cette enquête sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/index.html>.

---

<sup>15</sup> Alexis MONTAUT, Lucie CALVET, Gérard BOUVIER, Lucie GONZALEZ, 2013, « L'appariement handicap-santé et données de l'assurance maladie », Document de travail, Série sources et méthodes, n°40, Drees, Janvier 2013.