

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>

## La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé

Magali Coldefy, Clément Nestrigue (Irdes)

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression.

Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). Parmi les 2,1 millions de patients adultes hospitalisés pour un motif psychiatrique ou pris en charge pour une affection de longue durée psychiatrique, plus d'un tiers souffre d'épisodes dépressifs caractérisés<sup>1</sup>. La dépression est en effet l'une des maladies psychiques les plus répandues en France : sa prévalence estimée entre 5 et 12 % selon les sources et outils de mesure utilisés (Le Pape, Lecomte, 1999, Sapinho *et al.*, 2009 ; Morin, 2010) concernerait plus de 3 millions de personnes (Inpes, 2007). Episode

dépressif isolé ou trouble dépressif récurrent, la dépression peut s'installer dans la durée et la chronicité. Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes, 2007), 60 % des personnes ayant vécu un épisode dépressif caractérisé déclarent avoir eu recours à des soins pour raison de santé mentale. Si le recours au médecin généraliste est prédominant pour 21 % de ces patients, les psychiatres et psychologues libéraux arrivent ensuite avec 13 et 7 %. Les autres professionnels cumulent 12 % des recours (thérapeute, infirmier, masseur-kinésithérapeute, assistant social...) [Briffault *et al.*, 2010]. Même si le recours aux établissements de santé pour dépression est relativement faible

(environ 10 % de personnes consultant), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie, et ce recours augmente avec la sévérité et la chronicité du trouble (Inpes, 2007).

<sup>1</sup> Un épisode dépressif caractérisé (EDC) est défini selon le CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview - Short Form) et le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>e</sup> édition). Il est identifié par la présence d'au moins quatre symptômes (ex. : vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, avoir pris ou perdu au moins 5 kg, avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer, etc.) dont au moins un important, et la perturbation des activités habituelles du patient.

Les épisodes et troubles dépressifs représentent ainsi le diagnostic le plus fréquemment rencontré parmi les personnes prises en charge en psychiatrie dans un établissement de santé en 2011. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

### La dépression, motif principal de recours en psychiatrie dans les établissements de santé en 2011

Plus d'1,5 million d'adultes ont été suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français (Drees, SAE 2011), dont 75 % ont eu exclusivement une prise en charge ambulatoire sous forme de consultations avec des professionnels de santé, interventions aux urgences, soins à domicile, etc. (Drees, 2012).

Avec près de 283 000<sup>2</sup> patients adultes (de 16 ans et plus) suivis pour un épisode ou un trouble dépressif en 2011, soit près de 18 % de la file active totale (Source : Rim-P), la dépression constitue le premier motif de recours en psychiatrie dans les établissements de santé métropolitains (graphique 1). Cependant, en termes de journées ou d'actes, les troubles schizophréniques représentent près d'un quart de l'activité des établissements, contre 15 % pour la dépression.

Large, le spectre de la dépression peut recouvrir des situations disparates nécessitant des modalités de prise en charge variées selon le degré de sévérité et les besoins de la personne, comme nous le verrons par la suite. La classification internationale des maladies (Cim 10<sup>e</sup> révision) qualifie les épisodes et troubles dépressifs en légers, moyens, sévères (OMS, 2009). Parmi les patients suivis en établissement de santé en 2011 pour dépression, 37 %

<sup>2</sup> Effectifs non redressés pour les établissements manquants.

le sont pour un épisode ou trouble sévère, 35 % pour un épisode ou trouble qualifié d'intensité moyenne, 14 % pour un épisode ou trouble léger et autant pour des épisodes ou troubles dépressifs autres non définis en termes de sévérité.

### Un recours aux soins en établissement pour dépression plus important chez les femmes

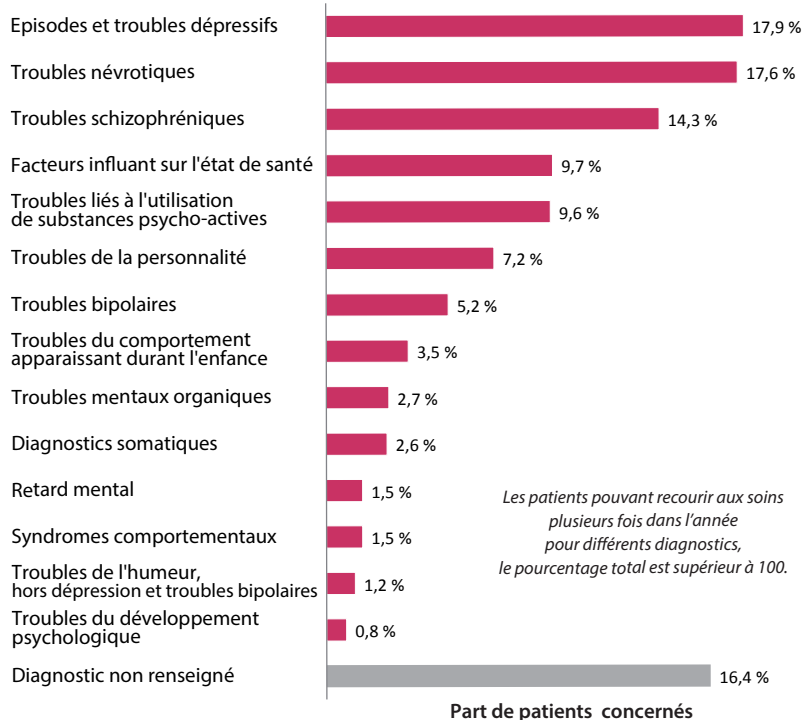
La prévalence de la dépression en population générale est plus forte chez les femmes (Morin, 2008, Sapinho *et al.*, 2009), de même que le recours aux soins en établissement de santé pour dépression, observé à partir du Rim-P, qui les concerne majoritairement (66 %). Le recours aux soins pour dépression est également lié à l'âge. Si l'âge moyen est de 51 ans, le recours pour dépression croît avec l'âge pour atteindre son maximum chez les 51-55 ans. Il n'y a pas de différences significatives de recours aux soins dans la répartition des classes d'âge selon le sexe du patient. Ces résultats restent stables avec le degré de sévérité du trouble.

### Une prise en charge de la dépression essentiellement ambulatoire, sauf pour les troubles sévères

Un patient pris en charge dans un établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie peut être suivi selon différentes natures de prise en charge : à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire (encadré Définitions p. 6). Certains patients sont vus exclusivement sous l'une ou l'autre de ces natures de prises en charge, mais ils sont nombreux à en combiner plusieurs. La plupart des formes de dépression peut être soignée sans hospitalisation, 62 % des patients souffrant de dépression ont été suivis exclusivement en ambulatoire (consultations, essentiellement) dans les établissements en 2011.

Cependant, elle peut s'imposer en cas de dépressions sévères, de traitements complexes ou lorsque le patient est en danger (risque de suicide, perte d'autonomie, etc.) [HAS, 2002]. Un tiers des patients suivis

#### G1 Diagnostic principal de recours pour motif psychiatrique en établissement de santé en 2011



**Lecture :** 17,9 % des patients pris en charge dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2011 ont reçu un diagnostic principal d'épisodes ou de troubles dépressifs.

**Source :** Rim-P 2011. **Champ :** France métropolitaine, personnes âgées de 16 ans ou plus

Télécharger le fichier Excel® sur le site de l'Irdes.

*Les patients pouvant recourir aux soins plusieurs fois dans l'année pour différents diagnostics, le pourcentage total est supérieur à 100.*

pour dépression a été hospitalisé à temps plein en 2011. Le recours à l'hospitalisation augmente avec le degré de sévérité du trouble, plus de la moitié des personnes ayant un diagnostic d'épisode sévère a été hospitalisée au moins une fois à temps plein dans l'année. Cette hospitalisation est faite librement pour la grande majorité d'entre eux, une hospitalisation sans consentement (essentiellement à la demande d'un tiers) a cependant été observée pour 3 % des patients.

### Des modalités de prise en charge psychiatrique différentes dans les établissements de santé publics et privés...

Plusieurs types d'établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie peuvent accueillir des personnes souffrant de dépression. Selon *Le panorama des établissements de santé* (Drees, 2012), sur 588 établissements de santé assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie en 2010, la moitié relève du public. Ces établissements représentent les deux tiers des lits d'hospitalisation à temps complet et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit à parts égales entre les établissements privés d'intérêt collectif (Espic) à but non lucratif et les cli-

niques privées. Les établissements publics et Espic, participant pour la plupart à la sectorisation psychiatrique, proposent des prises en charge à temps complet, partiel ou en ambulatoire tandis que les établissements privés à but lucratif proposent surtout de l'hospitalisation à temps plein et partiel. La prise en charge ambulatoire de ces patients s'effectue au sein des cabinets psychiatriques libéraux (hors du champ de cette étude cf. encadré Source et champ). Cette différence impacte la prise en charge au sein de ces établissements. Dans les établissements publics ou Espic, par exemple, l'hospitalisation à temps plein relève davantage d'une prise en charge plus globale qui peut se faire au sein de l'établissement. Dans les établissements privés à but lucratif, l'hospitalisation à temps plein est souvent exclusive, les établissements ne proposant pas de prise en charge ambulatoire autre qu'en médecine de ville. La continuité des soins est ici assurée par des acteurs extérieurs à l'établissement d'hospitalisation. Par ailleurs, rares sont les établissements privés autorisés à accueillir des personnes sans leur consentement.

L'accueil des urgences et les missions d'intérêt général associées à la sectorisation psychiatrique ont également un impact sur les populations suivies et les prises en charge. Le caractère spécialisé ou non de l'établissement dans la prise en charge des maladies mentales influe aussi sur les modalités de prise en charge des patients

## RÈPÈRES

Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux développés par l'Irdes sur les disparités de prise en charge en psychiatrie. Cette première publication sur la dépression s'intègre dans un projet de recherche financé par la Drees visant à dresser un état des lieux de la prise en charge de la dépression et de la schizophrénie en établissement de santé en France et de ses disparités territoriales. Ce projet fait suite à l'étude de faisabilité réalisée pour la Drees sur l'analyse de la disparité des pratiques en psychiatrie à partir du système d'information actuellement disponible (Coldefy *et al.*, 2012).

### Remerciements

Nous tenons à remercier pour leur lecture attentive et bienveillante : les Drs Serge Kannas, Nadia Younès, Dominique Robert, ainsi que Gwennaelle Brillhault et Rémy Mas de la Drees, Yann Bourgueil, Alexandra Delannoy et Zeynep Or de l'Irdes.

et leur provenance (proximité des services d'urgence et somatiques).

### ... illustrées par une proportion de troubles dépressifs sévères plus forte dans les cliniques privées

En France, 72 % des patients suivis pour un épisode ou un trouble dépressif le sont dans un établissement public (contre 82 % des patients suivis en psychiatrie), 13 % dans les Espic (*versus* 12 %) et 15 % dans les établissements privés à but lucratif (*ver-*

## SOURCE ET CHAMP

### Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P)

Le Rim-P a été mis en place en 2007 dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie. La montée en charge du dispositif depuis cinq ans rend possible une première photographie de la prise en charge de la dépression en France et de sa variabilité entre les établissements et les territoires (Coldefy *et al.*, 2012).

En 2011, 95 % des établissements de santé (soit 552) ont remonté leurs données à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). En termes d'activité, l'exhaustivité du recueil est de 98 % pour les journées d'hospitalisation temps plein et les venues en temps partiel, et de 80 % pour l'activité ambulatoire en centre médico-psychologique (CMP), lorsque l'on compare les données du Rim-P à celles de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Les données présentées ici n'ont fait l'objet d'aucun redressement statistique pour corriger la non réponse des établissements n'ayant pas renseigné le Rim-P. De ce fait, les données sur les effectifs sont légèrement sous-estimées. Elles comprennent l'ensemble des patients âgés de 16 ans ou plus pris en charge en 2011 dans un établissement de santé. Les actes ambulatoires de type réunion ou réalisés dans le cadre d'une activité libérale au sein des établissements publics et les séjours thérapeutiques (activité psycho-socio-thérapeutique composée d'un déplacement dans un milieu inhabituel de l'équipe de soins et des patients) sont exclus de la description des prises en charge.

Les patients suivis pour dépression ont été identifiés par l'existence d'au moins un diagnostic principal d'épisode ou de trouble dépressif (codes Cim-10 : F32 et F33).

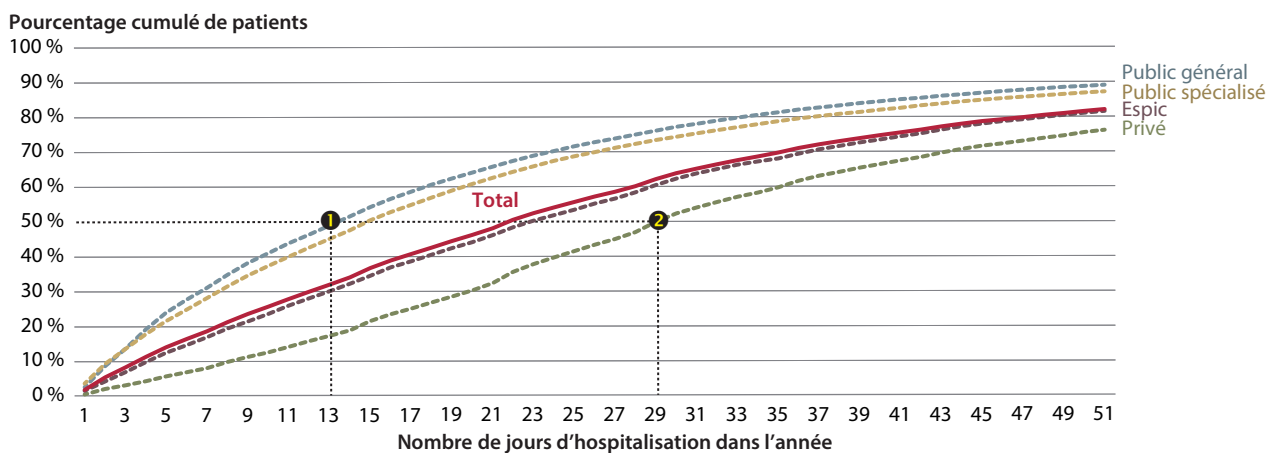
### Champ d'analyse

Le champ couvert par l'étude concerne exclusivement les prises en charge de la dépression réalisées en établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine. Les établissements peuvent être publics, privés d'intérêt collectif (Espic) ou privés à but lucratif (les cliniques privées), spécialisés ou non. La plupart des établissements publics et Espic participent à la sectorisation psychiatrique. Mise en place par la circulaire du 15 mars 1960, elle vise à assurer la prise en charge de la maladie mentale d'une population donnée par une même équipe pluridisciplinaire, selon des modes et dans des lieux variés : en ambulatoire, à temps partiel ou complet (encadré Définitions p. 6), dans des structures du secteur implantées dans et hors l'enceinte hospitalière, dans des établissements sanitaires ou médico-sociaux ou au domicile du patient.

Sont donc exclues les prises en charge réalisées dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique, et en ville par les médecins généralistes, les psychiatres et psychologues libéraux.

G2

## Durée annuelle d'hospitalisation pour dépression selon le type d'établissement



**Lecture :** 50 % des patients hospitalisés pour dépression dans le secteur public général l'ont été moins de 13 jours et dans le privé lucratif, la durée annuelle d'hospitalisation médiane est à 29 jours.

**Source :** Rim-P 2011. **Champ :** France métropolitaine, personnes âgées de 16 ans ou plus.

Télécharger le fichier Excel® sur le site de l'Irdes.

sus 6 %). Ces derniers sont spécialisés dans la prise en charge de la dépression puisque près de la moitié de la patientèle des établissements du secteur privé à but lucratif a reçu un diagnostic principal de trouble ou d'épisode dépressif (45 %), alors qu'elle représente entre 17 % et 21 % de la patientèle des hôpitaux publics et Espic<sup>3</sup>.

Les trois quarts des patients hospitalisés à temps plein pour dépression dans les établissements privés à but lucratif le sont pour un trouble d'intensité sévère, alors que dans les établissements publics ou Espic, la population est plus hétérogène. Une part non négligeable des personnes hospitalisées à temps plein pour épisodes ou troubles dépressifs dans le secteur public ou privé d'intérêt collectif, y est pour des troubles d'intensité moyenne à légère (près de 40 %, contre 22 % dans le privé à but lucratif). Plusieurs explications peuvent être avancées : le caractère plus fréquemment non programmé des admissions dans le secteur public ; à diagnostic équivalent, les différentes situations cliniques et sociales des personnes peuvent davantage amener à une hospitalisation, même pour des troubles classés plus modérés par la Cim-10 (comorbidité, absence d'entourage social ou familial, problèmes de logement, etc.). Les données du Rim-P n'offrant que peu d'informations sur les caractéristiques économiques et sociales des individus, cette hypothèse ne peut être vérifiée ici. En revanche, la plus grande

proportion de patients âgés de moins de 30 ans et de 75 ans et plus observée dans les établissements publics ou Espic peut expliquer l'hospitalisation de patients aux troubles légers ou modérés, ces âges extrêmes engendrant des situations plus complexes. Des pratiques différentes de codage des diagnostics peuvent également expliquer ces différences.

### Des durées moyennes d'hospitalisation en psychiatrie davantage liées aux caractéristiques des établissements qu'au degré de sévérité de la pathologie

La durée moyenne de séjour (DMS) pour les personnes souffrant de troubles dépressifs est de 27 jours en 2011. Cependant, dans le champ de la psychiatrie, la durée annuelle d'hospitalisation (DAH) est préférée à la DMS car plus pertinente. La dépression, comme d'autres pathologies psychiatriques, est une maladie chronique nécessitant une prise en charge s'étalant dans la durée et pouvant associer plusieurs séjours d'hospitalisation. La DAH observée pour les personnes souffrant de troubles dépressifs est de 32,8 jours en moyenne en 2011 ; elle est supérieure pour les troubles sévères (34,6 jours en moyenne).

Néanmoins, ces valeurs moyennes cachent une forte variabilité. Un quart des patients a une DAH inférieure à 10 jours et la moi-

tié une DAH n'excédant pas 21 jours (graphique 2). A l'inverse, 20 % des patients ont une DAH supérieure à 45 jours. Ces durées diffèrent selon le type d'établissement de prise en charge.

La DAH la plus faible est observée dans les établissements publics non spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales (services psychiatriques implantés dans les centres hospitaliers généraux ou régionaux). Elle est près de deux fois supérieure dans les établissements privés à but lucratif, même à degré de sévérité équivalent. Plus généralement, alors que près de 30 % des personnes hospitalisées dans des établissements publics le sont pour une durée inférieure ou égale à sept jours, dans les établissements privés à but lucratif, moins de 10 % des patients connaissent une hospitalisation inférieure à sept jours (graphique 2). La durée d'hospitalisation pour dépression semblerait donc dépendre du statut de l'établissement plus que de la gravité de la pathologie. Là encore, contrôler les caractéristiques sociales des individus concernés est difficile. Plusieurs hypothèses mériteraient d'être approfondies. Dans les établissements publics ou Espic participant à la sectorisation psychiatrique, l'hospitalisation à temps plein, intégrée au sein d'une prise en charge globale interne à l'établissement, est pensée en articulation avec un suivi ambulatoire en amont et en aval par la même équipe de soins, ce qui permet de réduire la durée d'hospitalisation. Dans les établissements privés à but lucratif, l'hospitalisation (et sa durée), plus

<sup>3</sup> Pour laquelle un diagnostic principal a été renseigné.

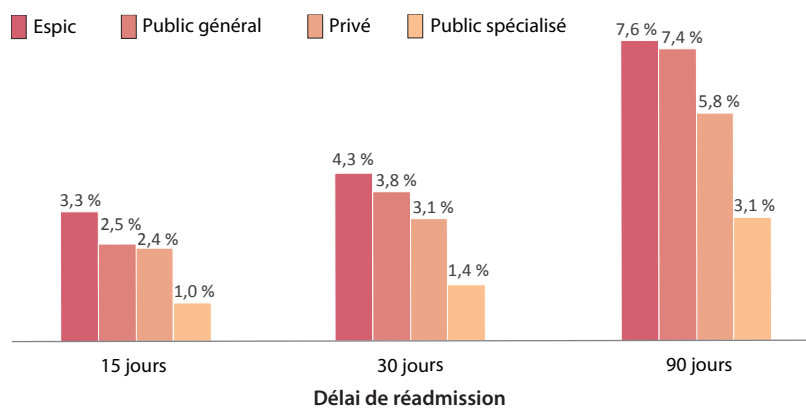
souvent programmée, ne correspond pas à une prise en charge en urgence. Un autre facteur mis en avant par les professionnels est la disponibilité des lits d'hospitalisation et le *turn-over* des patients. Dans les services psychiatriques implantés à l'hôpital général, les capacités en lits et places et les moyens humains sont pointés comme sous dotés (Coldefy *et al.*, 2009) et combinés à un *turn-over* important des patients du fait de leur proximité avec les services d'urgence. Cette situation peut également accélérer la sortie de l'hospitalisation pour permettre l'accueil de nouveaux patients.

### Des taux de réadmission en psychiatrie plus faibles dans les établissements à l'activité ambulatoire élevée

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), notamment, le taux de réadmission est utilisé comme marqueur

G3

### Taux de réadmission des patients suivis pour dépression selon les établissements



Source : Rim-P 2011. Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 16 ans ou plus

Télécharger le fichier Excel® sur le site de l'Irdes.

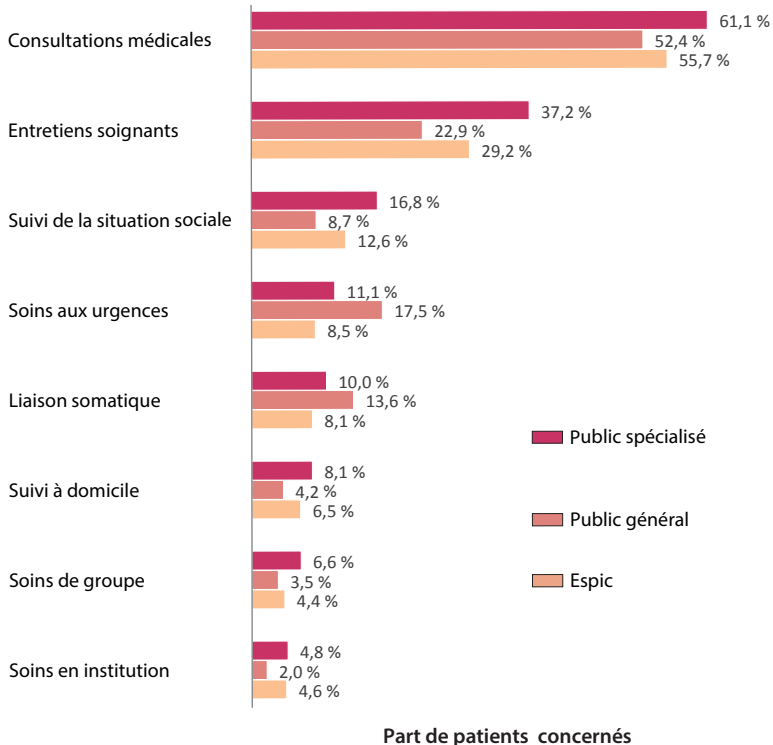
d'une prise en charge de mauvaise qualité, signifiant que le patient a rechuté suite à une sortie prématurée ou non préparée de l'établissement. En psychiatrie, cependant, les réadmissions peuvent être volontaires et correspondre à une stratégie thérapeutique d'hospitalisation séquentielle ou d'accep-

tation d'une certaine prise de risque dans la sortie de l'établissement. Considérer isolément cet indicateur ne permet pas de mesurer la qualité des soins en psychiatrie. En revanche, croisé avec les informations sur les durées annuelles d'hospitalisation, il met en lumière des fonctionnements différents entre établissements.

G4

### Suivi ambulatoire de la dépression selon le type d'établissement

Hors établissements privés à but lucratif ne proposant pas de prise en charge ambulatoire



Lecture : 61 % des patients suivis pour dépression dans un établissement public de santé spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales ont eu au moins une consultation avec un médecin en 2011, 17 % ont eu un suivi de leur situation sociale avec une assistance sociale de l'établissement.

Source : Rim-P 2011. Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 16 ans ou plus

Télécharger le fichier Excel® sur le site de l'Irdes.

Ainsi, quelle que soit la durée considérée pour calculer le taux de réadmission au sein du même établissement (15, 30 et 90 jours), les taux sont toujours supérieurs dans les Espic et les services psychiatriques des centres hospitaliers généraux (graphique 3). Pour ces derniers, ces taux élevés sont à mettre en regard des DAH courtes observées. L'inadéquation entre l'offre et la demande importante reçue par ces établissements, notamment par l'intermédiaire des urgences, crée une tension sur les lits d'hospitalisation, pouvant conduire à faire sortir des patients prématurément ou sans préparation pour en accueillir de nouveaux.

A l'inverse, les taux de réadmission les plus faibles sont observés dans les établissements publics spécialisés et associés à une DAH relativement faible. Ce résultat est à mettre en regard des moyens des différents types d'établissements et du développement de l'activité ambulatoire permettant d'éviter certaines réhospitalisations. Le graphique 4 montre ainsi que les patients suivis pour dépression dans les établissements publics spécialisés ont en moyenne accès à une palette de soins ambulatoires plus large et plus dense que ceux suivis dans les autres établissements. Consultations médicales, entretiens soi-

gnants, suivi de la situation sociale, soins de groupe et soins à domicile sont plus fréquemment utilisés par les patients de ces établissements. Cette observation va dans le sens d'un suivi ambulatoire permettant de réduire la durée et la fréquence de l'hospitalisation.

\* \* \*

Ce premier éclairage sur la prise en charge de la dépression en établissements de santé en France fait apparaître des résultats notables à approfondir dans des travaux futurs. La dépression constitue en 2011 l'un des principaux motifs de recours en psychiatrie dans les établissements de santé. D'importantes différences existent dans la prise en charge de ces troubles entre établissements publics et privés. Les caractéristiques de l'offre de soins des différents établissements et leurs interactions avec l'environnement jouent un rôle majeur

dans la variabilité observée. De même, une partie de la variabilité s'expliquerait par les caractéristiques des populations suivies dans ces établissements.

Ces premiers résultats méritent d'être approfondis et combinés à des informations sur l'offre de soins ainsi que sur l'environnement socio-économique de la patientèle. L'intégration de ces dimensions dans l'analyse des déterminants de la prise en charge des patients souffrant de dépression dans les établissements de santé viendra compléter ce premier état des lieux.

Cependant, pour avoir une vision complète de la prise en charge de la dépression en France et mieux comprendre les disparités observées, il faudra élargir le champ d'analyse et intégrer les soins de ville. En effet, les médecins généralistes jouent un rôle stratégique dans cette prise en charge (Dumesnil *et al.*, 2012). ♦

## DÉFINITIONS

La dépression est un **trouble caractérisé de l'humeur** résultant de l'interaction de multiples facteurs psychologiques, biologiques et socio-environnementaux. Elle se distingue de la « déprime » par la durée et l'intensité des symptômes, la souffrance induite et le retentissement sur le fonctionnement dans la vie quotidienne (Sapinho *et al.*, 2009, p.38). La dépression est révélée par l'**épisode dépressif majeur** qui comprend une humeur triste ou une perte d'intérêt ou de plaisir généralisée quasi-permanentes pendant au moins deux semaines. Selon les modalités évolutives, on distingue l'**épisode dépressif isolé** (code Cim-10 : F32), le **trouble dépressif récurrent** à partir de deux épisodes dépressifs (Code Cim-10 : F33) et les **troubles de l'humeur persistants** (Code Cim-10 : F34) [Passerieux, Hardy-Baley, 2008]. La dépression est un trouble durable, à haut taux de récurrence (jusqu'à 80 % sur la vie entière), de chronicisation (20 % à deux ans) et dont l'intensité varie au cours du temps.

### Les modalités de prise en charge en psychiatrie

Il existe trois grandes natures de prise en charge en psychiatrie adulte : l'ambulatoire, le temps complet et le temps partiel.

- **L'ambulatoire** définit l'ensemble des prises en charge hors l'hospitalisation. Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en centre médico-psychologique (CMP), unité d'accueil et de coordination des soins. Les prises en charge peuvent être individuelles ou collectives dans le cadre des soins de groupe ou d'ateliers thérapeutiques. **La psychiatrie de liaison**, c'est-à-dire les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique, constitue la seconde grande modalité de prise en charge ambulatoire. L'activité ambulatoire comprend aussi des soins et interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile.
- **La prise en charge à temps complet** se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein, dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës ou qui requièrent des soins intensifs.
- **Les prises en charge à temps partiel** se font au sein de structures hospitalières ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit qui permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit. Parmi elles, l'hôpital de jour et le centre d'activité thérapeutique à temps partiel constituent les deux principales modalités de soins proposées.

## P POUR EN SAVOIR PLUS

- Briffault X., Morvan Y., Rouillon F., Dardennes R., Lamboy B. (2010). « Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France », *L'Encéphale*, 365, D48-D58.
- Cnamts (2013). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014, Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 », 240 p.
- Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 145, août.
- Coldefy M., Nestrigue C., Or Z. (2012). « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie », Co-édition Irdes/Drees, Rapport de l'Irdes n° 555.
- Drees (2012). *Le panorama des établissements de santé*, coordonné par B. Boisguérin et C. Minodier. Ed. Drees, collection Etudes et statistiques.
- Drees (2013), SAE 2011, <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>
- Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H., Verger P. (2012). « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Drees, Etudes et Résultats* n° 810, septembre.
- HAS (2002). « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire ».
- Inpes (2007). *Baromètre santé 2005*, dir. par Beck F., Guilbert P. et Gautier A. Ed. Inpes.
- Morin T. (2008). « Episodes dépressifs : des situations multiples », *Drees, Etudes et résultats*, n° 661, octobre.
- Le Pape A., Lecomte T. (1999). « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression », rapport Irdes n° 485 (biblio n° 1277).
- Morin T., (2010). « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites », *Drees, Document de travail*.
- OMS (2009). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Ed. Masson.
- Passerieux C., Hardy-Baylé M.-C., (2008). « Trouble de l'humeur, psychose maniaco-dépressive », *La revue du praticien*, vol. 58.
- Sapinho D., Chan Chee C., Beck F., (2009). « Prévalence de l'épisode dépressif majeur et co-morbidités », in *La dépression en France : enquête Anadep 2005* (dir. Chan Chee, Beck, Sapinho, Guilbert), Ed. Inpes, pp. 35-57.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07  
[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) • Email : [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr)

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relectrices : Zeynep Or, Alexandra Delannoy • Correctrice : Martine Broïdo • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) • Dépôt légal : novembre 2013 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.