

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

[www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf](http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf)

## Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont

Clément Nestrigue, Magali Coldefy, Julien Mousquès (Irdes)  
En collaboration avec Fabien Daniel (Isped, Irdes)  
et Nadia Younès (Université Versailles Saint-Quentin, Irdes)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression est désormais la première cause d'incapacité dans le monde. Malgré l'existence de traitements, une grande partie de la population – y compris dans les pays développés – n'y accède pas. Le médecin généraliste joue un rôle clé dans la prise en charge de ce trouble. Pour autant, en France, le généraliste adresse moins souvent les patients souffrant de dépression vers les autres professionnels de santé.

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS-ESPS), la prévalence estimée de la dépression en France est de 7 %, soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus. En 2012-2013, 200 000 primo-hospitalisations pour un épisode dépressif ont été recensées dans les établissements de santé (Sniiram apparié aux données hospitalières). Ces épisodes hospitaliers sont décrits à travers une typologie en 9 classes. Celles-ci mettent en évidence l'hétérogénéité des prises en charge, la fréquence des hospitalisations en service de médecine plutôt qu'en psychiatrie et leur caractère souvent « non programmé ». Ainsi, 1 primo-hospitalisé sur 10 n'a pas eu de suivi en ambulatoire avant cet épisode hospitalier, surtout parmi les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les jeunes et les personnes très âgées. Un psychiatre a été consulté par 3 patients hospitalisés sur 10 et plus de la moitié des patients a eu une délivrance d'antidépresseurs en amont de l'hospitalisation.

L'analyse se concentre ensuite sur 5 classes afin d'étudier le parcours de soins des patients à travers les recours en ambulatoire aux médecins généralistes et aux psychiatres le semestre précédant l'hospitalisation.

**S**elon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression touche près de 322 millions de personnes à travers le monde et constitue ainsi la première cause d'incapacité. Le suicide, fortement associé à la dépression, est par ailleurs une cause majeure de mortalité avec 800 000 décès recen-

sés par an dans le monde (OMS, 2014) et près de 10 000 en France (Observatoire national du suicide, 2016). D'après l'Enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014 (*European Health Interview Survey* - Enquête santé et protection sociale), en France, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (EDC)

des personnes âgées de plus de 15 ans est de 7 %, dans la moyenne des pays de l'Union européenne, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (9 %) [Pisarik, Rochereau, 2017]. La France se situe en revanche dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicides, avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants

contre 10,2 en moyenne pour les pays de l'Union européenne.

L'OMS<sup>1</sup>, comme d'autres institutions à l'international (APA, 2010 ; Reesal, Lam, 2001 ; NICE, 2009), ont émis des recommandations concernant la prise en charge des patients atteints de troubles dépressifs. Parmi elles, le modèle de soins étagés et collaboratifs (Sinnema *et al.*, 2013 ; Watzke *et al.*, 2014) est mis en avant. Celui-ci vise à traiter les patients de façon adaptée avec l'intensité de soins la plus faible et à élever ce niveau selon l'évolution clinique. Ce modèle implique des pratiques collaboratives entre les différents professionnels (infirmiers, médecins généralistes, psychiatres, psychologues) et niveaux de soins (soins primaires, soins spécialisés, ambulatoires ou hospitaliers). Il recommande la mise en place éventuelle de traitements par antidépresseur seul ou en association à un traitement psychothérapeutique. L'hospitalisation à temps plein constitue le dernier étage de ce modèle. En France, en attendant l'actualisation des recommandations, la Haute Autorité de santé (HAS) [Anaes, 2002] recommande le recours à l'hospitalisation dans les cas de risque suicidaire élevé, de formes sévères de dépression avec symptômes psychotiques ou somatiques associés, ou en raison d'une situation particulière (entourage social ou familial insuffisant, impossibilité de maintenir les contacts nécessaires, insuffisance de la réponse au traitement).

La prise en charge de la dépression en France se distingue, d'une part, par une proportion importante – même si elle diminue – de patients souffrant de

symptômes dépressifs ne recourant pas aux soins, et, d'autre part, par une place prépondérante du médecin généraliste dans le recours ambulatoire en psychiatrie (Dumesnil *et al.*, 2012). Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [Beck et Guignard, 2012], 61 % des personnes ayant un épisode dépressif caractérisé ont recouru aux soins pour ce motif et 2,8 % seraient susceptibles d'être hospitalisées pour des épisodes dépressifs sévères. D'après l'Enquête européenne sur la santé mentale (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders - ESEMED*), c'est en France que le médecin généraliste adresse le moins souvent ses patients à un professionnel spécialisé (22 %) comparativement à l'Allemagne (25 %), la Belgique (30 %), l'Espagne (40 %), l'Italie (50 %) et les Pays-Bas (55 %), et ce malgré une densité plus élevée de psychiatres.

Parallèlement, la proportion de patients avec un traitement médicamenteux prescrit par un généraliste est parmi les plus élevée (63 %) [Kovess *et al.*, 2004]. La prise en charge se caractérise également par une faible proportion de traitements jugés adéquats, ceux-ci ne respectant pas la durée minimum de six mois recommandée pour un traitement antidépresseur ou une psychothérapie (Briffault *et al.*, 2010).

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent expliquer les dysfonctionnements dans la prise en charge des patients tels que la stigmatisation associée aux maladies mentales, les difficultés d'observance, le manque de formation des professionnels et la difficulté à accéder à un avis spécialisé rapide, l'absence de remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin,

En s'intéressant à l'amont du séjour hospitalier pour un épisode dépressif caractérisé, cette étude vient compléter les travaux de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) relatifs à la prise en charge de la dépression. Ces travaux ont trait, notamment, à l'aval du séjour et aux réhospitalisations pour dépression, ainsi qu'au suivi d'une cohorte de nouveaux consommateurs d'antidépresseurs. Elle s'est appuyée sur un comité de pilotage associant la Cnamts et un groupe d'experts psychiatres.

les délais pour obtenir un rendez-vous auprès des psychiatres et la réticence des patients ou des professionnels à s'adresser au dispositif spécialisé en psychiatrie.

Cette étude a pour objectif de compléter les connaissances sur la prise en charge de la dépression en France. Dans un premier temps, les primo-hospitalisations pour un épisode dépressif caractérisé sont décrites et font l'objet d'une classification. L'analyse porte ensuite sur les contacts avec les médecins généralistes, le dispositif ambulatoire spécialisé (psychiatres libéraux, Centres médico-psychologiques (CMP)) et les délivrances médicamenteuses. En dernier lieu, le lien entre ces hospitalisations et le type de recours en ambulatoire d'amont est étudié (encadré Sources) afin de mieux qualifier ces épisodes hospitaliers et de les questionner en les repositionnant dans le parcours de soins des individus. Le lien causal entre la nature du suivi en ambulatoire et la survie éventuelle d'une hospitalisation pour des patients souffrant d'épisode dépressif n'est pas étudié, les modalités de constitution de la cohorte ne le permettant pas.

<sup>1</sup> OMS: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/fr/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/fr/)

## SOURCES

### Les patients « primo-hospitalisés » pour un épisode dépressif caractérisé en 2012-2013 et leur recours ambulatoire d'amont

La cohorte, rétrospective et prospective, de patients hospitalisés à temps plein pour un motif psychiatrique (y compris tentative de suicide) en 2012 et 2013 de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est constituée à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en Médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO) : les patients ayant des séjours dont le diagnostic principal est un motif psychiatrique (Cim10 chapitre F) et/ou une tentative de suicide (diagnostic principal S00 à T98, diagnostic associé X60 à X84) ; à partir du Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P) : l'ensemble des patients.

Parmi ces patients sont inclus ceux ayant été hospitalisés pour un

diagnostic principal de dépression (Cim10 F32-F33) ou une tentative de suicide avec un diagnostic associé de dépression en 2012-2013 et qui n'ont pas été hospitalisés au cours des deux années précédentes pour ce motif. Lorsque le séjour d'inclusion était contigu à un séjour pour trouble mental fréquent ou indéterminé, les deux séjours ont été considérés comme participant du même épisode.

L'historique des consommations de soins de ville et hospitaliers sur les 24 mois précédant l'hospitalisation a été extrait. L'analyse des consommations de soins de ville est restreinte aux six mois qui précèdent la primo-hospitalisation, le gain d'information au-delà de cette période s'avérant marginal.

## 200 000 primo-hospitalisations pour un épisode dépressif caractérisé en 2012-2013



En 2012 et 2013, selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et du Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P), 200 000 primo-hospitalisations pour un épisode dépressif caractérisé ont été recensées dans les établissements de santé publics et privés français, c'est-à-dire non précédées d'autres hospitalisations pour ce même motif les deux années précédentes.

S'il est difficile d'approcher les premières hospitalisations « vie entière » en France, il est possible d'isoler les premières hospitalisations pour un épisode dépressif caractérisé dans les deux ans. Le seuil de deux ans correspond au délai de récurrence d'un épisode dépressif. Les études sur l'évolution du trouble dépressif au cours de la vie montrent qu'un épisode dépressif caractérisé restera isolé dans 50 % des cas, qu'il aura des récurrences dans les deux à trois ans dans 35 % des cas, et une évolution chronique dans 15 % des cas restants (Monroe, Harkness, 2011). Ces premières hospitalisations représentent 87 % des hospitalisations pour un épisode dépressif caractérisé en motif principal ou associé à une tentative de suicide (les tentatives de suicide avec un diagnostic associé de trouble dépressif représentent 16 % de ces primo-hospitalisations). Les 13 % restants avaient déjà été hospitalisés pour ce motif les deux années précédentes.

### Une répartition des hospitalisations en 9 classes

Les primo-hospitalisations pour un épisode dépressif caractérisé recouvrent des situations très disparates qui ont été regroupées par classes au moyen d'une Analyse des correspondances multiples (ACM) [encadré Méthode], suivie d'une Classification ascendante hiérarchique (CAH). Elles s'appuient sur des informations concernant les caractéristiques du patient (âge,

### Résultats de l'analyse des correspondances multiples

L'Analyse des correspondances multiples (ACM) réalisée sur 9 variables actives, présentées dans le tableau 1, conduit à retenir les 11 premiers axes factoriels supérieurs à l'inertie moyenne dans la perspective de la construction de la classification, soit 58 % de l'information conservée. L'analyse se concentre ensuite sur les 4 premiers.

Le premier axe tend à opposer les hospitalisations courtes pour dépression avec tentative de suicide réalisées dans un établissement public pluridisciplinaire dans un service de médecine (avec ou sans transfert vers la psychiatrie au cours du séjour), avec entrée par les urgences (hospitalisations « non programmées »), à des hospitalisations plus longues réalisées dans un établissement public ou privé, spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales, plus fréquemment avec des admissions depuis le domicile (hospitalisations « programmées »). Le deuxième axe oppose des hospitalisations sans consentement réalisées dans un établissement public spécialisé avec des durées de séjour longues, à des hospitalisations avec présence de comorbidités somatiques dans un service de médecine. Le troisième axe se discrimine par l'âge des patients, avec d'un côté les hospitalisations de patients âgés (65 ans et plus) et de l'autre, les hospitalisations de patients d'âge moyen (35-49 ans), plus fréquemment réalisées dans les établissements privés pour des séjours courts. Le niveau de sévérité de l'épisode dépressif vient ensuite structurer le quatrième axe en opposant des hospitalisations pour dépression légère et moyenne pour des patients mineurs à des hospitalisations pour dépression sévère avec syndrome psychotique.

existence de comorbidités psychiatriques, somatiques ou d'une tentative de suicide et sévérité de l'épisode dépressif...) et de son hospitalisation (nature du service hospitalier, durée de séjour, type d'établissement d'accueil – public ou privé, mono ou pluridisciplinaire – le mode légal et le mode d'entrée) [tableau 1].

La classification ascendante hiérarchique permet de mettre en évidence neuf classes d'hospitalisation distinctes :

- **Classe 1 (14 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations généralement « programmées » en psychiatrie publique pour épisode dépressif léger ou moyen.** Cette première classe se distingue par des hospitalisations libres en psychiatrie publique de durées variables. Les épisodes dépressifs légers ou moyens, sans tentative de suicide ou comorbidités associée, caractérisent cette classe. Les admissions se font majoritairement depuis le domicile. Les hommes sont légèrement surreprésentés. Toutes les tranches d'âge sont concernées même si certaines apparaissent surreprésentées comme les âges moyens de 35 à 64 ans et les jeunes de 17 à 25 ans.
- **Classe 2 (5 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations longues et « programmées » en psychiatrie dans un Établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic).** Dans cette seconde classe, les admissions pour hospitalisations libres en service de psychiatrie se font majoritairement depuis

le domicile. Elle se démarque par l'importance des transferts depuis d'autres services hospitaliers ou médico-sociaux. Près de 44 % de ces hospitalisations ont pour cause un épisode dépressif moyen, 46 % un épisode sévère et la quasi-totalité n'a pas de tentative de suicide associée à l'épisode hospitalier qui paraît davantage « programmé ». Les bénéficiaires du dispositif des Affections de longue durée (ALD) pour motif de dépression sont fortement représentés (24 %), ce qui peut indiquer un caractère plus chronique ou récurrent de la maladie. Les femmes sont surreprésentées, de même que les patients âgés de 50 à 79 ans. Ces séjours ont plus fréquemment lieu dans des territoires à dominante rurale où l'offre sanitaire et médico-sociale est relativement importante au regard de la population couverte et où l'établissement spécialisé en psychiatrie est souvent en situation de monopole dans la prise en charge sanitaire des troubles psychiques.

- **Classe 3 (6 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations sans consentement en psychiatrie publique pour des épisodes complexes.** Ces hospitalisations sans consentement, réalisées en urgence, dans un contexte de crise, sont associées à des durées de séjour relativement brèves dans des services de psychiatrie publique. Elles sont caractéristiques de situations cliniques complexes : épisodes dépressifs sévères avec symptômes psychotiques, présence de comorbidités psychiatriques

## Variables descriptives de la typologie

		Modalité dans la population d'étude (%)	Classes									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Effectifs et part de chaque classe		200 073 (100 %)	28 578 (14,3 %)	10 566 (5,3 %)	11 701 (5,9 %)	17 213 (8,6 %)	42 202 (21,1 %)	14 883 (7,4 %)	10 574 (5,3 %)	47 987 (24,0 %)	16 369 (8,2 %)	
<b>Variables actives</b>												
Type d'établissement de santé	Public spécialisé	11,5	52,3	0,5	40,8	4,4	1,0	10,0	1,6	0,3	1,4	
	Privé d'intérêt collectif (Espic) spécialisé	6,3	0,8	86,0	2,8	2,7	0,0	2,7	3,4	1,6	5,3	
	Privé spécialisé	24,4	7,5	4,5	2,4	17,1	91,4	13,6	1,3	2,4	6,6	
	Public pluridisciplinaire	57,9	39,4	9,0	54,0	75,8	7,6	73,7	93,7	95,7	86,7	
Service d'hospitalisation	Psychiatrie	48,1	95,8	81,1	44,4	31,7	96,3	37,2	8,4	1,5	11,4	
	Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	35,1	1,1	12,6	0,1	52,0	0,8	42,2	84,1	63,2	84,3	
	Mixte	16,8	3,2	6,3	55,5	16,3	2,9	20,6	7,6	35,3	4,3	
Durée de séjour	< 2 jours	27,0	8,8	8,6	29,2	20,8	1,0	44,9	15,8	67,5	15,1	
	2-7 jours	23,4	32,2	14,6	33,6	29,2	5,5	24,8	62,1	23,0	21,1	
	8-14 jours	13,7	19,3	27,6	15,1	22,8	5,5	10,1	13,2	4,9	34,3	
	15-29 jours	12,1	25,0	10,8	9,9	10,6	13,2	10,9	4,9	2,1	25,3	
	≥ 30 jours	23,9	14,7	38,4	12,3	16,6	74,8	9,2	4,0	2,5	4,2	
Mode d'entrée	Domicile	47,9	60,2	65,5	25,4	47,9	89,1	35,4	28,1	14,7	46,1	
	Urgences	44,5	23,2	12,1	58,5	45,8	4,8	60,3	70,7	84,8	44,4	
	Autre service sanitaire, médico-social	5,8	13,2	19,5	12,9	4,9	3,2	2,7	1,0	0,3	8,9	
Mode légal d'hospitalisation sans consentement		5,2	1,5	3,6	78,1	0,4	0,2	1,4	0,0	0,0	0,1	
Niveau de l'épisode dépressif caractérisé (EDC)	Léger	5,4	17,0	2,2	4,4	4,3	1,6	4,5	12,0	2,6	3,7	
	Moyen	23,0	39,0	43,9	20,4	16,7	20,2	23,7	25,4	13,8	21,8	
	Sévère	63,2	39,1	46,4	50,5	61,3	69,1	65,3	59,6	80,1	63,6	
	Sévère avec symptômes psychotiques	7,8	3,5	7,0	23,6	16,9	8,2	6,0	2,9	3,4	11,0	
Tentative de suicide		18,9	0,3	2,3	26,4	10,8	0,3	28,6	19,2	51,7	7,4	
Comorbidité psychiatrique		37,1	24,9	34,7	42,7	23,4	50,7	39,5	29,2	42,0	23,3	
Comorbidité somatique		34,0	4,0	19,8	19,7	63,3	25,4	24,6	42,9	38,2	87,2	
Classe d'âge	< 17 ans	4,5	1,6	1,6	0,2	0,0	0,5	0,0	76,9	0,1	0,0	
	17-25 ans	8,6	13,9	10,5	9,2	0,2	4,0	0,0	1,0	18,8	0,8	
	26-34 ans	9,7	2,4	5,8	9,6	0,0	4,7	100,0	0,1	0,0	0,0	
	35-49 ans	28,7	42,5	23,3	34,2	3,9	34,5	0,0	4,8	46,6	4,0	
	50-64 ans	25,9	28,7	34,6	33,1	1,3	41,6	0,0	16,8	31,2	10,2	
	65-79 ans	13,8	6,7	16,2	11,2	94,1	11,7	0,0	0,3	2,2	2,4	
	≥ 80 ans	8,9	4,3	8,0	2,5	0,5	3,1	0,0	0,1	1,1	82,6	
<b>Variables illustratives</b>												
Sexe	Hommes		37,2	43,1	30,1	48,9	23,2	35,3	45,8	25,3	40,5	32,4
	Femmes		62,8	56,9	69,9	51,1	76,8	64,7	54,2	74,7	59,5	67,6
Couverture maladie universelle (CMU)	de base complémentaire	Bénéficiaire	7,5	8,2	6,4	6,4	1,4	6,0	12,5	14,8	9,6	1,5
			15,8	16,7	13,4	17,4	3,6	12,7	28,6	25,5	20,5	3,6
Affection de longue durée (ALD)	dépression psychiatrie autre somatique	Bénéficiaire	18,3	18,9	23,9	16,9	15,1	30,6	11,2	5,1	15,8	8,6
			21,7	19,4	24,2	26,0	20,4	30,5	18,7	10,4	20,3	14,1
			35,0	31,1	37,1	33,8	51,9	36,3	20,1	14,6	31,1	58,6
<b>Offre de soins des territoires de santé (typologie Irdes, Coldefy, Le Neindre, 2014) :</b>												
Territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général		12,2	10,8	5,8	9,7	13,9	10,5	13,1	12,8	15,0	13,1	
Territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte vers son environnement, mais aux ressources concentrées sur l'intra-hospitalier		15,5	20,4	12,6	17,7	14,4	7,9	16,8	18,9	18,2	16,8	
Territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et une organisation adaptée aux pratiques urbaines		40,4	31,9	37,4	36,9	42,8	52,8	39,5	39,1	36,8	42,1	
Territoires bien dotés en équipements et en personnels, où domine une psychiatrie publique spécialisée à l'approche « totale »		18,1	23,6	15,1	21,3	16,5	17,7	20,8	15,7	17,1	15,5	
Territoires à dominante rurale qui combinent une offre sanitaire et médico-sociale importante		11,7	10,9	28,3	12,3	12,4	9,1	9,8	10,4	11,2	12,4	

Sources : Sniiram, PMSI-MCO, Rim-P 2012-2013.

[Télécharger les données](#)

- ou tentatives de suicide associées. Les hommes sont surreprésentés, de même que les patients en âge d'être actifs.
- **Classe 4 (9 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations en service de médecine de femmes âgées aux comorbidités somatiques importantes.** La classe 4 est définie par l'âge particulièrement élevé des patients concernés : 95 % ont plus de 65 ans contre 23 % de l'échantillon. Ces patients sont plus fréquemment des femmes, aux comorbidités somatiques importantes, une part non négligeable présentant des symptômes psychotiques. 80 % des hospitalisations ont lieu dans un établissement public, avec une entrée par les urgences dans la moitié des cas.
  - **Classe 5 (21 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations « programmées » en établissement privé pour des épisodes dépressifs sévères.** Deuxième plus importante en nombre d'effectifs, la classe 5 (21 % de la population hospitalisée pour un épisode dépressif caractérisé) se caractérise par des hospitalisations longues en établissement privé à but lucratif pour des épisodes dépressifs sévères sans tentative de suicide associée. Les admissions se font majoritairement depuis le domicile. Près de 70 % des patients ont reçu un diagnostic d'épisode dépressif sévère. Près d'un tiers des patients y est bénéficiaire de l'ALD pour motif de dépression, ce qui peut indiquer un caractère plus chronique ou récurrent de la maladie. Plus des trois quarts des patients ont entre 35 et 65 ans. Ces hospitalisations sont plus fréquemment observées dans des territoires urbains ayant une offre privée en ville et en établissement importante.
  - **Classe 6 (7 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations courtes non programmées en établissement public de jeunes adultes pour des épisodes dépressifs sévères avec tentative de suicide.** Cette classe concerne particulièrement des hommes relativement jeunes (26-34 ans). Ces hospitalisations sont pour la plupart non programmées, avec admission par les urgences, d'une durée brève, dans des établissements publics pluridisciplinaires. Les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont surreprésentés.
  - **Classe 7 (5 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations non programmées en médecine dans le secteur public de patients majoritairement mineurs.** La classe 7 est composée à 77 % de patients âgés de moins de 17 ans, le plus souvent des filles. Une tentative de suicide est associée au séjour dans un cas sur cinq, séjour qui dure fréquemment de 2 à 7 jours. Une comorbidité somatique est plus fréquemment recensée chez ces jeunes patients.
  - **Classe 8 (24 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations non programmées en service de médecine pour des épisodes dépressifs sévères et tentative de suicide.** La classe 8 représente le type le plus fréquent d'hospitalisations pour un épisode dépressif caractérisé en France, en termes d'effectifs. La durée de séjour y est inférieure à 2 jours dans 67 % des cas. Ces hospitalisations librement consenties ont lieu dans des établissements publics pluridisciplinaires. Près de 80 % des patients de cette classe ont reçu un diagnostic d'épisode dépressif sévère (contre 63 %) et 52 % ont une tentative de suicide associée à ce séjour hospitalier (contre 19 %). Les hommes y sont légèrement surreprésentés, de même que les bénéficiaires de la CMU-C (31 %). Ces hospitalisations sont plus fréquentes dans les territoires aux ressources limitées en termes de personnel et d'équipements psychiatriques, avec des services de psychiatrie majoritairement implantés dans les hôpitaux généraux.
  - **Classe 9 (8 % de la population hospitalisée) : Hospitalisations de patients très âgés en médecine dans un établissement public.** Plus de 80 % des patients ont plus de 80 ans, avec des comorbidités somatiques importantes et des transferts plus fréquents depuis des services de médecine, de soins de suite et de réadaptation (SSR), de longue durée (SLD) ou médico-sociaux.

Cette classification permet de mettre en avant l'importance des séjours hospitaliers pour dépression qui sont réalisés dans un service de médecine, et non en psychiatrie, souvent de manière « non programmée ». La prise en charge en service de médecine est *a priori* justifiée

lors d'une tentative de suicide, nécessitant des soins somatiques, et pour certaines tranches d'âge spécifiques comme les patients mineurs de la classe 7 ou les patients âgés des classes 4 et 9. En effet, pour les premiers, les capacités d'hospitalisation sont très limitées en pédopsychiatrie et l'hospitalisation en pédiatrie est recommandée pour son caractère moins stigmatisant. Pour les seconds, les comorbidités somatiques sont importantes. En revanche, le fait que la classe la plus nombreuse soit celle de patients hospitalisés en urgence dans un service de médecine pour un épisode dépressif sévère – un tiers étant ensuite transférés en psychiatrie – interroge.

Lorsque le séjour est réalisé principalement en psychiatrie (classes 1, 2, 3 et 5), il apparaît davantage « programmé », à l'exception de la classe 3. Cette dernière se singularise par le mode légal non consenti de l'hospitalisation pour des patients en crise avec des comorbidités psychiatriques importantes. Les différences entre les trois autres classes tiennent ensuite au statut juridique de l'établissement d'hospitalisation (public, Espic, privé), associé à des durées de séjours, des caractéristiques démographiques et cliniques différentes.

En opposant des hospitalisations « programmées » en services de psychiatrie à des hospitalisations dans des services de médecine à la suite d'une admission par les urgences, cette typologie amène à questionner le parcours de soins en amont de cet épisode. La seconde partie de l'étude vient décrire le recours aux soins les six mois précédant l'hospitalisation pour dépression de manière globale, tandis que la troisième partie met en relation ce parcours d'amont avec le type d'hospitalisation réalisée.

---

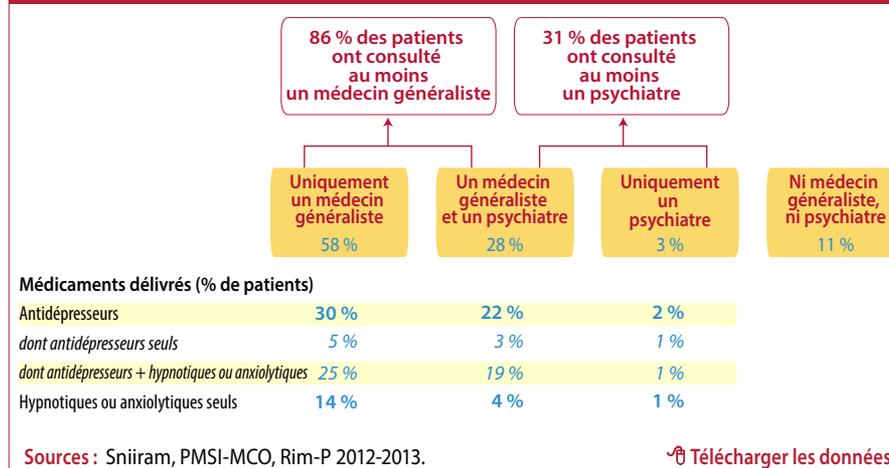
### Une prise en charge en amont majoritairement assurée par le médecin généraliste et le psychiatre

---

Afin d'étudier le parcours de soins, l'analyse se focalise sur les recours en ambulatoire aux médecins généralistes et aux psychiatres le semestre précédant l'hos-

G

### Types de recours aux soins en amont d'une primo-hospitalisation pour dépression



pitalisation. Ceci étant, d'autres recours ont été observés, même s'ils ne peuvent être attribués de façon certaine à un recours en lien avec cet épisode dépressif. Ainsi, près de 15 % des patients avaient été hospitalisés pour un autre motif psychiatrique. Pour ces patients, soit l'épisode dépressif est associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, soit la détermination du diagnostic est mal définie. Par ailleurs, 4 % des patients avaient également été hospitalisés le semestre précédent pour une tentative de suicide (sans diagnostic associé de dépression). Enfin, sur la même période, 40 % des patients avaient effectué un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Au cours du semestre précédant l'hospitalisation, 89 % des patients « primo-hospitalisés » pour un épisode dépressif caractérisé ont consulté un professionnel de santé (médecin généraliste<sup>2</sup> ou psychiatre), en ville ou en Centre médico-psychologique (CMP), alors que 11 % d'entre eux n'ont consulté ni l'un ni l'autre (graphique). Les consultations libérales de psychologues ne donnant pas lieu à remboursement ne peuvent pas être repérées dans les données de l'Assurance maladie, ni donc dans les recours aux soins observés ici. Pour la grande majorité des patients « primo-hospitalisés » pour un épisode dépressif caractérisé, le médecin généraliste, en association ou non avec le psychiatre (86 %), est le prin-

cipal intervenant auprès des patients dans le parcours de soins au cours des six mois précédant l'hospitalisation.

#### Une absence de suivi ambulatoire en amont pour 11 % des patients hospitalisés pour dépression

Pour 11 % des « primo-hospitalisés » sans recours ambulatoire dans les six mois précédents, l'hospitalisation est l'entrée dans le système de soins pour la prise en charge de cet épisode dépressif caractérisé. Cette absence de recours ambulatoire est plus fréquente chez les hommes (16 % *versus* 9 % des femmes), chez les personnes bénéficiant de la CMU-C (13 % *versus* 9 %) et chez les patients les plus jeunes (plus de 20 % des moins de 25 ans n'ont pas eu de suivi et 15 % des 26-34 ans, *versus* moins de 10 % aux âges supérieurs).

#### Le médecin généraliste, acteur clé de la prise en charge ambulatoire pour plus de la moitié des patients

Pour 58 % des « primo-hospitalisés », le médecin généraliste a été le seul médecin consulté, quel que soit le motif de consultation. Ce suivi exclusif en médecine générale est plus fréquent dans les classes d'âges élevées et chez les bénéficiaires de la CMU-C. Ce recours exclusif au médecin généraliste s'accompagne pour 30 % des primo-hospitalisés d'une délivrance d'antidépresseurs (dont 25 % en asso-

ciation avec un anxiolytique et un hypnotique) et pour 14 % d'une délivrance d'anxiolytiques ou d'hypnotiques exclusivement. Pour les 14 % de patients ayant consulté uniquement un médecin généraliste sans délivrance associée de psychotropes, le motif de consultation peut potentiellement dépasser le cadre d'un problème de santé mentale.

#### Le psychiatre consulté par 3 patients hospitalisés sur 10

Près d'un tiers des personnes hospitalisées pour un épisode dépressif caractérisé avaient consulté un psychiatre dans le semestre précédant l'hospitalisation, un psychiatre exerçant en ville (25 %) ou dans un CMP (6 %), le plus souvent en association avec des médecins généralistes (28 %) et rarement seul (3 %). Le recours à un psychiatre libéral est plus fréquent chez les femmes (32 % *versus* 28 %) et chez les non-bénéficiaires de la CMU-C (32 % *versus* 24 %). Les patients qui consultent en CMP, plutôt jeunes et masculins, sont davantage bénéficiaires de la CMU-C.

Malgré la sous-estimation possible du recours au CMP du fait des limites du chaînage des patients qui seraient vus exclusivement en ambulatoire dans un établissement et hospitalisés dans un autre, le CMP semble être relativement minoritaire dans la prise en charge de la dépression en amont d'un épisode hospitalier. Plusieurs freins à l'orientation vers un CMP sont relevés par les médecins généralistes : les délais d'obtention d'un rendez-vous, l'absence de retour d'informations, le manque de collaboration et la réticence des patients à s'y rendre (Dumesnil, 2012).

#### La délivrance d'antidépresseurs, seuls ou en association, très fréquente en amont de l'hospitalisation

Dans le semestre précédant l'hospitalisation, plus de 7 patients hospitalisés sur dix ont eu une délivrance de médicaments psychotropes. 54 % ont eu au

<sup>2</sup> Les données du Sniiram ne permettent pas de connaître le motif de consultation du médecin généraliste.

moins une délivrance d'antidépresseurs (45 % en association avec un traitement hypnotique ou anxiolytique et 9 % de façon exclusive), traitement recommandé dans la prise en charge ambulatoire de la dépression, avec les psychothérapies. Au-delà de la part de personnes traitées, il est important de considérer la durée du traitement, la mauvaise observance étant une des premières causes d'inefficacité du traitement antidépresseur. Parmi les personnes ayant reçu un traitement antidépresseur, 12 % n'ont eu qu'une seule délivrance au cours du semestre précédant l'hospitalisation. Cette proportion relativement faible peut indiquer une relativement bonne observance, liée en partie à la sévérité des troubles, en comparaison des 40 % de patients initiant un traitement antidépresseur n'ayant eu qu'une seule délivrance dans l'année au niveau national (Cnamts, 2016). Par ailleurs, près d'un patient hospitalisé sur cinq a eu une délivrance d'anxiolytiques ou d'hypnotiques. Ces classes thérapeutiques ne sont pas recommandées dans le traitement curatif d'un épisode dépressif caractérisé, certains antidépresseurs aux propriétés anxiolytiques étant plus adéquats. Ces délivrances potentiellement inadéquates pour des patients qui seront ensuite hospitalisés pour dépression peuvent correspondre à des patients non ou mal diagnostiqués par le professionnel de santé, ou bien diagnostiqués mais ayant reçu un traitement non conforme aux recommandations. Elles peuvent aussi provenir d'obstacles de la part du patient qui a préféré prendre ce type de

traitement, plus facilement accepté qu'un traitement antidépresseur...

Les prescriptions d'anxiolytiques ou d'hypnotiques seules sont moins fréquentes lorsqu'un psychiatre est associé à la prise en charge que lorsque le patient est pris en charge par un médecin généraliste seul (Graphique).

La dernière partie de notre étude a pour objectif d'examiner le lien qui existe entre les modalités du recours aux soins en amont et les différentes classes d'hospitalisation. Certains types d'hospitalisation identifiés dans la première partie correspondent à des populations spécifiques pour lesquelles il est difficile d'apprécier le parcours de soins pour dépression. Aussi sont-ils exclus de cette dernière analyse. Il s'agit des patients mineurs de la classe 7, des patients âgés et très âgés aux comorbidités somatiques importantes des classes 4 et 9, ainsi que des patients complexes, souvent pris en charge pour une pathologie plus sévère ayant nécessité une hospitalisation sans consentement de la classe 3. Dans le cadre de cette analyse du lien entre recours aux soins en amont et type d'hospitalisation, nous nous concentrerons donc sur les classes d'hospitalisations correspondant aux patients d'âge adulte, sans comorbidité psychiatrique de trouble mental sévère, en distinguant les classes 1, 2, 5 dites « programmées », qui représentent 40 % des hospitalisations, et les classes 6 et 8 dites non programmées rassemblant 31 % des hospitalisations.

### Des hospitalisations non programmées plus fréquentes en l'absence de soins en amont...

Les patients n'ayant aucune prise en charge auprès du généraliste ou du psychiatre dans les six mois précédents sont surreprésentés dans les classes 8 et 6 d'hospitalisation dite « non programmée » du fait de l'admission fréquente par les urgences (tableau 2). Ces parcours sont plus fréquemment rencontrés auprès des bénéficiaires de la CMU-C et dans des territoires où l'offre de soins psychiatriques est plus faible. Les dimensions d'inégalités socio-spatiales propres à ces classes peuvent expliquer en partie ce non-recours à des soins ambulatoires et, à terme, à une hospitalisation non programmée, conformément aux travaux de Sicot *et al.* (2015).

### ... et dans le cas d'une prise en charge exclusive par le généraliste

Les patients ayant recouru exclusivement à un médecin généraliste sont surreprésentés dans les classes des hospitalisations non programmées. À l'inverse, la proportion des patients hospitalisés de façon non programmée est plus faible lorsque ceux-ci ont recouru à un psychiatre.

L'association d'un traitement par antidépresseur seul ou en association avec un hypnotique ou un anxiolytique au cours

T2

Répartition des classes selon les différents intervenants dans le parcours en amont d'une primo-hospitalisation pour dépression

	Classe 5	Classe 1	Classe 2	Classe 8	Classe 6
	Hospitalisations programmées...			Hospitalisations non programmées...	
	en établissement privé pour des épisodes dépressifs sévères	libres en psychiatrie publique pour épisodes dépressifs légers ou moyens	libres et longues en psychiatrie dans un Établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic)	en médecine publique pour des épisodes dépressifs sévères et tentative de suicide	courtes en établissement public de jeunes adultes pour des épisodes dépressifs sévères avec tentative de suicide
Médecin généraliste (MG) libéral	14 %	14 %	5 %	27 %	7 %
Psychiatre libéral avec/sans MG libéral	45 %	11 %	6 %	16 %	6 %
Psychiatre CMP* avec/sans MG libéral	13 %	29 %	8 %	19 %	9 %
Pas d'intervenant	10 %	15 %	5 %	31 %	11 %
Total	21 %	14 %	5 %	24 %	7 %

\* CMP : Centre médico-psychologique.

**Lecture :** 24 % de l'ensemble des primo-hospitalisés appartiennent à la classe 8. 31 % des primo-hospitalisés qui n'ont consulté ni médecin généraliste, ni psychiatre pendant les 6 mois précédant l'hospitalisation appartiennent à la classe 8. Cette classe 8 surreprésente les patients ayant un défaut de suivi en amont de l'hospitalisation. La somme des pourcentages en ligne n'est pas égale à 100 % car ce tableau exclut les classes 3, 4, 7 et 9.

Sources : Sniiram, PMSI-MCO, Rim-P 2012-2013.

[Télécharger les données](#)

du semestre précédant l'hospitalisation ne modifie pas ce constat mais renforce les oppositions. Dans les classes d'hospitalisation « non programmées », la proportion des patients traités par hypnotique ou anxiolytique seul, est surreprésentée et en partie liée à la nature du prescripteur. L'intervention d'un médecin psychiatre dans le parcours de soins des personnes hospitalisées pour un épisode dépressif caractérisé semble réduire les prescriptions inadéquates et les hospitalisations en urgence.

### Le recours à l'hospitalisation marqué par une logique de filière

Pour les patients ayant vu au moins une fois un psychiatre libéral, la survenue d'une hospitalisation dans le secteur privé (classe 5) est plus importante (tableau 2). Au sein du même secteur d'activité, l'adressage est facilité, d'autant plus qu'une part importante de psychiatres exerçant en clinique a une activité libérale en cabinet permettant d'assurer un suivi entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière, ou d'adresser à des confrères. Ce résultat révèle l'existence d'une prise en charge par filière déjà observée par Sicot *et al.* (2015). *A contrario*, les patients ayant consulté en CMP, de façon exclu-

sive ou associée avec le médecin généraliste, s'orientent davantage vers les établissements autorisés en psychiatrie du secteur public (classes 1 et 2). Là encore, cette logique de filière correspond au principe de continuité des soins associée à la mission de psychiatrie de secteur. La diversité des intervenants dans le parcours de soins permet l'accès à des soins et thérapeutiques plus diversifiés et spécialisés mais rend plus difficile la continuité des soins et nécessite une démarche coordonnée des différents acteurs.

\*\*\*

Les résultats de cette étude montrent une grande hétérogénéité des types d'hospitalisation pour dépression en France, avec une proportion importante d'hospitalisations « non programmées » dans des services de médecine. Ceci suggère un lien entre le parcours de soins en amont de l'hospitalisation et le caractère programmé ou non de cette dernière. Ainsi, deux facteurs ont été identifiés dans le recours en amont des hospitalisations « non programmées ». Elles semblent survenir plus fréquemment lorsque le patient n'est pris en charge par aucun praticien ambulatoire (médecin généraliste et psychiatre) mais également lorsque la prise en charge n'implique pas les psychiatres. Ce constat est renforcé lorsque le traitement

médicamenteux inclut, seul ou en association, la délivrance d'hypnotiques ou d'anxiolytiques. Ces parcours et types d'hospitalisations sont également associés à certaines caractéristiques individuelles des patients : les jeunes et les bénéficiaires de la CMU se retrouvent plus fréquemment dans les profils de moindre recours spécialisé en amont et d'hospitalisations non programmées. Une autre part des hospitalisations semble s'inscrire dans le modèle des soins étagés avec des soins ambulatoires avant l'hospitalisation pour près de 9 patients sur 10 et d'un traitement médicamenteux antidépresseur pour la moitié.

Pour aller plus loin dans l'analyse du parcours de soins pour dépression, cette étude mériterait d'être étendue à l'ensemble des personnes prises en charge pour un épisode dépressif caractérisé, hospitalisées ou non. Cependant, l'absence de recueil du diagnostic dans les données de l'Assurance maladie lors des prises en charge en ville rend difficile une telle étude. Le suivi des nouveaux consommateurs d'antidépresseurs mené par l'Assurance maladie devrait apporter des éléments complémentaires. La disponibilité à terme de données sur l'aval de l'hospitalisation, jusqu'à fin 2018, devrait aussi permettre d'enrichir l'analyse des parcours de soins et du devenir des personnes hospitalisées pour un épisode dépressif caractérisé. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- American Psychiatric Association (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder*.
- Anaes (2002). *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*.
- Beck F., Guignard R. (2012). « La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population », Inpes, *La santé de l'homme*, n° 421, pp. 43-45.
- 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*, 36S, D48—D58.
- Cnamts (2016). *Rapport Charges et produits pour l'année 2015*.
- Coldefy M., Le Neindre C. (2014). « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France », rapport de l'Irdes n° 558.
- 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 », Direction de la Recherche, des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques, *Études et résultats*, n°810.
- Fagot J.P., Cuerq A., Samson S., Fagot-Campagna A. (2017). "Cohort of One Million Patients Initiating Antidepressant Treatment in France: 12-Month Flow-Up". *International Journal of Clinical Practice*, 70: 744-751.
- Kovess *et al.* (2004). *The State of Mental Health in the European Union*, European Commission.
- Monroe S.M., Harkness K.L. (2011). "Recurrence in Major Depression: A Conceptual Analysis", *Psychol Rev*, Oct;118(4):655-74.
- NICE (2009). *Depression in Adults: Recognition and Management Clinical Guideline*.
- Pisarik J., Rochereau T. (2017). « Etat de santé des Français et facteurs de risque », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°223, mars.
- Organisation mondiale de la santé (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*.
- Observatoire national du suicide (2016). *Suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales, et associatives*.
- Reesal R.T., Lam R.W. (2001). "CANMAT Depression Work Group Canadian Journal of Psychiatry", *Revue canadienne de psychiatrie*, 46 Suppl 1:215-285.
- Sicot *et al.* (2015). *Rapport Parcours de soins et systèmes locaux de prise en charge : une comparaison entre territoires et établissements (2012-2014)*, LISST-Cers, Toulouse.
- Sinnema H., Franx G., Spijker J. *et al.* (2013). "Delivering Stepped Care for Depression in General Practice: Results of a Survey Amongst General Practitioners in the Netherlands", *European Journal General Practitioner*, pp. 19(4):221-9.
- Watzke B., Heddaeus D., Steinmann M. *et al.* (2014). "Effectiveness and Cost-Effectiveness of a Guideline-Based Stepped Care Model for Patients with Depression: Study Protocol of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Routine Care", *BMC Psychiatry*, 14:230.