

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

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychose-severe.pdf>

## Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère

Coralie Gandré, Magali Coldefy (Irdes)

Les individus suivis pour des troubles psychiques font face à une mortalité prématurée, quelle que soit la cause de décès. Ce phénomène, marqueur d'inégalité de santé, questionne le suivi et l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent de caractériser leur recours aux soins courants à l'échelle nationale en comparaison aux principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. Leur exploitation démontre un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, malgré une prévalence plus élevée des principales pathologies chroniques qu'en population générale, et une fréquence plus importante des hospitalisations évitables, malgré des contacts plus fréquents en médecine générale. Ces résultats soulignent les difficultés du système de santé à répondre de manière satisfaisante aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un trouble psychique et soutiennent le développement de mesures dédiées pour améliorer l'accès et la prise en charge somatique de cette population aux multiples vulnérabilités.

**E**n France, la réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes, avec des variations en fonction des troubles. Ces individus présentent des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé en comparaison avec la population totale (Coldefy et Gandré, 2018). Ces éléments descriptifs appellent des éléments expli-

catifs quant aux potentielles causes de ce constat accablant qui suggère que les personnes vivant avec un trouble psychique sont confrontées à de fortes inégalités de santé.

Une combinaison de facteurs est susceptible de jouer un rôle significatif dans cette surmortalité. Ces facteurs incluent notamment l'effet du trouble psychique sur la capacité d'un individu à se maintenir en bonne santé (comportements de santé à risque, expression différente de

la douleur physique...) et à être intégré dans la société (isolement social, peur de la stigmatisation, précarité économique) ou les effets secondaires de la prise au long cours de médicaments psychotropes. Néanmoins, des éléments liés au système de santé pourraient venir aggraver ces facteurs de risque individuels, ou tout du moins traduire l'échec de la prise en compte des besoins spécifiques et des facteurs de vulnérabilité multiples des personnes vivant avec un trouble psychique.

Il peut ainsi être fait l'hypothèse de difficultés dans les parcours de soins somatiques des individus suivis pour un trouble psychique, se manifestant dès les premières étapes de l'accès au système de santé puis tout au long des parcours en termes de qualité et de continuité des soins reçus. Pourtant, ces aspects sont peu documentés dans le champ de la recherche sur les inégalités de santé aux-

quelles sont confrontées les personnes vivant avec un trouble psychique, notamment dans le contexte national. L'analyse des difficultés du système de santé à répondre de manière adaptée aux besoins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique a ainsi fait l'objet de peu d'études en France. Les recommandations actuelles de bonne pratique pour améliorer la prise en charge somatique

des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique indiquent d'ailleurs en préambule qu'« aucune donnée pertinente concernant les pratiques de dépistage et de prise en charge en France n'a été clairement identifiée, ce qui ne permet pas d'identifier de manière objective les problèmes de pratique à résoudre » (Fédération française de psychiatrie - Conseil national professionnel de psychiatrie, 2015). Afin d'apporter des premiers éléments probants à ces manques, notre étude a pour objectif de documenter le recours aux soins somatiques courants des individus suivis pour un trouble psychique sévère en comparaison aux principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie à l'échelle nationale en France.

En 2014, un peu plus de 428 000 individus âgés de 18 à 65 ans ont été suivis pour un trouble psychique sévère en France. La majorité de ces patients (n=319 047, 75 %) ont pu être identifiés *via* une ALD psychiatrique (graphique 1). 321 000 présentaient un trouble psychotique, 137 000 un trouble bipolaire et 30 000 les deux types de troubles. Du fait des difficultés à établir un diagnostic fiable en psychiatrie (absence de biomarqueurs, hétérogénéité des situations) et de la volonté de certains professionnels de ne pas « étiqueter » les patients pour éviter tout risque de stigmatisation, ces chiffres par groupe diagnostique doivent néanmoins être interprétés avec précaution.

### Une plus grande situation de vulnérabilité socio-économique chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère

Les individus suivis pour un trouble psychique sévère ont tout d'abord été comparés à 33 millions de personnes non suivies pour de tels troubles dans la cartographie médicalisée de 2014 (encadré Source p. 3). Ils sont en moyenne plus âgés, plus fréquemment de sexe masculin, plus souvent bénéficiaires de régimes d'aide à la prise en charge financière des soins de santé (en particulier l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)), des facteurs liés à l'environnement de vie (indice de fragmentation sociale et typologie des territoires de vie français tenant compte de l'accessibilité aux soins, notamment primaires, développés par l'Irdes et zonage en aires urbaines). Ces facteurs sont détaillés dans une autre publication (Gandré et Coldefy, 2020).

## MÉTHODE

### Cadre conceptuel

Comme le pose le modèle d'Andersen, nous considérons que le recours au système de santé relève de facteurs « prédisposants » (en particulier liés aux caractéristiques socio-démographiques des individus), de facteurs « favorisant » (tel que l'environnement de vie des individus en termes par exemple de soutien social ou d'offre de soins) et de facteurs liés aux besoins de santé, qu'ils soient objectifs ou subjectifs (Andersen, 1995). Nous nous centrons sur les inégalités de santé liées à ce recours, que nous définissons comme des différences dans l'accès au système de santé entre individus ne résultant pas de variations dans l'état de santé de ces individus ou dans la pertinence clinique de leur prise en charge.

### Champ nosographique de l'étude

Les troubles psychiques sévères correspondent à des troubles chroniques avec des épisodes récurrents qui interfèrent fortement avec les relations interpersonnelles et limitent les compétences sociales et les capacités fonctionnelles. La plupart des définitions de ces troubles retrouvées dans la littérature internationale reposent sur une identification qui n'est pas uniquement basée sur le diagnostic mais qui s'appuie également sur la sévérité de ces troubles. Cependant, les données de la cartographie médicalisée (encadré Source p. 3) ne contiennent pas de données précises sur cette sévérité, que ce soit en termes de symptomatologie ou de limitations fonctionnelles. Notre définition des troubles psychiques a donc reposé sur la consommation de soins pour deux types de groupes diagnostiques, jugés comme ayant un impact durable avec des conséquences fonctionnelles : les troubles psychotiques (codes F20 à F29 de la Classification internationale des maladies, dixième version (Cim-10) incluant notamment la schizophrénie) et les troubles bipolaires (code F31 de la Cim-10). Les particularités de ces troubles chez les jeunes patients et les patients âgés nous ont conduits à restreindre notre étude aux personnes âgées de 18 à 65 ans.

### Schéma de l'étude

Cette recherche repose sur une étude cas-témoin où les individus identifiés comme suivis pour un trouble psychique sévère ('cas') dans la cartographie médicalisée du Système national des données de santé (SNDS) pour l'année 2014 ont été appariés à trois témoins sans trouble psychique sévère avec des caractéristiques socio-démographiques, observables dans la base de données, similaires. Un appariement exact a été réalisé sur cinq critères : l'âge, le sexe, le département de résidence, le fait d'être ou non bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et le quintile d'un indice de défavorisation sociale (FDep) calculé à la commune de résidence (sauf pour les départements d'outre-mer où cet indicateur n'est pas disponible). L'appariement avec trois témoins « exacts » a pu

être réalisé pour 97 % des individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014.

### Indicateurs de recours aux soins somatiques mobilisés

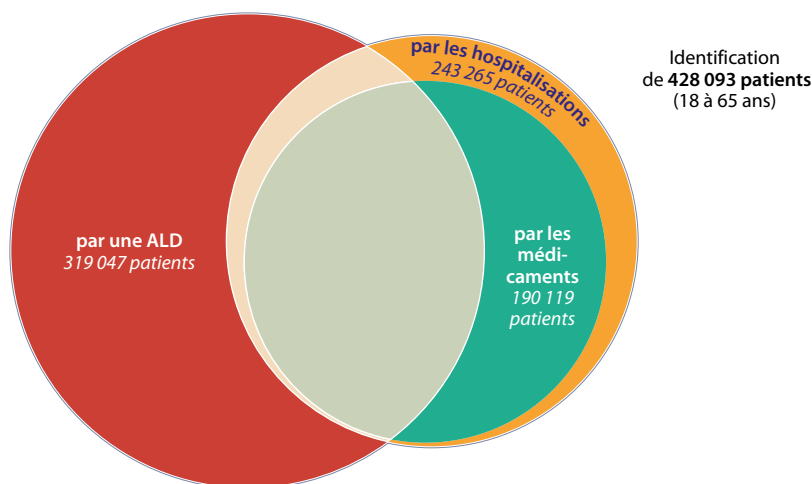
Afin d'obtenir une photographie exhaustive à l'échelle du système de santé du recours aux soins somatiques courants des individus suivis pour un trouble psychique sévère, nous avons considéré un faisceau d'indicateurs complémentaires, calculés sur une période de deux ans (2015-2016) et incluant : 1/ des indicateurs de recours à la prévention générale (vaccination et dépistage des cancers) ou spécifique (suivi des effets secondaires des médicaments psychotropes) ; 2/ des indicateurs liés à l'existence d'un médecin traitant et au recours aux médecins généralistes ainsi qu'aux soins de spécialistes courants (soins dentaires, gynécologiques et ophtalmologiques dont le recours en routine est recommandé même sans pathologie spécifique) ; 3/ des indicateurs d'admissions en milieu hospitalier hors psychiatrie (en particulier, recours aux urgences et aux hospitalisations évitables en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), c'est-à-dire pour des motifs médicaux ne devant pas mener à une hospitalisation s'ils étaient correctement suivis en médecine générale).

### Méthode d'analyse

Nous avons tout d'abord conduit une analyse descriptive des principales caractéristiques démographiques, socio-économiques et cliniques (notamment en termes de principales pathologies chroniques) des individus suivis pour un trouble psychique sévère et de leurs témoins. Nous avons ensuite comparé leur recours aux soins somatiques courants en estimant l'association entre la présence d'un trouble psychique sévère et le recours aux soins toutes choses égales par ailleurs en mesurant l'odds ratio ajusté (ORa) et son intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) après prise en compte de facteurs additionnels pouvant influencer ce recours par le biais de régressions logistiques (pour les indicateurs de recours correspondant à des variables binaires) ou de régressions binomiales négatives (pour les indicateurs de recours correspondant à des variables de comptage). Les facteurs d'ajustement considérés incluent des facteurs cliniques (indice synthétique de comorbidités et durée d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie sur les deux ans couverts par l'étude), des facteurs socio-économiques individuels (inclusion ou non dans le dispositif d'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)), des facteurs liés à l'environnement de vie (indice de fragmentation sociale et typologie des territoires de vie français tenant compte de l'accessibilité aux soins, notamment primaires, développés par l'Irdes et zonage en aires urbaines). Ces facteurs sont détaillés dans une autre publication (Gandré et Coldefy, 2020).

G1

### Mode d'identification des patients suivis pour un trouble psychique sévère en 2014



**Note :** Dans la cartographie médicalisée du Système national des données de santé (SNDS) pour l'année 2014, les individus peuvent être identifiés comme étant suivis pour un trouble psychique sévère, en dehors d'une Affection de longue durée (ALD), s'ils ont au moins une hospitalisation pour l'un de ces troubles dans les deux dernières années, ou dans les cinq dernières années s'ils ont également trois délivrances de médicaments psychotropes en 2014.

**Champ :** Bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

**Source :** Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

## SOURCE

Cette étude mobilise le Système national des données de santé (SNDS) qui contient l'ensemble des données de consommation de soins ayant conduit à une facturation à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), qu'il s'agisse de soins réalisés en milieu hospitalier (incluant le recours aux urgences et aux hospitalisations dans les différents services) ou en ville (soins de médecine générale ou soins de spécialistes, examens, ainsi que consommation médicamenteuse délivrée en pharmacie). Le SNDS comporte également des informations sur les caractéristiques individuelles des patients, notamment quelques caractéristiques socio-démographiques et cliniques. Il inclut ainsi une cartographie médicalisée des bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) qui permet notamment d'identifier ceux qui consomment des soins en lien avec des maladies chroniques. Les algorithmes qui identifient l'existence de ces pathologies reposent sur les motifs d'hospitalisation, les Affections de longue durée (ALD) et la prescription de médicaments ou actes dits traceurs car quasi-spécifiques à la prise en charge de certaines maladies, sur une période allant parfois jusqu'à cinq ans (Cnam, 2018). Parmi les catégories non exclusives de maladies chroniques identifiables dans la cartographie médicalisée, il existe une catégorie propre aux troubles psychiques qui permet également de distinguer les différents groupes diagnostiques au sein de ces troubles.

la date de l'étude). Ils vivent également dans des territoires plus défavorisés et socialement fragmentés (tableau). Ces résultats confirment la grande vulnérabilité socio-économique des individus suivis pour un trouble psychique sévère dont il convient de tenir compte dans l'analyse du recours aux soins somatiques en comparaison avec la population non suivie pour de tels troubles.

### Des pathologies chroniques plus fréquentes chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère

Après appariement exact entre chaque individu suivi pour un trouble psychique sévère et trois témoins de la cartographie médicalisée non suivis pour de tels troubles sur leurs principales caractéristiques démographiques et socio-économiques (encadré méthode), des différences marquées entre les deux populations sont observées en termes de prévalence des différentes pathologies chroniques. Ainsi, les individus suivis pour un trouble psychique sévère présentent un moins bon état de santé général avec un indice synthétique de comorbidités

T

### Principales caractéristiques des individus suivis ou non pour un trouble psychique sévère dans la cartographie médicalisée de 2014

	Individus suivis pour un trouble psychique sévère			
	OUI n = 428 093		NON n = 33 225 644	
	Moyenne (± écart-type)	n (%)	Moyenne (± écart-type)	n (%)
Age	45,3	±11,5	41,1	±13,4
Sexe (féminin)	198 887	46,5 %	17 976 313	54,1 %
Bénéficiaire de la CMU-C <sup>1</sup>	56 014	13,1 %	2 990 454	9,0 %
Bénéficiaire de l'ACS <sup>2</sup>	79 953	18,7 %	966 333	2,9 %
<b>Quintile de l'indicateur de défavorisation sociale (FDep)</b>				
1 <sup>er</sup> quintile	74 727	17,5 %	6 494 616	19,6 %
2 <sup>e</sup> quintile	71 097	16,6 %	6 351 714	19,1 %
3 <sup>e</sup> quintile	91 747	21,4 %	6 179 252	18,6 %
4 <sup>e</sup> quintile	82 810	19,3 %	5 983 396	18,0 %
5 <sup>e</sup> quintile	81 711	19,1 %	6 034 120	18,2 %
Indicateur de fragmentation sociale	3,5	±2,7	2,4	±2,7
Lieu de résidence dans un Dom <sup>3</sup>	14 000	3,3 %	1 042 582	3,1 %

<sup>1</sup> CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire ; <sup>2</sup> ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ; <sup>3</sup> Dom : Département d'outre-mer.

**Lecture :** Plus les indicateurs de défavorisation sociale et de fragmentation sociale ont une valeur élevée, plus cela traduit un niveau de défavorisation sociale ou de fragmentation sociale important. Pour l'indicateur de défavorisation sociale, le pourcentage total n'est pas égal à 100 % car il existe des valeurs manquantes, notamment pour les individus vivant dans les départements d'outre-mer où cet indicateur n'est pas disponible.

**Champ :** Bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

**Source :** Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

(Constantinou *et al.*, 2018), adapté pour ne pas inclure les troubles psychiques sévères, en moyenne égal à 1,7 contre 0,8 pour leurs témoins. Par ailleurs, toutes les principales maladies chroniques sont plus fréquentes chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, à l'exception des maladies inflammatoires chroniques intestinales, de la polyarthrite rhumatoïde et des maladies apparentées ou des autres maladies inflammatoires chroniques. En dehors des comorbidités psychiatriques et neurologiques, les maladies du foie ou du pancréas, le diabète, les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) et les accidents vasculaires cérébraux présentent une sur-prévalence particulièrement marquée chez les indi-

vidus suivis pour un trouble psychique sévère en comparaison à leurs témoins appariés (graphique 2). La sur-prévalence limitée des cancers chez les personnes vivant avec un trouble psychique, malgré une surmortalité importante pour tumeur (Coldefy et Gandré, 2018), questionne les parcours de soins pour cancer de ces personnes en pointant une potentielle inégalité de prise en charge, et fait l'objet d'un projet de recherche en cours (Repères). Par ailleurs, la sur-prévalence des pathologies chroniques objectivée à travers les consommations de soins chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère peut être sous-estimée. En effet, il est possible que ces individus soient également plus sus-

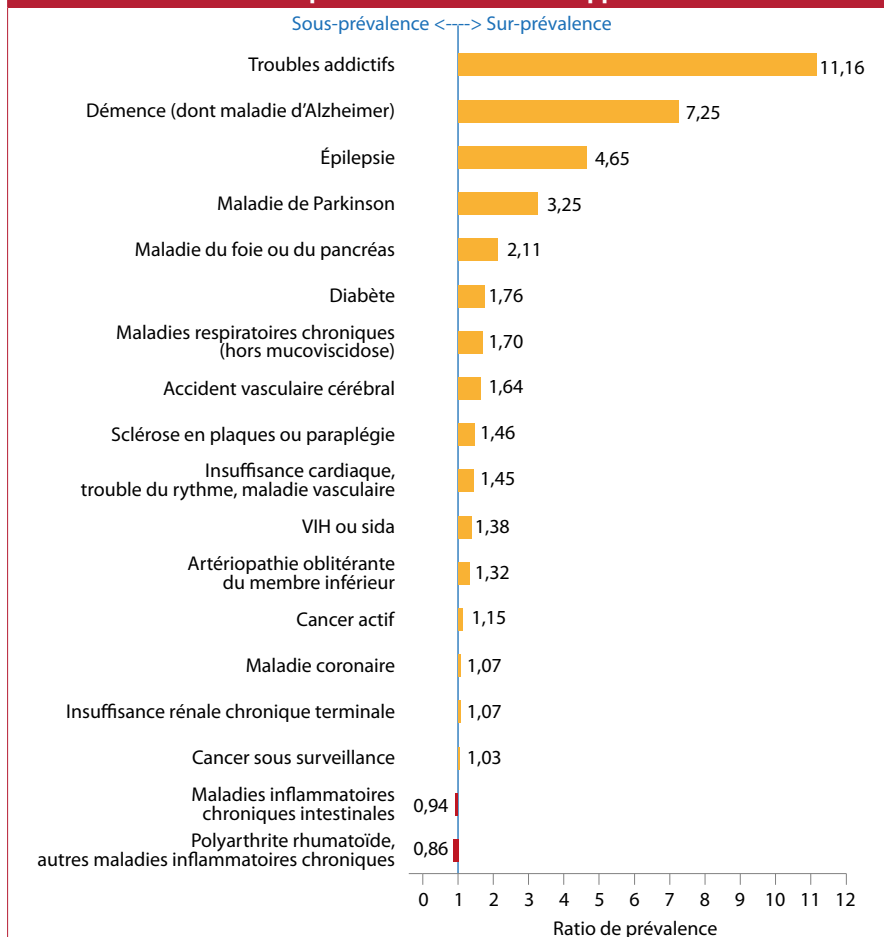
ceptibles d'être atteints de maladies chroniques non diagnostiquées ou traitées ou dont les facteurs de risque ne sont pas surveillés ni suivis, et qui n'apparaissent donc pas dans les données mobilisées.

### Un recours globalement moindre aux soins de prévention chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère

Après ajustement sur les caractéristiques cliniques et socio-économiques individuelles et les caractéristiques de l'environnement de vie, des différences sont observées dans le recours aux soins de prévention entre les deux populations d'étude. Il apparaît ainsi un recours moindre aux soins de prévention générale chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère. Ce constat est vérifié pour l'ensemble des indicateurs considérés, à l'exception de la vaccination DT polio (graphique 3). Des différences par-

G2

#### Ratio de prévalence des principales pathologies chroniques des individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 en comparaison à leurs témoins appariés



**Lecture :** Le ratio de prévalence est le rapport de la prévalence de chaque trouble considéré chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère rapporté à leur prévalence chez leurs témoins. Tout ratio de prévalence supérieur à 1 traduit une sur-prévalence du trouble considéré chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère. A titre illustratif, il peut être conclu que la prévalence du diabète est 1,8 fois plus importante chez ces individus que chez leurs témoins.

**Champ :** Individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 ayant pu être appariés et leurs témoins parmi les bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

**Source :** Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

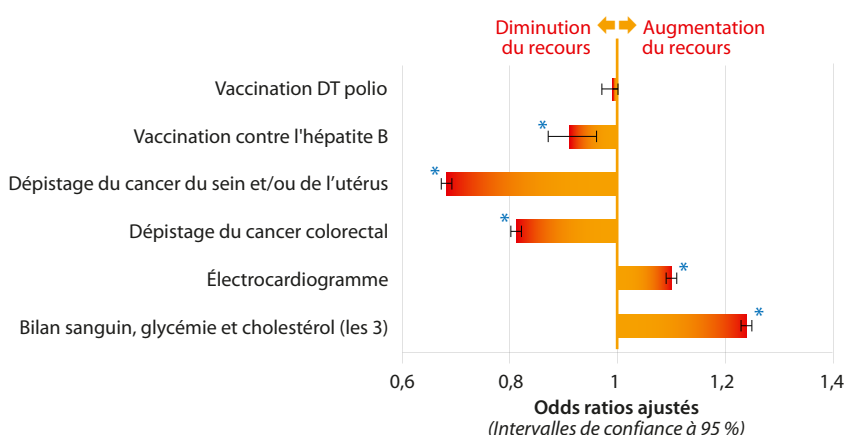
## REPÈRES

Cette première étude est issue du projet *Comorbidités et parcours de soins somatiques des personnes suivies pour un trouble psychique* (Colchique) soutenu financièrement par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) dans le cadre de l'appel à projets de recherche « Parcours de vie, Parcours de soins » 2018. Elle s'inscrit par ailleurs dans une des grandes orientations du programme de recherche « santé mentale » de l'Irdes axée sur l'étude des inégalités de santé dans l'accès aux soins des personnes vivant avec un trouble psychique. Elle a bénéficié des conseils méthodologiques de Panayotis Constantinou, Christelle Gastaldi-Ménager, Thomas Lesuffleur et Philippe Tuppin à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) et de Nadia Younès et Christine Passerieux (EA 4047, Handiresp, Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines) pour la définition des indicateurs de recours. Elle sera complétée par le projet de recherche mixte *Cancers chez les personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : quelles difficultés de parcours de soins ?* (Canopée). Ce projet, coordonné par l'Irdes et mené en collaboration avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP), le Groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris Psychiatrie & Neurosciences et l'Université de Nanterre, a été financé pour trois ans dans le cadre de l'appel à projets 2019 : « Projets libres de recherche sur le cancer en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique » de l'Institut national du cancer (Inca).



G3

### Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et le recours aux soins de prévention



\* P-valeur inférieure à 0,05.

Voir définition de l'odds ratio dans l'encadré Définition ci-contre.

**Lecture :** Après ajustement sur les caractéristiques cliniques, socio-économiques et d'environnement de vie, les personnes suivies pour un trouble psychique sévère ont un recours globalement moindre aux soins de prévention que la population générale.

**Champ :** Individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 ayant pu être appariés et leurs témoins parmi les bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

**Source :** Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

### DÉFINITION

L'odds ratio ajusté traduit l'importance de l'association entre la présence d'un trouble psychique sévère et chaque indicateur de recours après ajustement sur les autres facteurs susceptibles d'être associés à ce recours. Un ORa égal à 1 (ou dont l'intervalle de confiance (IC) inclut 1) traduit l'absence d'association entre la présence du trouble psychique sévère et le recours, un ORa supérieur à 1 (et dont l'IC n'inclut pas 1) signale une association entre la présence du trouble psychique et l'augmentation du recours, un ORa inférieur à 1 (et dont l'IC n'inclut pas 1) signale une association entre la présence du trouble psychique et la diminution du recours. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus la force de l'association est importante.

**Un recours plus élevé aux médecins généralistes mais moindre aux spécialistes chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère**

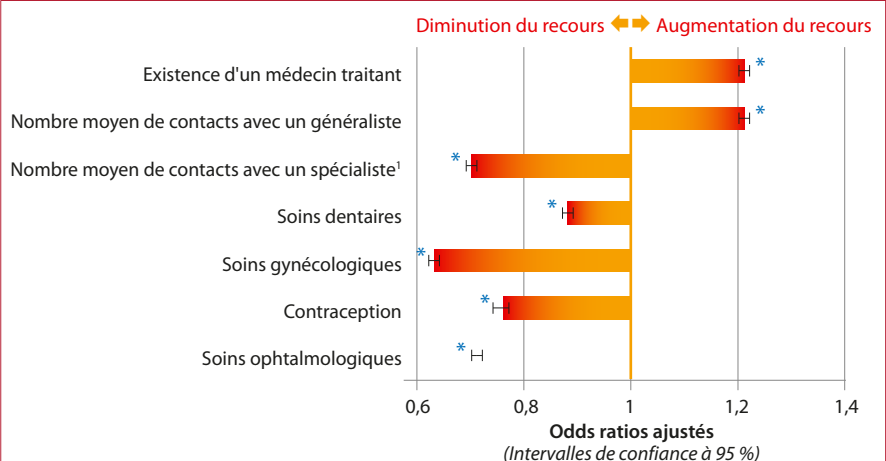
ticulièrement marquées sont observées pour le recours au dépistage des cancers qui est nettement moins fréquent dans la population vivant avec un trouble psychique, que ce soit pour les cancers du sein et de l'utérus (ORa : 0,68, IC95 % : 0,67-0,69) ou le cancer colorectal (ORa : 0,81, IC95 % : 0,80-0,82) [graphique 3], et ce, malgré des facteurs de risques individuels connus.

alors pas identifiables dans les données du SNDS. Afin d'en limiter l'impact sur nos résultats, les analyses ajustées incluent la durée totale de séjour en hospitalisation à temps plein en psychiatrie au cours des deux ans de suivi de l'étude pour chaque individu.

Après ajustement sur les caractéristiques cliniques et socio-économiques individuelles et les caractéristiques de l'environnement de vie, la présence d'un médecin traitant déclaré et le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste apparaissent plus élevés chez les patients suivis pour un trouble psychique sévère (graphique 4). Ce constat a priori posi-

G4

### Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et le recours aux soins de médecins généralistes et de spécialistes courants



<sup>1</sup> Pour sept spécialités (cardiologie, dermatologie, gynécologie médicale et obstétrique, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL et rhumatologie).

\* P-valeur inférieure à 0,05.

Voir définition de l'odds ratio dans l'encadré Définition ci-dessus.

**Lecture :** Après ajustement sur les caractéristiques cliniques, socio-économiques et d'environnement de vie, les personnes suivies pour un trouble psychique sévère ont un recours plus élevé aux médecins généralistes mais moindre aux spécialistes courants que la population générale.

**Champ :** Bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

**Source :** Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

tif sur l'accès aux médecins de premier recours doit cependant être nuancé.

Ces résultats ne traduisent en effet pas les inquiétudes des professionnels de la psychiatrie hospitalière quant aux difficultés à identifier des médecins traitants pour leurs patients en ville. Cela pourrait en partie s'expliquer par le mode d'identification des individus suivis pour un trouble psychique sévère dans la cartographie médicalisée mise à disposition dans le SNDS. Ainsi, 75 % de ces individus étaient bénéficiaires du dispositif d'ALD (graphique 1) dont l'inclusion nécessite le remplissage d'un formulaire par un médecin traitant. Cela pourrait conduire à mécaniquement augmenter le nombre de personnes déclarant un tel médecin sans que ce dernier soit nécessairement mobilisé dans leur prise en charge au long cours. Par ailleurs, le motif de recours en médecine de ville n'est pas connu dans le SNDS et les consultations chez les médecins généralistes pour des troubles somatiques ne peuvent être distingués de celles liées directement au trouble psychique.

Le nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste est en revanche moindre chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère en comparaison à leurs témoins appariés. Cette observation est confirmée par un recours moins fréquent à l'ensemble des types de soins de spécialistes courants. Les différences sont particulièrement marquées pour le recours aux soins gynécologiques (ORa : 0,63, IC95 % : 0,62-0,64) et ophtalmologiques (ORa : 0,71, IC95 % : 0,70-0,72) [graphique 4]. Les dépassements d'honoraires peuvent être élevés chez les médecins spécialistes, néanmoins des difficultés financières d'accès aux soins ne peuvent à elles seules

expliquer les différences objectivées car nos résultats font suite à un appariement et à un ajustement complémentaire sur des critères socio-économiques entre les deux populations d'étude.

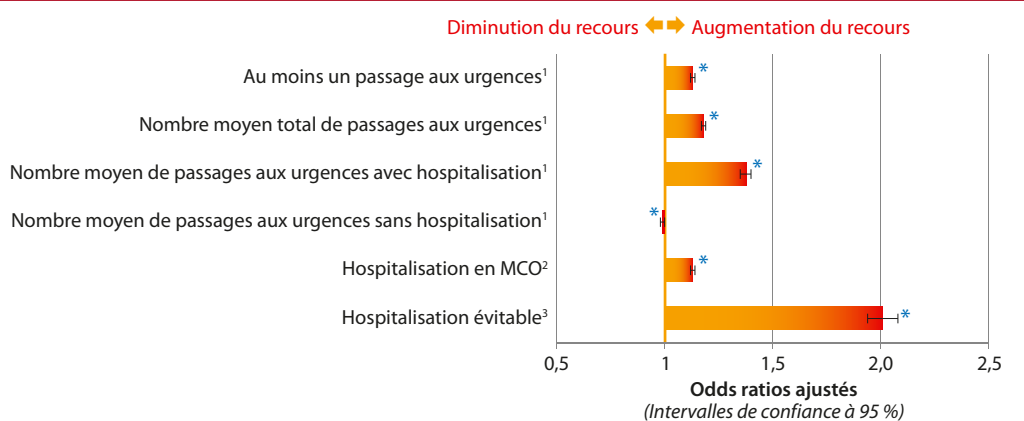
### Des admissions en milieu hospitalier hors psychiatrie plus fréquentes chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère

Les admissions en milieu hospitalier hors psychiatrie sont en très grande majorité plus fréquentes chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère en comparaison à leurs témoins appariés. Les différences dans le recours aux urgences persistent mais sont néanmoins nettement réduites par l'ajustement sur les caractéristiques cliniques et socio-économiques individuelles et les caractéristiques de l'environnement de vie. Les différences sont en revanche très marquées pour les hospitalisations évitables (ORa : 2,00, IC95 % : 1,94-2,08) [gra-

phique 5], telles que celles pour asthme ou complications du diabète à court terme, qui constituent un indicateur permettant d'identifier les hospitalisations qui n'auraient pas dû avoir lieu si ces pathologies étaient correctement suivies en ville, en particulier par les médecins généralistes. L'occurrence plus élevée de ces hospitalisations chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, même après ajustement sur leur état de santé général, suggère que leur suivi en médecine générale n'est pas optimal. Nos résultats précédents ne montrent pourtant pas un moindre accès de notre population d'intérêt aux médecins généralistes (pour lesquels les motifs de consultation ne sont néanmoins pas disponibles dans le SNDS). Il peut être plutôt fait l'hypothèse d'une prise en compte compliquée par les professionnels de ce champ des besoins des personnes vivant avec un trouble psychique. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour identifier et répondre à ces besoins sont d'ailleurs régulièrement soulignées dans le contexte français (Norton *et al.*, 2016).

G5

#### Associations entre la présence d'un trouble psychique sévère et les admissions à l'hôpital, hors psychiatrie



<sup>1</sup> Les motifs de passage aux urgences ne sont pas disponibles dans le SNDS mais seuls les passages aux urgences générales ont été considérés. Par ailleurs, pour les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation, seuls ceux suivis d'une hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont été inclus.

<sup>2</sup> Exclusion des hospitalisations en MCO pour un motif psychiatrique ou une tentative de suicide.

<sup>3</sup> Pour asthme, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, déshydratation, complications du diabète à court terme, angine de poitrine sans infarctus du myocarde (entrée par les urgences), problème dentaire, déficience nutritionnelle, ou suite à une vaccination (en particulier contre la grippe).

\* P-valeur inférieure à 0,05.

Note : Voir définition de l'odds ratio dans l'encadré Définition page 5.

**Lecture :** Après ajustement sur les caractéristiques cliniques, socio-économiques et d'environnement de vie, les personnes ayant un trouble psychique sévère sont beaucoup plus concernées que la population générale par des hospitalisations évitables, notamment pour des pathologies comme l'asthme ou des complications liées au diabète, qui n'auraient pas dû mener à une hospitalisation si elles avaient été régulièrement suivies en médecine générale de ville.

**Champ :** Individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 ayant pu être appariés et leurs témoins parmi les bénéficiaires de 18 à 65 ans du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) de l'Assurance maladie ayant consommé des soins, France entière.

**Source :** Système national des données de santé (SNDS).

[Télécharger les données](#)

## Des résultats qui traduisent des disparités dans l'accès aux soins somatiques courants pour les individus suivis pour un trouble psychique sévère

Les individus suivis pour un trouble psychique sévère en 2014 en France présentent un moins bon état de santé général, avec une plus forte prévalence de la majorité des principales maladies chroniques, que des témoins avec des caractéristiques socio-démographiques similaires issus de la population générale. Il aurait donc pu être attendu que ces patients aux multiples morbidités et aux besoins de soins complexes recourent davantage aux soins somatiques courants, or, nos résultats soulignent au contraire que la situation inverse se produit. Ils soulignent également l'étendue de cette problématique car des associations quasi systématiquement significatives sont observées entre la présence d'un trouble psychique sévère et chaque indicateur de recours aux soins somatiques mobilisé, même après ajustement sur les principales caractéristiques cliniques, socio-économiques et de l'environnement de vie des deux populations comparées. Il est notamment observé un recours moindre aux soins de prévention générale, en particulier pour le dépistage des cancers, et aux soins de spécialistes courants, malgré la plus grande prévalence de comorbidités chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, et une occurrence plus élevée des hospitalisations évitables malgré des contacts plus fréquents en médecine générale.

Ces résultats sont, en grande majorité, peu surprenants. Le moindre accès aux soins somatiques courants des personnes en situation de handicap, incluant le handicap psychique, avait été objectivé en France à partir de données d'enquête datant de 2008 (Lengagne *et al.*, 2015). Ces données restent néanmoins davantage soumises à des biais cognitifs, de mémoire ou de désirabilité sociale que les données objectives de consommation de soins mobilisées dans notre étude. Par ailleurs, notre recherche vient appuyer des travaux s'étant intéressés à certains aspects spécifiques du recours aux soins somatiques des individus suivis pour un trouble psychique sévère, tel que le

recours aux soins dentaires (Denis *et al.*, 2020), en fournissant des données chiffrées sur un vaste ensemble d'indicateurs complémentaires à l'échelle nationale et un comparatif avec la population générale.

A ce stade, nos résultats ne permettent pas de conclure sur les causes principales des disparités objectivées, qu'il s'agisse de facteurs liés aux comportements individuels (isolement social, difficultés de perception de la douleur ou d'observance des traitements...) ou au système de santé (faible intégration des soins de santé mentale et de santé physique, mauvaise attribution des symptômes somatiques au trouble psychique et stigmatisation par les professionnels, complexité du système...). Ils ne nous permettent pas non plus de conclure sur les facteurs pouvant jouer un rôle limitant sur ces disparités (potentiel rôle protecteur des aidants familiaux, des services d'accompagnement médico-sociaux, de l'implication des centres médico-psychologiques (CMP) dans le suivi global de leurs patients...). Ils devront être complétés par des travaux plus qualitatifs visant à mieux documenter les mécanismes causaux mis en jeu, éléments qui seront abordés dans les projets ancillaires actuellement développés qui reposent sur une méthode mixte. Nos résultats pourraient également être affinés par la mobilisation de bases de données complémentaires. C'est en particulier le cas de l'Échantillon démographique permanent (EDP), incluant des informations individuelles sur les revenus et la situation fiscale, apparié aux données du SNDS (EDP-Santé). Cet appariement permettrait un ajustement plus précis sur les inégalités socio-économiques subies par les individus vivant avec un trouble psychique sévère et susceptibles d'affecter leur recours aux soins. Un enrichissement des données administratives permettant de générer des données sur les motifs de recours aux omnipraticiens serait également particulièrement utile pour compléter nos travaux.

Néanmoins, nos résultats soulignent d'ores et déjà les difficultés de la prise en compte des besoins spécifiques des individus suivis pour un trouble psychique sévère. Ils soutiennent la nécessité de développer des mesures dédiées pour augmenter leur recours aux soins somatiques, d'accompagner les professionnels

pour une meilleure prise en compte des besoins somatiques des personnes et d'encourager la prise en charge de leur santé physique (par exemple *via* le développement de programmes d'éducation thérapeutique qui pourraient notamment se faire en médecine générale où le recours est élevé). Ces premiers travaux pourraient à tout le moins contribuer à accroître l'attention portée à l'amélioration de l'accès aux soins des populations présentant de multiples vulnérabilités, en lien avec la prise de conscience récente mais réelle de cette problématique par les décideurs publics, en particulier pour les personnes en situation de handicap ou de précarité (Denormandie et Cornu-Pauchet, 2018 ; Denormandie et Talbot, 2019 ; Cnam, 2020 ; Défenseur des droits, 2020). Ces mesures devront bien sûr être développées en collaboration avec les usagers des services de santé mentale et leurs proches qui ont souligné que l'accès adapté aux services de santé dont ils ont besoin reste l'une des problématiques fondamentales à améliorer à l'échelle mondiale (Wahlbeck, 2015). ♦

*Les auteurs remercient Maëla Chapeau, Nathalie Fourcade (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Hcaam) et Alain Monnier (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, Unafam) pour leur relecture attentive.*

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Andersen R. M. (1995). "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1): 1-10.
- Cnam (2018). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2019. » <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/index.php>
- Cnam (2020). « Être accompagné(e) pour ne plus renoncer à ses soins. » <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/renoncement-soins/dispositif-renoncement>

Suite page suivante

## POUR EN SAVOIR PLUS (suite)

- Coldefy M, Gandré C. (2018). « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 237, septembre.
- Constantinou P, Tuppin P, Fagot-Campagna A., Gastaldi-Ménager C., Schellevis F. G., Pelletier-Fleury N. (2018). "Two Morbidity Indices Developed in a Nationwide Population Permitted Performant Outcome-Specific Severity Adjustment". *Journal of Clinical Epidemiology* 103: 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.07.003>
- Défenseur des droits (2020). « Rapport annuel d'activité 2019. »
- Denis F., Goueslard K., Siu-Paredes F., Amador G., Rusch E., Bertaud V., Quantin C. (2020). "Oral Health Treatment Habits of People with Schizophrenia in France: A Retrospective Cohort Study". *PLoS One* 15 (3): e0229946. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229946>
- Denormandie P, Cornu-Pauchet M. (2018). « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité ».
- Denormandie P, Talbot S. (2019). « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social : "ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné". » [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/panier\\_de\\_soins\\_des\\_esms-denormandie\\_ph\\_07102019.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/panier_de_soins_des_esms-denormandie_ph_07102019.pdf)
- Fédération française de psychiatrie - Conseil national professionnel de psychiatrie (2015). « Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. » [www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco\\_Soins\\_Soma\\_Psy.pdf](http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf)
- Gandré C., Coldefy M. (2020). "Disparities in the Use of General Somatic Care among Individuals Treated for Severe Mental Disorders and the General Population in France". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103367>
- Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, Sermet C. (2015). « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. » Rapport de l'Irdes, n° 560.
- Norton J, David M., Gandubert C., Bouvier C., Gutierrez L.-A., Frangeuil A., Macgregor A., Oude Engberink A., Mann A., Capdevielle D. (2016). "Ability of French General Practitioners to Detect Common Mental Disorders Identified Using the Patient Health Questionnaire: Has this Changed with the Introduction of Gatekeeping and Registration with a Chosen Doctor?". *L'Encephale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.07.009>
- Wahlbeck K. (2015). "Public Mental Health: The Time Is Ripe for Translation of Evidence into Practice". *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 14 (1): 36-42. <https://doi.org/10.1002/wps.20178>

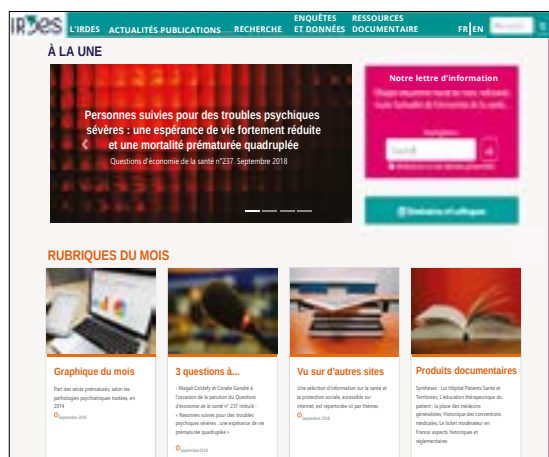


INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •  
[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) • Email : [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr)

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Éditrice : Anne Evans • Éditrice adjointe : Anna Marek • Infographiste : Franck-Séverin Clérembault •  
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) • Dépôt légal : Septembre 2020 •  
Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

## À découvrir sur le site Internet de l'Irdes

<http://www.irdes.fr>



- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : [www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html](http://www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html)
- Elle est également disponible dans une version anglaise trimestrielle : [www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html](http://www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html)
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualité santé et protection sociale, deux veilles thématiques bimensuelles, l'une bibliographique réalisée à partir de la littérature scientifique en santé, l'autre de la presse santé en ligne ; et aussi des synthèses thématiques... [www.irdes.fr/documentation/produits-documentaires.html](http://www.irdes.fr/documentation/produits-documentaires.html)

Le site est disponible **en français et en anglais**.



Institut de recherche  
et documentation en  
économie de la santé

Contact et abonnements

Service Publications et Communication

117bis, rue Manin 75019 Paris

Tél : 01 53 93 43 02/06 Courriel : [publications@irdes.fr](mailto:publications@irdes.fr)