

ARHIF

**Les patients séjournant au long cours
dans les services de psychiatrie adulte
en Île-de-France**

Enquête de l'A.R.H.I.F.

Étude réalisée par

Délégation régionale ANCREAI Île-de-France – CEDIAS

Jean-Yves BARREYRE
Yara MAKDESSI-RAYNAUD
Carole PEINTRE

Décembre 2003

Agence Régionale de l'Hospitalisation en IdF
17 place de l'Argonne – 75935 Paris Cedex 19
☎ 01 40 05 39 45 📠 01 40 05 39 43
🌐 <http://www.parhtage.sante.fr>

Délégation régionale ANCREAI IdF– CEDIAS
5, rue Las Cases – 75007 PARIS
☎ 01 45 51 66 10 📠 01 44 18 01 81
📧 creai.idf@9online.fr

Sommaire

Préface de Guy Baillon.....	5
1. Introduction.....	21
2. Méthodologie de l'enquête.....	24
- Élaboration du questionnaire.....	24
- La collecte de données.....	25
- La méthode et les techniques d'analyse utilisées.....	26
3. Population 1 : plus de deux mille patients pris en charge à temps complet depuis plus de neuf mois.....	27
4. Les diagnostics et symptomatologies.....	28
5. Évaluation des degrés d'autonomie des patients.....	32
- Le degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.....	34
- Les aptitudes liées au fonctionnement intellectuel : une échelle d'évaluation en deux temps.....	35
- Une échelle de l'autonomie / dépendance.....	38
6. Les réponses institutionnelles.....	40
- Les soins dispensés.....	40
- Les projets d'orientation.....	42
7. Au-delà du cadre institutionnel, l'entourage social des patients.....	44
8. Construction d'une typologie des malades mentaux au long cours.....	46
- Classification en neuf groupes de la population enquêtée.....	47
9. Population 2 : Les patients définis comme « institutionnellement dépendants par l'équipe soignante ».....	56
- Profil démographique et caractéristiques de la prise en charge.....	57
- Les diagnostics et symptomatologies.....	59
- Évaluation des degrés d'autonomie des patients.....	60
- Construction d'une typologie de la population 2.....	65

10. Conclusions et nouvelles perspectives de recherche	68
- La population 1	68
- La population 2	70
- Un outil de travail innovant	70
11. Références bibliographiques	72
12. Annexes	75
- Annexe 1 : limites et intérêt de la classification	77
- Annexe 2 : Questionnaire	79
- Annexe 3 : Guide de remplissage du questionnaire	83
- Annexe 4 : Tableaux	93
- Annexe 5 : Figures	105
- Annexe 6 : Analyse factorielle et classification concernant la population 1	111
- Annexe 7 : Résultats de la classification hiérarchique dans la population 1	125
- Annexe 8 : Comité de pilotage et comité technique	187

Préface

La coupure entre sanitaire et social, actuellement si forte qu'elle semble, aux yeux des jeunes qui entrent dans la profession, avoir existé de tout temps, n'est que récente, partielle, et s'est installée souvent à notre insu. N'est-il pas temps de la réexaminer pour la relire d'une façon renouvelée, d'abord en s'interrogeant sur les besoins de la personne, ensuite en établissant des liens forts entre ces deux champs pour rendre possible une continuité de réponses aux besoins de chaque personne ?

Perspectives historiques

Un immense chemin a déjà été parcouru en trente ans grâce au travail remarquable de tous les professionnels de ces deux champs du sanitaire et du social. N'est-ce pas d'abord par une vision synthétique globale de l'histoire de la psychiatrie depuis deux siècles que nous pouvons percevoir la complémentarité de tous ces acteurs ? Ensuite est-ce que l'avenir des patients ne se tisse pas sur la capacité de liens et de continuité de ces mêmes acteurs entre eux et avec le tissu social au plus proche de chaque patient ? Il faut insister dès lors sur le fait que les différentes équipes actuellement au travail ne se sentent pas reconnues comme acteurs solides de ces liens. L'État et les médias ont là un rôle fort à jouer. Ne serait-ce pas aussi par une prise en mains par ces équipes elles-mêmes, toutes catégories confondues, que cette voie commune peut s'ouvrir ? Par exemple en étudiant le détail des résultats de cette enquête sur « *les patients au long cours* », non pas en termes de moyenne mais à un niveau local (leur niveau de proximité). À partir de là pendant une année de réflexion, toutes ces équipes ne peuvent-elles être mises en situation de « rêver » ensemble aux évolutions possibles, en s'appuyant d'abord sur la connaissance des besoins, pour aborder ensuite les utopies possibles et les réponses anciennes et innovantes qu'il serait utile d'associer ?

Du 7 au 12 septembre s'est tenu à Marseille un congrès national sur la question suivante : « *Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques* ». C'était en 1964 !

Il y a presque quarante ans en effet, lors du congrès annuel de neurologie et de psychiatrie de langue française (la séparation entre neurologie et psychiatrie n'aura lieu qu'en 1968), ce rapport était présenté par L. Le Guillant, L. Bonnafé, H. Mignot¹. Il est intéressant de noter d'emblée que ce rapport constituait comme chaque année le troisième rapport du congrès, après celui de neurologie et celui de thérapeutique c'était le *rapport d'assistance* ; cela rappelle qu'à l'époque, *thérapeutique* (les soins) et *assistance* (la réadaptation ou l'aide au handicap) étaient totalement associées.

Il est assez émouvant aujourd'hui, au moment où cette grande enquête sur les patients au long cours menée pendant deux ans en Île-de-France nous est présentée, de se reporter à ce rapport : il permet objectivement de nous aider à mesurer la distance parcourue. Rédigé admirablement par trois grands noms qui ont fortement marqué la psychiatrie de cette deuxième moitié du XX^e siècle (Bonnafé vient seulement de nous quitter cette année), et qui ont tous les trois participé à la construction de la politique de secteur consacrée par la circulaire du 14 mars 1960. Ils citent aussi bien Pinel, (qui dé-chaine), Parchappe (promoteur de l'asile de deux cents lits), Marandon de Montyel (champion de l'*open-door*), mais aussi le Pr Ball, hélas !², mais aussi déjà Foucault, qui, trois ans avant, venait de publier son « *Histoire de la folie à l'âge classique*³ »... Ce rapport de 382 pages nous est bien utile, car il fait le point, avant la mise en place du secteur, sur l'histoire des idées, celle des institutions, la place de la chronicité, le bilan sur trois services (chacun de 300 à 600 patients) non encore sectorisés, dix ans de suivis de patients, enfin le "programme" qui est « *centré sur la structure générale qu'est "le secteur"* », et en annexe, un modèle de convention de soins à domicile et un projet de centre de réadaptation sociale et médico-sociale » !!!

Il sera utile de comparer l'étude des besoins de leurs patients « chroniques » de 1963, et les résultats qu'apporte l'enquête sur les trois mille patients « au long cours » de l'Île-de-France de 2003, et leurs besoins actuels si finement décrits par toutes les équipes qui ont participé à cette gigantesque enquête. Nous verrons certes le saut qua-

1. LE GUILLANT L., BONNAFÉ L., MIGNOT H. « Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques » Rapport d'Assistance présenté au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 57^e session, Marseille, 7-12 septembre 1964.

2. « L'aliéné, disait celui-ci lors d'une leçon à Sainte-Anne en 1875, n'en est pas moins déchu de la haute dignité de notre espèce, et du moment qu'il a été marqué du signe officiel de la déchéance, il n'appartient plus à la vie, il est hors la loi... il faut que l'aliéné soit traité car il est susceptible de guérir, mais il faut qu'il soit enfermé, sans cela ses extravagances le conduiraient fatalement en prison... »

3. Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976, 583 p.

litatif fait sur les données chiffrées grâce aux méthodes d'enquête modernes ; mais la lecture des commentaires de l'époque reste intéressante, par exemple leur souci de fond était déjà de montrer comment l'aide aux familles était à travailler, et la réflexion sur les structures intermédiaires rendue possible par le secteur naissant permettait d'espérer beaucoup... Quels éléments de réflexion vont nous apporter les résultats de notre enquête contemporaine ? Allons-nous y trouver des motivations pour continuer à faire évoluer la psychiatrie en Île-de-France ? Allons-nous découvrir de nouvelles problématiques ?

De fait, quarante ans plus tard, il est possible de mesurer le chemin parcouru ! Si en 1965 certains services étaient déjà « humains », tels ceux de mes maîtres Mignot à Maison-Blanche ou Paumelle à Soisy, la majorité était toujours profondément asilaire ; hors de l'« asile », les hôpitaux de jour étaient exceptionnels et les dispensaires peu nombreux. Depuis, la politique de secteur a entraîné la création de huit cent vingt-neuf secteurs, et de ce fait autant d'équipes de psychiatrie générale, avec en plus trois cent vingt-et-une équipes de psychiatrie infanto-juvénile, et vingt-six en milieu pénitentiaire ; chacune d'elles ayant investi son secteur (certaines sont enfin arrivées à se déployer en totalité sur leur secteur, en relocalisant même leur service hospitalier en pleine ville et en en finissant ainsi totalement avec l'exclusion de la psychiatrie hors de la cité). Même si le résultat de cette démarche est inégal, en raison d'abord d'une inégalité de distribution initiale de moyens, mais aussi d'un investissement variable des psychiatres, l'évolution globale de la psychiatrie et le travail réalisé dans chaque secteur constituent une avancée formidable sur le plan de la santé en général en France et particulièrement en Île-de-France. La crise identitaire que traverse aujourd'hui la profession est, en partie au moins, l'effet de cette évolution, car nos objectifs doivent être réévalués, puisque les premiers sont au moins en grande partie atteints.

Auparavant, parmi nos souvenirs, n'oublions pas la situation de déshérence de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à cette époque ; ayant connu l'aberration des « dépôts » d'enfants comme celui de Saint-Vincent-de-Paul à Paris dans les années soixante, je tiens à vous renvoyer à l'article de mon maître Michel Soulé, J. Noël, « Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux »⁴ évoquant la situation d'abandon des enfants avant le développement de la psychiatrie infanto-juvénile. Il serait insupportable que la réflexion, qui devra être de grande ampleur, laisse de côté la psychiatrie infanto-juvénile, même si l'enquête n'inclut pas les enfants actuels.

4. Michel SOULÉ, J. NOËL, « Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux », *Psychiatrie de l'enfant*, vol XIV, fasc. 2, PUF, 1971.

La psychiatrie de secteur, qui s'est depuis déployée, était et reste basée sur une conception globale de l'homme dans sa citoyenneté et s'est appuyée sur une hypothèse clinique exprimée dès la première circulaire de mars 1960 : « *une équipe pluridisciplinaire est mise au service d'une population déterminée pour répondre à la diversité de ses problèmes de santé mentale quelle qu'en soit la nature, en s'appuyant sur les ressources de cette même population, c'est-à-dire dans et avec l'environnement de chaque patient* ».

Les « *fondamentaux* » cliniques de la psychiatrie de secteur ont pu par la suite être travaillés :

- la référence constante à l'humain dans la philosophie du soin de chaque équipe, aussi bien que dans le choix de détail de la dimension des espaces de soin et de la recherche de leur qualité ;
- la disponibilité des soignants (donc la proximité-accessibilité des lieux de soin) ;
- la continuité des soins ;
- la contextualité (l'appui du soin sur les personnes entourant chaque personne malade) ;
- la prévention, axe fondamental, le seul que nous ayons laissé en jachère alors qu'il est primordial.

Nous ne décrivons pas ici le contraste considérable entre l'état de la psychiatrie des années soixante, reléguée, honteuse, que nous avons connue, et l'actuelle, qui fait peu à peu partie de la vie quotidienne, devenue accessible chaque fois que cela est utile.

Cependant il est essentiel d'en tenir un tableau complet car c'est seulement à sa lumière que nous apprécierons ses réalisations si diversifiées, la professionnalité de ses acteurs, la richesse de leurs liens ; nous serons alors moins impressionnés par les demandes croissantes qui s'adressent à la psychiatrie, elles sont les preuves de son succès ; ces dernières nous obligent à réfléchir à nouveau sur la psychiatrie qu'il est utile de mettre en œuvre aujourd'hui, pour qu'elle soit adaptée à la société actuelle et à ses problématiques. La société change, c'est l'art de la psychiatrie que de changer aussi. Le changement réalisé pendant les trente années précédentes est prodigieux, il ne peut que se poursuivre.

Mais un décalage, non évident d'emblée et restant incompréhensible pour les usagers, s'est établi subrepticement au cours de ces mêmes trente années. Contrairement à ce qui se passait dans les années soixante et avant, la psychiatrie de secteur (le service public) ne s'est totalement développée que dans l'espace sanitaire et elle a peu à peu,

plus ou moins consciemment, laissé hors de son champ l'assistance et la réadaptation, devenues à partir de 1975 le champ du handicap (appelé aussi le champ social). L'enquête qui nous est soumise nous oblige heureusement à nous pencher sur ce constat.

En effet, comme le racontent J.-F. Bauduret et M. Jaeger dans leur excellent livre « *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation* »⁵, une loi a été promulguée à l'insu des soignants avant la mise en place des secteurs. Ce fut la loi du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière. Dans son article 51 cette loi recentre l'hôpital sur ses seules activités sanitaires : « *L'État, ayant constaté l'absence de savoir faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social des enfants de l'ASE et des enfants handicapés, des personnes âgées et des adultes handicapés* » décide de demander aux établissements hospitaliers de se limiter aux soins, et prévoit de faire paraître des décrets pour préciser comment seront dans la suite gérées les structures sociales et médico-sociales. En fait, précisent nos auteurs, il faudra cinq ans pour que le projet de décrets se transforme en loi. La loi de 1975 consacra l'autonomie du secteur social et médico-social. Il est pertinent de remarquer que cette loi de 1970 n'était pas orientée vers la psychiatrie, elle concernait l'ensemble de la médecine ; en effet dans le champ de la médecine générale il semble que l'on ait laissé croire auparavant que les patients « chroniques » pouvaient être mis à part et délaissés, alors que la psychiatrie s'est toujours refusée de voir son champ divisé en soins aigus et en soins chroniques. Nous allons voir rapidement qu'à partir de cette loi la psychiatrie de service public va être entraînée dans une évolution qu'elle n'avait pas recherchée.

Par contre, la psychiatrie libérale associative, qui n'a pas été directement impliquée dans le secteur, s'est fortement développée d'elle-même dans des réalisations relevant essentiellement du champ social et du médico-social, et dans certains cas même en associant sanitaire et social (ce que n'allait plus pouvoir faire le public par la suite).

Il existe donc aujourd'hui un décalage entre le champ sanitaire surtout développé dans le public, et le champ social et médico-social surtout développé dans le privé, décalage souvent prétexte à rivalités.

Cette évolution « spontanée » a été plutôt la conséquence des dispositions législatives qu'elle n'est le résultat de positions idéologiques des différents professionnels. Il est temps aujourd'hui de mettre tout ceci à plat en montrant la complémentarité de ces évolutions du sanitaire et du social, d'en saisir les racines cliniques, de s'appuyer sur ces

5. Jean-François BAUDURET, Marcel JAEGER, *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoire d'une refondation*, Paris, Dunod, 2003.

différences complémentaires, sur le dynamisme de chacun, pour répondre au mieux aux besoins des patients et des familles qui restent le moteur fondamental de notre évolution.

Cette enquête sur les patients au long cours qui nous est proposée aujourd'hui constitue une remarquable opportunité, car elle ouvre immédiatement sur une prospective. Le drame de la canicule de cet été nous montre, sans aucune hésitation possible, que cette tâche prospective est une exigence de santé publique collective qui concerne l'ensemble de ses acteurs. Nous savons tous aujourd'hui que l'hospitalisation au long cours n'est pas la meilleure ni la seule réponse possible à la « chronicité » d'un trouble psychique grave ; et nous venons de constater parallèlement cet été que l'isolement est le danger immédiat qui guette chaque patient vivant dans la Cité.

Le champ de la psychiatrie et le champ social

Quelles questions se posent à partir de l'évolution distincte dans le champ de la psychiatrie et dans le champ social ? Distinguons ce qui s'est réalisé dans le service public et dans le privé.

Le service public

Dès que les équipes de secteur ont commencé à ouvrir des lieux de soins à temps partiel, dans les années quatre-vingt, elles ont fait le constat, inattendu et très pénible, que les patients, hors des soins, se trouvaient en grand désarroi pour mener leur vie quotidienne : ils ne la prenaient pas en mains. À partir de là, beaucoup d'équipes ont décidé de développer des activités adaptées à ces besoins dans le cadre de leur association 1901, dite « de secteur », laquelle ne s'était jusqu'alors occupée que des activités internes au service hospitalier : dans cette association les soignants vont créer des appartements associatifs, des recherches d'emploi et même, après 1987, de petites entreprises d'insertion par l'économique... car il n'y avait quasiment rien sur le terrain autour de nous (la loi de 1975 n'avait rien créé). Puis, au bout de dix ans, force a été de reconnaître pour la plupart que nous n'avions ni les compétences, ni les moyens pour aboutir à de réelles réussites sociales. Nous ne prenons pas ces arrêts comme des échecs, car les soignants y ont acquis des compétences psycho-sociales remarquables. Mais la portée de ces associations est toujours restée limitée, eu égard aux besoins de la population concernée dépassant de très loin les « files actives ».

Cet effort se nourrissait d'un certain nombre de convictions et a été l'occasion de nombreuses découvertes pour les soignants qui continuaient dans leur pratique à associer soin et réadaptation :

- la conviction que l'équipe de secteur, comme les soignants de l'asile, avait pour tâche de répondre à « tous » les besoins des patients (c'est le désir de poursuivre l'héritage de nos anciens qui avaient toujours associé soins et assistance) ;
- la conviction que le lien de base entre un patient et un soignant, a fortiori avec une équipe, est basé sur le désir et le souci de « répondre à tous les besoins du patient » ; nous sommes toujours pris là dans une histoire d'amour ; cette proximité si forte, d'âme à âme, impose l'engagement dans un contrat tacite relationnel qui ne saurait être divisé en morceaux séparés : d'un côté une souffrance d'un patient est travaillée par un soignant, de l'autre une autre souffrance de la même personne est soumise à un acteur social, cela paraît peu justifiable ; tout soignant a besoin de se sentir exercer une continuité ; il est difficile d'affirmer qu'il y aurait un espace pour la souffrance dans le soin et un autre pour la souffrance dans la vie sociale ;
- ensuite, puisque la notion de handicap a été peu à peu reconnue, nous en avons peu à peu tenu compte, mais la réalité de la souffrance psychique nous paraît la même dans le cadre du soin à l'égard d'un trouble que dans le cadre de l'aide au handicap pour la même personne ; d'autant que nous avons peu à peu compris que le handicap, qui nous paraissait mis à distance du soin par les dispositions administratives, était constamment lié au trouble. Certes on en parle plus clairement aujourd'hui en termes de déficience, d'incapacités, de désavantage social, et nous constatons aussi que le handicap est présent dès l'émergence exprimée d'un trouble, quand ce n'est pas le handicap qui apparaît en premier ; comment alors distinguer troubles et handicaps comme étant des faits différents pour la même personne ?
- enfin, plus subtilement mais plus fondamentalement, il paraît justifié d'être attentif aux fonctionnements psychiques qui sont à l'œuvre dans le soin et à ceux qui le sont dans l'action sociale chez une personne qui est malade, qui souffre ; cette personne va arriver, grâce à l'une ou l'autre de ces interventions, à s'approprier sa vie pour accéder à une place sociale grâce à un nouage de liens avec d'autres personnes (dans la vie comme dans la recherche d'un emploi). Les deux acteurs, pour avancer sur ce terrain avec le patient, vont s'appuyer de la même façon : sur des processus de reconnaissance narcissique et sur leur consolidation, sur des processus d'identification, et enfin sur un déclic transférentiel qui fait naître le désir et permet à la personne de s'investir dans un nouvel échange ; nous observons un même fonctionnement psychique, le même résultat, mais avec des « outils » diffé-

rents, l'un psychothérapique, l'autre social ; cela nous oblige à douter de la pertinence de la séparation soin-aide au handicap.

|| La psychiatrie libérale et associative

Les acteurs de la psychiatrie libérale et associative (les associations 1901 sont des structures privées) vont montrer eux aussi qu'ils séparent difficilement, dans leur évolution, soin et assistance :

- nous avons vu dans le passé que l'asile, qu'il fût privé ou public, ne séparait pas soin et assistance ;
- la psychothérapie institutionnelle est née dans le public à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en 1942 en pleine guerre, grâce à la mise en commun du soin et de la lutte pour la survie, en ouvrant les portes de l'asile et en créant un club grâce auquel les moyens de survie de la campagne environnante étaient co-gérés par soignants et patients ; ce club a permis à l'ensemble de ses acteurs de se saisir de cet élément de réalité pour dépasser souffrance interne et oppression extérieure, les patients ont pu survivre et au total aller de mieux en mieux ;
- l'ouverture de la clinique de Laborde par Oury et Guattari en 1950 va pérenniser jusqu'à aujourd'hui cette pratique remarquable, basée sur le bien-fondé de « tout faire » sans discontinuité avec le patient, c'est-à-dire associer quotidiennement soin et vie, ou soin et aide au handicap, en impliquant le patient comme acteur de ses soins et de sa vie ;
- dans les années cinquante, des expériences pilotes se font autour de deux psychiatres prestigieux : les CTRS⁶, dans les hôpitaux de Villejuif avec Le Guillant, et de Ville-Evrard avec Sivadon, installant dans de bonnes conditions la réunion de soins et d'ateliers de réadaptation étroitement associés ; cette expérience positive n'a pas été prolongée ;
- en 1956, Sivadon est appelé à participer à la création de la psychiatrie dans la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGÉN) ; on pourrait dire qu'il y a réalisé la sœur et l'antithèse du secteur ; son hypothèse était de soutenir que l'un des appuis essentiels de l'enracinement narcissique de chacun pour s'approprier sa vie peut être la profession (au lieu d'être la Cité selon l'hypothèse du secteur) ; de ce fait rassembler les soins concernant la totalité des membres de l'Éducation nationale (pour plus d'un million et demi de fonctionnaires) a constitué une base commune très forte, tout en associant fondamentalement la référence à la réadaptation et aux soins (mais l'expérience n'est pas généralisable à l'ensemble de la population, et laisse de côté l'autre aspect de

6. Centre de traitement et de réadaptation sociale.

l'enracinement qu'est la famille) ; elle se poursuit avec satisfaction aujourd'hui, pour ce secteur professionnel ;

– en 1955, Paumelle, dans le XIII^e arrondissement de Paris, crée une association fondée sur l'idée du travail de secteur avant la lettre ; cette expérience, longtemps homologuée comme le laboratoire de la psychiatrie de secteur, perdure ; elle a toujours associé soins et une part de réadaptation ;

– en 1960, Hochmann fonde à Lyon l'association Santé mentale et communauté qui, avant le secteur, va établir un pont entre soins et réadaptation ; cette expérience longtemps admirée, n'a pas abouti à l'union du public et de l'associatif ;

– tout au long de cette période, jusqu'à aujourd'hui, la Fédération des associations de Croix-Marine a rassemblé des centaines d'associations ayant établi, à des degrés très variés, les liens entre soins et réadaptation ou aide au handicap ;

– d'autres encore, comme la SPASM et l'œuvre Falret à Paris, ont construit de belles réussites privées sur cette combinaison soins-réhabilitation ;

– des hommes du service public, tel que Tony Lainé, ont affirmé et montré que des activités, comme celle de faire jouer le rôle de professionnels dans un restaurant, « soignent » mieux et plus vite de jeunes psychotiques avec un outil de réadaptation, qu'avec des soins isolés ;

– l'Association mondiale de réhabilitation psychosociale créée à Lyon dans les années quatre-vingt a réuni des acteurs sur le plan mondial ayant de façon variée cette double polarité ;

– bien d'autres acteurs encore... Ce qu'il faut souligner, c'est que tous ces acteurs, nombreux en France, ont été et sont persuadés qu'ils ont raison – encore aujourd'hui – d'associer soins et réhabilitation (ou encore, selon les préférences de termes, réadaptation, aide au handicap).

Enfin soulignons que, dans de très nombreux autres pays que la France, la continuité entre soins et aide au handicap fait partie d'une politique globale de la santé ; en particulier en Italie, où ce lien, surtout dans certaines régions, a particulièrement réussi, même si dans d'autres régions la psychiatrie semble laissée en jachère.

|| **Le champ social et médico-social**

Mais le champ social et médico-social est plus vaste. Il est clair que, pour avoir une vue d'ensemble de la réalité, il faudrait faire ici

aussi le même travail d'élucidation de tout ce qui s'est réalisé dans ce champ avant et après 1975. Mais ce que nous savons c'est que ce champ-là, comme celui du soin, est basé sur deux attitudes : un grand nombre de structures font excellentement bien leur travail, dans l'espace prévu, qui est le social ou le médico-social ; et parmi les autres, certains sont très critiques à l'égard de ce qu'ils jugent « chez l'autre » champ comme des insuffisances du champ sanitaire (public comme privé) ; certains débordent sans crainte de leur champ social et se déploient dans des activités sanitaires sans compétence ni contrôle, tout en critiquant le même défaut chez certains acteurs du champ sanitaire (ce qui, nous le savons, n'est pas toujours inexact).

|| Une évolution différente des champs sanitaire et social

Rappelons ce qui a marqué la différence d'évolution entre ces deux champs, sanitaire et social médico-social :

- le sanitaire s'est, dans sa majorité, déployé dans le service public, et ses activités sont repérables ; ainsi une coordination paraît possible, car un minimum de planification existe (le déploiement des équipes de secteur s'est réalisé sur tout le territoire français) ;
- de plus le service public, lui, est « obligé » (c'est sa mission de « service public ») de recevoir tous les patients de son secteur, contrairement au privé ;
- le social et médico-social est resté, pour sa plus grande part, dans le privé-associatif, il s'est développé sans coordination, son importance n'est pas facile à préciser, il n'existe que peu d'obligations à son égard.

De ce fait la coordination, qui s'avère être une question centrale concernant les deux champs, n'est pas du tout évidente à promouvoir.

|| Des innovations sont en marche

Pourtant, d'autres éléments sont à prendre en compte.

|| Des lois pour améliorer l'interpénétration des champs sanitaire et social

L'État d'abord n'a cessé de réviser sa copie sur cette coupure instaurée par la loi de 1970 :

- et cela dès la loi de 1975, qui, à côté du champ social, a établi le « médico-social » ; ce dernier intègre bien une implication « médi-

cale » ; notons pourtant que ceci n'est pas toujours en faveur de la psychiatrie, car pour établir le lien entre le soin psychiatrique et la réhabilitation, le médecin généraliste n'est pas le mieux placé ; la formation médicale a souvent laissé de côté la psychiatrie, quand elle ne la méprise pas nettement, (il y a des exceptions, elles valent la peine d'être précisées, ainsi celle de notre maître le professeur de médecine interne Henri Péquignot⁷, qui vient de disparaître, fin septembre 2003, alors qu'il est déjà cité avec admiration en 1963 dans le rapport de Le Guillant et col, p 4 et 65) ;

– les textes officiels, décrets de 1996 viennent amoindrir la rigueur initiale de la loi de 1975, en donnant aux hôpitaux la possibilité de créer et de gérer des services sociaux et médico-sociaux (ordonnance du 24 avril 1996) ; en réalité ils ont été peu utilisés en Île-de-France ;

– la proposition de « réseau », contemporaine, est un essai pour combler le fossé, mais pour qu'elle ne constitue pas une fausse réponse cette proposition doit être travaillée (en effet le réseau ne doit pas être une nouvelle instance qui écrase encore plus la personne qui souffre – ce serait le cas s'il était très distant d'elle, donc inhumain, anonyme –, ni une pseudo obligation inter-institutionnelle qui donnerait bonne conscience aux institutions, mais dépersonnaliserait les acteurs) ; en effet le réseau doit être accompagné de toute une suite de précisions, il ne doit pas faire l'économie de l'élaboration d'une « politique » de soin et d'aide au handicap avec ses idées, sa stratégie, son application ;

– la rénovation en cours de la loi de 1975, comme la loi de janvier 2002, semble faire preuve d'une réelle « volonté de décloisonner le sanitaire et le social », et cherche à donner un nouveau climat à ces deux secteurs, en impliquant fortement les usagers et en insistant sur leurs droits ; son article L.312-7 permet ce décloisonnement grâce à une nouvelle « boîte à outils » favorisant les complémentarités et lançant des passerelles, (convention entre établissements sanitaires et sociaux ou médico-sociaux ou d'enseignements, des groupements d'intérêt économique et d'autres d'intérêt public, des syndicats inter-établissements ou des groupes de coopération sociale et médico-sociale) ; mais les textes officiels sont une chose, et la conviction interne à la pensée des acteurs et des institutions, sont autre chose. L'élément qui devrait être déterminant pour favoriser ce changement d'état d'esprit sera la transformation des relations entre usagers et professionnels des deux champs ; la richesse potentielle de cette loi de rénovation et de celle qui est en préparation paraît donc considérable, d'abord pour l'exploration des solutions à développer dans le champ social et médico-social, puis pour établir

7. PÉQUIGNOT Henri, GATARD Marie, *Hôpital et humanisation*, Paris, ESF, 1977.

des ponts avec le sanitaire, mais elle reste encore très méconnue des acteurs, et les décrets d'application sont en préparation ;

– la loi de mars 2002 a tenté d'assouplir les règles qui étaient en train d'écraser les associations 1901, proches acteurs du sanitaire dans le champ social.

|| La notion de handicap revisitée

La notion de handicap a fait l'objet de nombreux travaux cherchant à la mettre plus à la portée de chacun : le livre de Chapiro et col.⁸, ses travaux dans la continuité des travaux de Wood (différenciant déficience, incapacité, désavantage social), les nouvelles présentations du handicap venant du Canada.

|| L'arrivée de nouveaux acteurs sur la scène publique

Ce sont les usagers, l'UNAFAM⁹, la FNAPSY¹⁰, qui ensemble depuis quatre ans ont abordé cette question de façon solide, déterminée et claire, en particulier dans le *Livre blanc de la santé mentale* :

– d'abord ils ont pointé le fait que *l'isolement* constituait un vrai symptôme qui devait être pris très au sérieux et faire l'objet d'une attention précise (les conséquences de la canicule de cet été ont montré dramatiquement que ce danger touchait aussi une grande partie de la population générale faite de personnes fragiles et peu autonomes) ; ils ont mis en évidence la nécessité d'un « accompagnement social » pour y faire face ;

– ils ont affirmé aussi avec force qu'il y avait dans cet ensemble une population dont « *l'existence n'était toujours pas reconnue par la société* », celle des « *handicapés psychiques* » ; ce sont une grande partie des malades psychiatriques qui n'ont pas de déficience intellectuelle, mais qui présentent des troubles psychiques et relationnels associés ou résiduels entraînant des difficultés dans leur vie quotidienne, ces troubles sont variables et imprévisibles ; si ce handicap est reconnu par l'Allocation adulte handicapé (AAH), force est de constater que celle-ci n'est associée à aucune mesure de compensation pour les difficultés de leur vie sociale ; leurs besoins ne correspondent pas aux CAT proposés aux handicapés intellectuels, d'autant que les handicapés psychiques refusent la plupart du temps toute entrée dans un établissement. (Osons

8. CHAPIREAU François, CONSTANT Jacques, DURAND Bernard. *Le handicap mental chez l'enfant*, Paris, ESF, 1997, 215 p.

9. Union nationale des amis et familles de malades mentaux.

10. Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie.

reconnaître que la portée de ces deux faits « cliniques » – l’isolement et le handicap psychique – avait jusqu’alors peu frappé les soignants) ;

– enfin, devant ce constat, ils ont défini un « *programme de réponses en six points* », lequel, soit dit en passant, intègre dans un même ensemble le soin et l’aide sociale :

- des soins adaptés à chaque personne ;
- des ressources financières suffisantes pour permettre l’autonomie ;
- un logement, à chaque fois que nécessaire, grâce à une très grande variété de formules, selon les besoins et les capacités de la personne, et, le plus souvent possible, associé au point suivant ;
- un accompagnement social dans ses diverses formes : l’État actuellement reprend à son compte les projets d’actions médico-sociales type SAMSAH¹¹ incluant les interventions à domicile, et d’actions sociales type SAVS¹² élaborant des actions d’intégration à la vie sociale grâce à des actions diverses d’accompagnement ; à ces deux types de structure, les usagers demandent que soit ajouté le CLUB, comme espace social où la personne vient librement et peut s’approprier dans le cadre associatif ce qui va lui permettre d’acquérir elle-même son autonomie et sa pleine capacité citoyenne ; toute personne présentant une souffrance psychique doit pouvoir, mais seulement si elle le veut, être accueillie dans un club sans que rien ne lui soit demandé ; grâce aux échanges solidaires auxquels elle participe elle y vivra l’émergence de son désir de prendre sa vie en mains et nous verrons se renouveler les processus sociaux autour d’elle ;
- en cas de besoin, une aide juridique ;
- quand c’est possible, un soutien à la formation professionnelle et à l’entrée dans la vie active.

Ce programme, les usagers s’efforcent de le faire reconnaître à l’ensemble de leurs partenaires, sanitaires, sociaux et politiques.

|| L’engagement des élus dans le débat

L’engagement enfin direct, dans le débat, d’hommes politiques et d’élus se fait jour actuellement. Ainsi Michel Charzat, député de Paris qui, à sa demande, a été chargé par le ministre de l’époque de rédiger un rapport sur les handicapés, rapport rendu public en avril 2002. Ce rapport montre excellemment que, sans attendre de nouvelles mesures

11. Service d’accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

12. Service d’accompagnement à la vie sociale.

gouvernementales, des ponts peuvent être établis entre les soins et le social et faciliter l'intégration des handicapés, tout en les faisant mieux connaître.

La Mairie de Paris, en janvier 2003, sous l'impulsion de A. Lhostis, maire adjoint auprès de B. Delanoë, accompagné de Madame Gouriou, conseillère de Paris, a organisé à l'Hôtel de Ville, une première grande rencontre avec six cents personnes autour de la santé mentale de la capitale ; la mairie de Paris continue sur sa lancée en instituant des rencontres annuelles. La prochaine sera consacrée à la psychiatrie infanto-juvénile, soutenues par six groupes de travail permanents sur les axes essentiels du sanitaire et du social... constituant ainsi « le premier conseil de santé mentale de l'histoire de la capitale ».

|| **La psychiatrie continue à se mettre en question**

La psychiatrie entre temps continue à se mettre en question. Un exemple peut être pris sur la question de l'urgence qui ne peut être abordée qu'avec professionnalité et en prenant de la distance par rapport au grand spectacle des médias. Le travail d'accueil et de crise, qui est basé sur la disponibilité permanente qu'une équipe de secteur propose localement dans son secteur, montre qu'avant l'urgence, il est possible et préférable de proposer aux personnes qui commencent un épisode psychique bruyant et douloureux, une réponse immédiate, solide, et se déroulant avec le temps suffisant hors hôpital. Nous ne répéterons jamais assez qu'en psychiatrie le meilleur moyen de répondre à l'inflation croissante et illimitée de l'urgence, (l'une des entraves majeures au bon fonctionnement de la médecine et de la psychiatrie actuellement), c'est d'intervenir « avant », ce qui justifie une disponibilité maximale et première des soignants du secteur dans le tissu social de leur secteur, disponibilité aux demandes de soin complexes, à la demande des familles, et même à domicile (alors que les services de psychiatrie dans les urgences des grands hôpitaux, tout en réunissant une équipe de remarquables soignants, sont dans l'incapacité de connaître avec la précision qui s'impose le tissu social de soutien d'une population de quatre à six cents mille habitants ; cette connaissance est la référence essentielle, grâce à laquelle le patient s'appuie d'emblée sur les ressources humaines toujours considérables de son propre entourage). Et précisément, là, l'expérience nous a appris que cet accueil devait, dès le début des échanges, être attentif aussi aux besoins concernant le registre du handicap de la personne.

|| **Le champ social poursuit son évolution**

Le champ social, de son côté, continue à évoluer. Nous n'en reprendrons qu'un modeste mais remarquable exemple. Celui de

l'UNASSAD¹³. Nous pouvons y rencontrer un nombre très important d'intervenants, nouveaux travailleurs sociaux déployés auprès des personnes âgées, et réalisant un travail d'accompagnement en tout point remarquable ; ce sont surtout des « auxiliaires de vie sociale » et assistantes de vie, encadrées et formées par cette association, appuyant leur travail dès qu'il se complexifie, comme pour les problèmes psychiques, sur des groupes de coordination gérontologique où s'élabore l'action la mieux adaptée à chaque situation et à son évolution (dans ce souci de coordination locale nous retrouvons l'âme même de l'action d'une équipe de secteur psychiatrique, quand celle-ci reste souple et ouverte sur le milieu proche de chaque patient, au lieu de se limiter aux liens d'institution à institution).

Conclusion

Au total, dans les deux champs, sanitaire et social médico-social, de considérables innovations se sont déployées. Un bilan est à faire pour les faire connaître mutuellement aux acteurs des deux champs, aux usagers, à leur entourage, à l'ensemble de la population.

Rappelons la proposition de départ : ne pourrait-on imaginer que, à l'occasion de la publication des résultats de cette enquête sur les patients au long cours en Île-de-France, une large concertation soit rendue possible aux équipes de secteur avec leurs partenaires sociaux et médico-sociaux, à l'échelle locale de quelques secteurs, afin d'obtenir les réponses possibles, nouvelles, nourries aux rêves mais aussi aux utopies de chacun ?

Ne négligeons pas un fait d'apparence latérale : la stigmatisation ; notons qu'elle est le premier frein à l'égard de cette action dans la société, et qu'elle se développe autant à partir de la société « contre » ceux qui souffrent, qu'à partir de ceux qui souffrent « contre » la société actuelle, qu'ils apprécient souvent comme... folle. Les patients handicapés pensent souvent que cette société est folle... d'autres aussi d'ailleurs. Question qui n'est pas que philosophique (soulignons que la philosophie est au cœur de la psychiatrie, car elle parle de l'homme, d'abord).

Donc, si l'on tient compte de la certitude d'un grand nombre d'acteurs sur deux points : tout d'abord que la globalité des troubles et des déficiences concernant une même personne est bien l'objectif essentiel, et ensuite qu'il existe en France, pour la même personne deux types d'acteurs – sanitaires, et sociaux – n'est il pas possible :

13. Union nationale des associations de soins et services à domicile.

- de tenir un discours cohérent, sur l’homme et sa globalité, discours qui serait tenu par l’ensemble des deux catégories d’acteurs, rassemblés dans une même complémentarité, (ce que demande vivement un philosophe attentif à l’évolution de la psychiatrie comme Francis Jeanson¹⁴) ;
- de promouvoir le développement simultané de ces deux champs sanitaire et social avec des moyens suffisants, associés à des pistes permettant de favoriser la complémentarité indispensable entre eux ;
- d’installer la « gouvernance » de chaque démarche, non à partir d’une institution ni d’un réseau, mais à partir de la personne qui souffre – sujet, citoyen, personne – en s’appuyant sur la continuité à établir entre soins et aide au handicap dans son accompagnement ?

Cette convergence pourrait-elle être l’utopie à poursuivre à partir de 2003 ? Ne faut-il pas, en effet, une nouvelle utopie pour oser imaginer l’avenir ? Ce qui compte, au fond, pour l’avenir de la personne, ne serait-ce pas, plutôt qu’une liste complète de ses troubles et de ses handicaps, la recherche de ses potentialités, ainsi que celles de son entourage ? N’est-ce pas sur ce point que ces acteurs peuvent réellement converger ?

Guy Baillon¹⁵

14. JEANSON Francis, *La Psychiatrie au tournant*, Paris, Seuil, 1987.

15. Psychiatre des hôpitaux honoraire (Bondy Ville-Evrard, 93)

1. Introduction

Parmi les patients accueillis dans les structures de soins psychiatriques, une partie d'entre eux y séjournent depuis plusieurs années. La problématique de la présente étude concerne ces patients pris en charge au long cours. Le constat de départ stipule que leurs besoins ne sont que partiellement comblés. En Île-de-France, se pose de surcroît le problème du grave déficit des places dans le secteur médico-social. Les équipes psychiatriques tout comme les autorités régionales chargées de la planification sont ainsi à la recherche « *d'initiatives pour développer des prises en charge plus diversifiées et mieux adaptées aux besoins des patients* »¹⁶.

À partir de ces constats, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF) a décidé de mener une étude régionale avec, pour objectif principal, d'identifier les caractéristiques des situations de vie de cette population spécifique afin de mettre en œuvre des actions permettant de mieux répondre aux diverses problématiques ainsi repérées. Cet objectif général laisse toutefois la problématique ouverte aux divers développements pouvant en découler.

L'ARHIF demande à la Mission nationale d'appui en santé mentale de participer à la conduite de ce projet, qui est placé sous la responsabilité du Docteur Caillault, alors psychiatre au CHU de Nantes, puis au CASH de Nanterre, chef de projet. C'est dans ce cadre que les chercheurs du CEDIAS - Délégation ANCREAI Île-de-France interviennent afin de participer à la construction d'un outil d'investigation et d'assurer l'exploitation et l'analyse des résultats de l'enquête. Pour suivre et valider ce travail, un comité de pilotage et un comité technique ont été constitués.

Le comité de pilotage mis en place par l'ARHIF est composé des représentants des principaux acteurs du champ sanitaire et médico-social, qu'il s'agisse des administrations (DRASSIF, DDASS, CRAMIF, AP-HP)¹⁷, des associations (URIOPSS, UNAPEI)¹⁸, des usagers (FNAP-

16. Terme de la demande telle qu'elle a été formulée par l'ARHIF.

17. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (DRASSIF). Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Caisse régionale de l'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF). L'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP).

18. Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS). Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI).

PSY, UNAFAM)¹⁹, des établissements (FEHAP, URHIF, secteur privé)²⁰, des professionnels (Association des infirmiers en santé mentale, conférences régionales des CME de CHS et d'HG, association DIM²¹), auxquels s'ajoute la Mission nationale d'appui en santé mentale.

Le comité technique, composé des médecins DIM, des psychiatres ainsi que des personnels soignants, des directeurs, des représentants de malades et de leurs familles et des personnalités qualifiées, a pour mission d'élaborer le questionnaire et de suivre les différentes étapes de sa réalisation et de son traitement.

L'analyse quantitative a été suivie en continu par ces deux comités, enrichie par les différentes remarques et suggestions émises tout au long du travail analytique.

Les objectifs spécifiques de l'étude lancée par l'ARHIF visent à recenser et décrire les situations de dépendance institutionnelle en Île-de-France et à identifier les besoins en fonction des capacités d'autonomie, des habitudes de vie et des caractéristiques psychosociales des patients, en tenant compte des environnements sociaux et familiaux. Il s'agit notamment de construire des critères qui aident à mieux repérer les éléments explicatifs de la pertinence de la prise en charge actuelle.

La population dite des « patients au long cours » a été définie de la manière suivante : toute personne prise en charge en psychiatrie à temps plein, et qui se trouve dans cette situation depuis au moins les neuf mois précédant la date de l'enquête. Toutefois, aux yeux des professionnels de la psychiatrie, ces deux critères relatifs au type de prise en charge et à sa durée n'étaient pas suffisants pour étudier la dépendance institutionnelle. Par conséquent, et dans le but de ne pas écarter de fait une partie de la population prise en charge de manière chronique, une définition complémentaire a été établie ; il s'agit de la « population 2 ».

Les critères de sélection de l'échantillon ont alors porté sur ces deux définitions de la dépendance institutionnelle :

– d'une part, la **population 1** regroupe les patients pris en charge en structure de soins psychiatriques à temps complet (ou par toute autre structure avec hébergement associé) et ayant séjourné pendant plus de

19. Fédération nationale des associations de patients en psychiatrie (FNAP-PSY). Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM).

20. Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP). Union hospitalière de la région Île-de-France (URHIF).

21. Commission médicale d'établissement (CME) des Centres hospitaliers spécialisés (CHS) et d'Hôpitaux généraux (HG). Association des responsables des Départements de l'information médicale (DIM).

80% de temps dans l'année précédant le jour de l'enquête (durée supérieure ou égale à 9 mois).

– d'autre part, la **population 2** concerne les patients ne répondant pas aux critères de durée de séjour de la population 1, mais qui sont considérés par l'équipe qui les prend en charge comme inscrits dans un processus de dépendance institutionnelle, et ce quels que soient la durée de séjour, les types et les modalités de prise en charge.

Si la population 1 est *a priori* assez fiable du fait qu'elle répond à des critères objectifs, la population 2 reste quant à elle plus difficile à estimer dans la population générale. En effet, sa définition tient à la seule appréciation de l'équipe soignante, sans critères de sélection objectifs fixés au préalable contrairement à la population 1. Cette appréciation est donc fortement dépendante des orientations thérapeutiques, des engagements et des pratiques très variés d'une équipe à une autre.

Il est important de souligner que les résultats présentés dans ce document portent sur des situations de personnes sédentarisées institutionnellement en psychiatrie ; y échappent notamment tous les sujets issus de populations fortement précarisées, fréquemment sans domicile fixe, pour lesquels les dispositifs sectoriels s'avèrent le plus souvent défailants²².

L'objectif de la recherche est donc d'analyser les situations de handicap psychique, en considérant que pour une partie importante de la population 1, ces situations se comprennent dans un environnement institutionnel surdéterminé par une hospitalisation à temps complet. Pour une minorité de la population 1 et pour une grande partie de la population 2, cet environnement sanitaire institutionnel est plus diversifié, entre séjours complets à l'hôpital pour certains, jusqu'à des rencontres épisodiques avec une équipe de soins pour d'autres, en passant par toutes les formules mixtes possibles de prise en charge sanitaire.

Pour tous, l'enquête prend en compte d'autres environnements comme la famille, en fonction de son existence et de la fréquence des relations avec le patient, ainsi que d'autres cercles relationnels possibles, au travers des activités réalisées (formation, travail, loisirs...). Les aptitudes liées au fonctionnement intellectuel ainsi que les habitudes de vie de la personne se comprennent donc aussi en fonction de ces différents environnements.

22. Nous faisons référence ici, entre autres, à une partie de la population souffrant du « syndrome de désocialisation » décrite par Patrick DECLERCK dans *Les naufragés*, Paris, Terre humaine, 2000.

Ce choix de méthode d'approche d'une situation à un temps T peut permettre ultérieurement, à un temps T', d'analyser l'influence des changements environnementaux éventuels sur les autres dimensions qui constituent la situation de handicap psychique : la ou les pathologies, les aptitudes ou les habitudes de vie²³.

2. Méthodologie de l'enquête

L'élaboration de l'enquête, sa mise en place, son traitement et sa validation ont demandé trois ans de travail (2000-2003). Le comité technique a suivi, étape par étape, les différentes phases de l'enquête, enrichissant la démarche et les analyses par ses commentaires et suggestions. Le comité de pilotage a été réuni à l'issue de chaque grande phase afin de valider la méthode et les résultats (validation de la version finale du questionnaire, de la méthode, des résultats descriptifs, de la classification et du rapport final).

|| Élaboration du questionnaire

Le comité technique, mis en place en 2000, a construit le questionnaire en six domaines d'information :

- les types de structures sanitaires fréquentées par le patient et le type de soins reçus ;
- les diagnostics et symptômes ;
- les aptitudes (ou capacités) élémentaires et supérieures ;
- les habitudes de vie et réalisations de la vie quotidienne²⁴ ;
- les réseaux social et familial ;
- le projet d'orientation.

La contribution de la délégation ANCREAI-IdF a porté principalement sur la définition des variables relatives aux aptitudes (en lien avec le fonctionnement intellectuel), les habitudes de vie (réalisation

23. Il ne s'agit donc pas ici d'amalgamer les personnes en grande souffrance psychique à une population handicapée indifférenciée, mais de proposer une approche dynamique et partagée des situations de handicap psychique.

24. Cette notion d'« habitudes de vie » est issue de la proposition canadienne du « Processus de production du handicap » (FOUGEYROLLAS, *Classification québécoise. Processus de production du handicap*, Paris, CTNERHI, 1998) et a été utilisé par les enquêteurs en 2000 au moment de la construction du questionnaire et alors que se discutait au niveau international la révision de la classification internationale du handicap. Nous parlerions plutôt aujourd'hui « d'activités domestiques ».

des activités de la vie quotidienne) et les environnements sociaux, en référence aux études et classifications nationales et internationales existantes²⁵. Mais la collaboration et l'échange au sein du comité technique ont permis d'adapter ces variables aux populations visées et à l'objet de l'enquête.

Le questionnaire a été présenté pour validation au comité de pilotage puis envoyé pour critiques, commentaires et corrections aux différents acteurs²⁶ des structures de santé mentale au cours de l'été 2001. C'est à partir de ces retours d'informations qu'a été établi le questionnaire dans sa version finale (octobre 2001)²⁷.

|| La collecte des données

Une fois le questionnaire et le masque de saisie informatisé²⁸ mis au point, le recueil des données a été lancé auprès de l'ensemble des établissements de prise en charge en psychiatrie recensés en Île-de-France. Le remplissage des questionnaires a été réalisé par les professionnels de chaque établissement, qui ont directement saisi les informations sur support informatique²⁹. Le questionnaire était accompagné d'un guide méthodologique qui décrivait les critères d'appartenance aux deux populations définies et explicitait le sens des différentes variables³⁰.

Le volet concernant l'établissement a été complété par la Direction ou le DIM, alors que celui relatif au patient a été rempli par l'équipe soignante au sein de chaque service.

Le recueil de renseignements a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL. Pour respecter le caractère anonyme de l'étude, le nom des patients n'a pas été saisi, seul un numéro d'identification lié à une table de concordance établie par les professionnels de chaque service donne la possibilité d'accéder au dossier du patient³¹.

25. Et en particulier à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), votée par l'OMS le 21 juin 2001, réformant la Classification internationale du handicap (CIH) en vigueur depuis 1980.

26. Président de CME, directeurs, chefs de service et DIM.

27. Cf. questionnaire en annexe.

28. Le masque de saisie du questionnaire, réalisé sur le logiciel Excel, a été conçu par Monsieur Jean-Pierre Solans, informaticien à la Cellule d'appui statistique et systèmes d'information de la CRAMIF.

29. Une disquette a été fournie avec le masque de saisie sur le logiciel Excel, contenant une fiche « établissement » et plusieurs fiches « patients ».

30. Voir le guide de remplissage du questionnaire en annexe.

31. La table de concordance reste la propriété des professionnels et devrait être détruite à la publication des résultats de l'enquête.

L'étude consistait à recenser et décrire, à une date donnée (le 6 décembre 2001), les malades institutionnellement dépendants au sein des établissements psychiatriques franciliens.

Après un travail de centralisation et de validation des données recueillies³², la population enquêtée a rassemblé 3 172 adultes séjournant au long cours dans les services de psychiatrie en Île-de-France (2203 patients en population 1 et 969 patients en population 2). Cet échantillon s'avère assez représentatif au niveau régional³³, puisque le taux de couverture estimé pour l'enquête s'élève à 85 % (Tableau A1)³⁴. Par ailleurs, les structures les plus importantes ont toutes participé à l'enquête (comme les grands hôpitaux de la région). Les non-réponses concernent essentiellement de petites structures privées.

La méthode et les techniques d'analyse utilisées

La démarche analytique adoptée par les chercheurs du CEDIAS - ANCREAI-IdF s'est développée en deux temps. D'abord, une exploration de la base de données a permis de décrire le profil général des patients enquêtés, et de mettre en avant les corrélations – ou non-corrélations – entre les critères retenus par l'étude. À partir de ces premiers résultats, la réflexion a visé, dans un deuxième temps, à affiner l'analyse en procédant à une classification de la population afin d'en dégager différents groupes d'individus répondant aux mêmes caractéristiques.

La démarche se définit alors à la fois comme exploratoire, car c'est la première investigation de ce type sur les patients au long cours en psychiatrie, mais aussi comme analytique car elle cherche à expliciter des axes thématiques permettant de répondre à la problématique de départ, à savoir identifier cette population spécifique et ses besoins.

Afin de mettre en œuvre cette méthode, différents outils statistiques ont été utilisés. L'analyse descriptive a servi à mettre à plat l'ensemble des variables de la base de données, puis une analyse plus détaillée de type bivarié a permis de repérer les liens significatifs entre certains critères. Des indicateurs statistiques simples ont été calculés comme la moyenne, la médiane, le test du Khi-deux et le coefficient de corrélation.

32. Travail réalisé par le Docteur Sylvie Torre du SMAMIF et Monsieur Jean-Pierre Solans de la Cellule d'appui statistique et des systèmes d'information de la CRAMIF.

33. On peut supposer que l'échantillon est assez représentatif de la population 1 compte tenu des critères objectifs retenus pour la définir et de la forte participation des équipes médicales.

34. Tous les tableaux dont le numéro de référence commence par la lettre A sont rassemblés dans l'Annexe 4 de ce document.

À partir de là, l'analyse a été élargie de l'espace bi-dimensionnel (croisement des variables deux à deux) à l'espace multidimensionnel dans le but de faire ressortir l'intensité des liens entre les variables lorsqu'elles sont toutes prises en compte simultanément. Ce type d'analyse, plus complexe, a nécessité le recours à l'analyse factorielle et plus précisément à l'analyse des correspondances multiples (ACM) qui traite des variables qualitatives et quantitatives à plusieurs modalités de réponse. L'utilisation de cette technique d'analyse des données débouche sur la mise en place d'une classification hiérarchique de la population enquêtée selon des groupes homogènes présentant des caractéristiques semblables³⁵.

La première partie de ce rapport porte sur la population numériquement la plus importante dans l'enquête et la mieux ciblée : la population 1 (soit 2203 patients).

En deuxième partie, une analyse est proposée de la population 2, (soit 969 patients). Il est plus difficile d'apprécier les contours de cette population (aussi bien en terme d'effectifs que de caractéristiques). Cependant, cette première exploration peut être comparée à d'autres études réalisées auprès des publics fréquentant des structures psychiatriques similaires (et notamment en hôpitaux de jour et CATTP) et permettre de poursuivre la réflexion sur la notion de « dépendance institutionnelle », au-delà du seul critère de durée de prise en charge.

3. Plus de deux mille patients pris en charge à temps complet depuis plus de neuf mois (Population 1)

Les premiers résultats sur le profil socio-démographique de la population prise en charge à plein temps ne font que confirmer des données connues par les professionnels de la psychiatrie. L'âge moyen des personnes concernées se situe à 45 ans (Tableau A2), et il s'agit majoritairement d'hommes (60%) (Figures A1 et A2)³⁶. La plupart des patients sont en hospitalisation à temps complet (80% sont hospitalisés à plein temps et 11% bénéficient d'un accueil familial thérapeutique) (Tableau A3). Ces constats généraux contribuent à valider la représentativité l'échantillon enquêté.

35. Le traitement informatique des données a été réalisé avec le logiciel SPAD.

36. Toutes les figures dont le numéro de référence commence par A sont rassemblées dans l'Annexe 5.

D'autres résultats moins fréquemment observés méritent en revanche d'être soulignés. Les durées de prise à charge à temps complet enregistrées décrivent une chronicité relativement importante, qui demeure indépendante de l'âge du patient (Tableau A4). Presque une personne hospitalisée sur deux se trouve dans cette même situation depuis cinq années ou plus (45% - dont 29% depuis 10 ans ou plus) (Tableaux A5 et A6).

De ces observations découlent les premières interrogations autour de la prise en charge longue. À durée de séjour égale, les personnes appartenant à différentes générations ont-elles les mêmes caractéristiques, le même degré d'autonomie ? Nécessitent-elles les mêmes soins et le même type de prise en charge ? Par exemple, pour une durée de séjour de dix années ou plus, les patients âgés de moins de 30 ans ont-ils les mêmes pathologies et les mêmes habitudes de vie que les patients âgés de 50 ans ou plus ? Dans le but de tenir compte de ces effets d'âge et de durée, il a d'emblée paru nécessaire de construire l'analyse en contrôlant l'ensemble des résultats par l'âge du patient au moment de l'enquête.

4. Les diagnostics et symptomatologies

Pour répondre à la question de savoir de quoi souffrent les patients, plusieurs items ont été inclus dans le questionnaire. L'équipe soignante était d'abord amenée à préciser le diagnostic psychiatrique principal qui concerne les troubles mentaux de chaque patient, selon les catégories proposées par la classification internationale des maladies (CIM – codes relatifs à la dixième révision). Ensuite, il fallait préciser, toujours à partir des codifications de la CIM-10, le symptôme principal c'est-à-dire « *la symptomatologie la plus importante nécessitant un effort soignant tout particulier au cours de la prise en charge* » ainsi que le diagnostic organique associé qui « *a pour objectif d'identifier des pathologies qui nécessitent des soins médicaux continus et appropriés (comme le diabète ou le sida) ou ceux qui sont susceptibles d'inférer sur les possibilités d'extériorisation ou d'orientation du patient (comme les malformations congénitales, les paralysies)* »³⁷.

À ces informations s'ajoutent des questions concernant les pathologies associées comme la perte de vision ou d'audition (qu'elle soit cor-

37. Pour reprendre les termes exacts qui figuraient dans le guide de remplissage du questionnaire auquel s'est référé le personnel chargé de la saisie des données (voir Annexes).

rigée ou non), et d'autres relatives aux éventuelles conduites addictives du patient vis-à-vis des médicaments, des stupéfiants, de l'alcool et du tabac.

Les résultats de l'enquête soulignent clairement la prédominance des « schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants » (*F20-F29*) dans la population des malades mentaux au long cours (Tableau 1). Il s'avère en outre que les personnes atteintes de cette pathologie mentale sont proportionnellement moins nombreuses à être prises en charge sur une longue durée (5 ans ou plus) (Tableau A7). Ce constat apporte un élément supplémentaire dans la définition du profil des malades mentaux enquêtés, et surtout dans la définition du long cours.

Bien que la majorité des enquêtés soit schizophrène, les autres types de pathologie ne sont pas moins présents et affichent des profils et des caractéristiques de prise en charge qui leur semblent spécifiques.

Alors que les schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants (*F20-F29*) indiquent une distribution étalée entre 30 et 60 ans, les troubles mentaux organiques (*F00-F09*) caractérisent davantage des populations plus âgées (30 % des 40-49 ans et des 50-59 ans, et le quart des 60 ans et plus). À l'inverse, les troubles du développement psychologique (*F80-F89*) portent sur des personnes relativement plus jeunes (15 % des moins de 30 ans, 37 % des 30-39 ans et 27 % des 40-49 ans). Ce type de pathologie est sous-représenté après 50 ans, ce qui correspond bien à la réalité observée par les psychiatres. Quant aux pathologies qui relèvent des retards mentaux (*F70-F79*), elles apparaissent plus centrées sur les personnes âgées entre 40 et 60 ans, et concernent dans de bien moindres proportions les autres âges (Tableau A8).

Il est intéressant de souligner que les pathologies qui nécessitent les prises en charge les plus longues ne concernent pas uniquement les populations les plus âgées, ce qui explique l'absence de corrélation entre l'âge et la durée de prise en charge évoquée précédemment.

**Tableau 1. Répartition des patients selon le diagnostic principal
(Population 1)**

Classification de la pathologie	Code CIM-10	Effectifs	%
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	F00-F09	105	4,8
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	F10-F19	88	4,0
<i>dont → Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool</i>	F10	78	
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	F20-F29	1330	60,4
<i>dont → Schizophrénie</i>	F20	1086	49,3
<i>→ Troubles délirants persistants</i>	F22	120	
<i>→ Troubles schizo-affectifs</i>	F25	44	
Troubles de l'humeur	F30-F39	81	3,7
<i>dont → Trouble affectif bipolaire</i>	F31	41	
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	F40-F48	22	1,0
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	F50-F59	3	0,1
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	F60-F69	84	3,8
<i>dont → Troubles spécifiques de la personnalité</i>	F60	65	
Retard mental	F70-F79	166	7,5
Troubles du développement psychologique	F80-F89	295	13,4
<i>dont → Troubles envahissants du développement</i>	F84	268	
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	F90-F98	6	0,3
Troubles mentaux, sans précision	F99	2	0,1
Maladies du système nerveux	G	6	0,3
Non-réponse		15	0,7
Total		2203	100,0

Il est intéressant de souligner que les pathologies qui nécessitent les prises en charge les plus longues ne concernent pas uniquement les populations les plus âgées, ce qui explique l'absence de corrélation entre l'âge et la durée de prise en charge évoquée précédemment.

Les conduites addictives des patients au long cours, définies par la consommation de tabac, d'alcool, de stupéfiants et/ou de médicaments semblent peu fréquentes. Dans six cas sur dix, aucune réponse n'a été cochée pour ce groupe de questions, ce qui signifie que, pour l'équipe soignante, le patient n'est pas concerné. La consommation de ces produits n'étant pas compatible avec une prise en charge à temps plein, notamment en milieu hospitalier, il est donc utile de rappeler ici que ces résultats traduisent les réponses de l'équipe soignante sur ce qu'elle pense être la problématique générale du patient, au-delà de sa situation au moment de l'enquête. (Tableau A9)

Parmi **les pathologies associées** au diagnostic principal, listées dans le questionnaire, la déficience intellectuelle se distingue en premier lieu touchant 17 % des malades. Dans ce groupe, il s'agit principalement de déficiences intellectuelles légères (F70) et moyennes (F71). Viennent ensuite les problèmes liés au sommeil qui nécessitent une surveillance ou des soins particuliers ou qui compromettent certaines activités (comme l'insomnie, l'hypersomnie, le somnambulisme). Ces troubles concernent presque une personne sur dix (13 %). Les problèmes d'incontinence urinaire et fécale sont moins importants et touchent respectivement 9 % et 5 % des patients (Tableau 2).

Tableau 2. Répartition des patients selon la présence d'une pathologie associée (population 1)

Type de pathologie	Effectifs	%
Déficience intellectuelle*	369	16,7
Troubles du sommeil	289	13,1
Incontinence urinaire	205	9,3
Incontinence fécale	108	4,9
Vision nulle ou diminuée	89	4,0
Surdité partielle ou totale	62	2,8

**Parmi ce groupe, seules 82 personnes (soit 22 %) ont également pour diagnostic principal un retard mental (F70-F79).*

5. Évaluation des degrés d'autonomie des patients

Pour répondre à la question initiale de l'étude qui consiste à connaître les degrés d'autonomie des malades mentaux au long cours, une série d'items a été élaborée dans le questionnaire³⁸.

« Au sens littéral, "autonomie" signifie pour une personne la capacité ou le droit de se régir d'après ses propres lois. La notion se rapproche de celle de suffisance ou d'autarcie³⁹ (autos, « soi-même » et artein, "suffire"). Dans notre perspective, l'autonomie du sujet, au-delà de ce qu'il peut faire ou pas, se situe au niveau du jugement, si on entend ainsi la capacité de prévoir et la capacité de choisir, capacités à partir desquelles l'individu peut construire son identité sociale, c'est-à-dire son individualité morale, son for intérieur ou son tribunal de la conscience⁴⁰. »

L'autonomie est approchée à travers deux types de variables :

- des variables objectives qui décrivent les ressources financières du patient, la mesure de protection juridique dont il bénéficie, ses modes de déplacement, les activités professionnelles, de formation, de loisirs ou associatives dans lesquelles il est inscrit ainsi que ses modes de déplacement (utilisation de transports personnels, en commun, etc.) ;
- et des variables qui résultent d'une évaluation par les soignants de sa capacité à mobiliser ses aptitudes en lien avec le fonctionnement intellectuel et psychique⁴¹) et le niveau de réalisation des activités quotidiennes (habitudes de vie⁴²).

38. Les résultats présentés reflètent l'évaluation posée par l'équipe soignante qui a pris le soin de remplir les fiches.

39. F. BOURRICAUD, « Autonomie », *Encyclopaedia Universalis*, Paris, 1995.

40. Jean-Yves BARREYRE, « La demande sociale en psychiatrie et en santé mentale : aménager la rencontre », sous la direction de Vigneron, groupe DATAR, 2001. Rappelons que, pour les stoïciens, cette liberté de jugement associée à une obéissance à la loi naturelle permet d'accéder à une tranquillité de l'âme, une ataraxie (« absence de troubles »).

41. « Les aptitudes sont des dispositions ou capacités individuelles se rapportant au comportement ; elles concernent la conscience de soi et la capacité de se conduire dans les activités quotidiennes et dans les rapports avec les autres, ainsi que la capacité d'apprentissage » (J.-Y. BARREYRE, *Classer les exclus*, Paris, Dunod, 2000, p.147). « Les tests d'aptitude renseignent sur la physionomie mentale d'un individu » (E. CLAPAREDE, *Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers ?*, Paris, Flammarion, 1933, p. 32). Les items d'aptitudes retenus ici sont issus de la CIF (OMS, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Genève, OMS, 2001).

42. Les habitudes de vie sont « des activités courantes ou des rôles sociaux valorisés par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe,

L'évaluation du degré d'autonomie des patients met en évidence le profil d'une population largement dépendante, aussi bien dans son fonctionnement intellectuel et dans la réalisation de la vie quotidienne que dans ses activités ou dans le type de ressources dont elle bénéficie.

D'abord, la très grande majorité de la population enquêtée est reconnue comme handicapée par les instances officielles (70% perçoivent l'Allocation adulte handicapé (AAH) et 12% une pension d'invalidité) (Figure A3). Quatre personnes sur cinq bénéficient d'une mesure de protection juridique (55% tutelle et 26% curatelle) (Figure A4).

La nature de la mesure de protection dépend du type de pathologie dont souffre le patient (Tableau 3). Il apparaît ainsi que les malades atteints de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29), sont proportionnellement les moins soumis aux mesures de tutelle au profit des curatelles. Si la moitié d'entre eux reste concernée par la tutelle, cette proportion passe à plus de 60 % lorsqu'il s'agit de troubles mentaux organiques (F00-F09) et à plus de 80 % lorsqu'il s'agit de retards mentaux (F70-F79) et de troubles liés au développement psychologique (F80-F89).

Tableau 3. Répartition des patients selon le type de protection et le diagnostic (population 1)

Mesure de protection	Diagnostic principal					Ensemble
	F00-F09	F20-F29	F70-F79	F80-F89	Autre*	
Tutelle	63,8	47,4	81,9	83,7	40,8	54,8
Curatelle	21,9	31,0	12,0	10,2	27,4	25,8
Sauvegarde	0,0	0,7	0,0	0,3	0,3	0,5
Pas de mesure	5,7	15,0	0,6	3,7	26,0	13,4
Non-réponse	2,9	3,2	3,0	1,4	1,7	2,7
Demande en cours	5,7	2,8	2,4	0,7	3,8	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	105	1330	166	295	292	2188

*Autre = F10-19, F30-39, F40-49, F50-59, F60-69, F90-98, F99 et G, dont les effectifs sont faibles.
Remarque : Le khi-2 n'a pas été calculé pour ce tableau, car plusieurs effectifs observés sont inférieurs à 5.

l'identité socioculturelle...). Elles assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (FOUGEYROLLAS, op. cit. 1998).

Le degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne

Si une relative autonomie est soulignée au niveau de la prise des repas et des soins corporels, les patients s'avèrent en revanche plutôt dépendants dans la demande de soins et la gestion de l'espace d'habitation (Tableau 4).

Tableau 4. Répartition des patients selon les degrés d'autonomie dans les habitudes de vie et la réalisation de la vie quotidienne (population 1)

Évaluation de l'équipe	Prise de repas ⁴³		Soins corporels / hygiène		Soins de santé ⁴⁴		Habitation / espace personnel ⁴⁵	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Réalisation complète	1375	62,4	777	35,3	384	17,4	416	18,9
Avec soutien psycholog.	267	12,3	291	30,3	786	35,7	318	23,6
Avec aide matérielle	272	12,1	667	13,2	--	--	519	14,4
Dépendant	263	11,9	400	18,2	896	40,7	852	38,7
Opposant	18	0,8	55	2,5	103	4,7	50	2,3
Non-réponse	8	0,4	13	0,6	34	1,5	48	2,2
Total	2203	100,0	2203	100,0	2203	100,0	2203	100,0

NB : Il est demandé à l'équipe soignante de consigner les réalisations effectives du patient dans les activités de la vie quotidienne. Pour les habitudes de vie, il ne s'agit pas de tester les potentialités du malade mais d'observer s'il effectue ou non les principaux actes de la vie quotidienne et quelle aide lui est éventuellement apportée pour les accomplir.

L'autonomie de la population enquêtée paraît relativement plus faible lorsqu'il s'agit de la gestion financière (Tableau 5). Seuls 19 % des patients sont autonomes pour réaliser leurs petits achats quotidiens. L'élaboration du budget, tâche plus complexe qui consiste à organiser sur une semaine les dépenses en fonction des besoins ainsi que le règlement des factures, et qui implique de comprendre la signification d'une facture et de savoir recourir aux moyens de la régler, ne sont accessibles

43. Une fois la nourriture prête, le patient prend-il son repas de façon autonome (boire, manger, couper sa viande, etc.) – *réalisation complète* ; ou a-t-il besoin qu'une tierce personne accomplisse pour lui certains gestes (ex : couper sa viande) – *avec aide matérielle*, ou a-t-il besoin d'être sollicité ou accompagné pendant le repas – *avec aide psychologique*, ou lorsqu'un le fait manger – *dépendant*, ou il présente une attitude opposante – *opposante*.

44. Exprimer si nécessaire une demande de soins (exprimer la douleur, la fatigue, etc. et solliciter le personnel soignant).

45. S'occuper de sa chambre et des effets personnels qu'elle contient.

qu'à une partie extrêmement réduite d'entre eux. Cette faible « autonomie financière » est à rapprocher de la forte proportion de malades mentaux placés sous une protection juridique (80%).

Tableau 5. Répartition des patients selon les degrés d'autonomie dans la gestion de l'argent (population 1)

Évaluation de l'équipe	Gestion au quotidien		Élaboration budget		Règlement factures	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Satisfaisant	419	19,0	228	10,3	146	6,6
Limité	848	38,5	686	31,1	338	15,3
Inexistant	907	41,2	1247	56,6	1664	75,5
Non-réponse	29	1,3	42	1,9	55	2,5
Total	2203	100,0	2203	100,0	2203	100,0

De plus, la moitié des enquêtés ne se déplace que dans le cadre de leur environnement immédiat (52%), c'est-à-dire pour la majorité d'entre eux dans l'enceinte ou à proximité de l'hôpital (seuls 37% utilisent les transports en commun). (Figure A5)

Par ailleurs, l'inscription dans une activité sociale (recherche d'emploi, formation, loisirs, vie associative) est inexistante pour la moitié d'entre eux et, le cas échéant, il s'agit essentiellement de loisirs, notamment parmi les plus jeunes (Tableau A10). Il n'existe pas de corrélation significative entre la proportion de personnes inscrites dans des activités sociales et la durée de la prise en charge, à l'exception des durées supérieures à dix ans pour lesquelles cette proportion chute (Tableau A11).

Les aptitudes liées au fonctionnement intellectuel : une échelle d'évaluation en deux temps

Si l'orientation spatio-temporelle, la mémoire, la compréhension et la production verbales sont majoritairement évaluées comme satisfaisantes, les aptitudes liées aux fonctions intellectuelles et psychiques supérieures (l'attention, la concentration, la tolérance à la frustration, l'insertion de groupe, le raisonnement et l'initiative) demeurent quant à elles très limitées.

Ces résultats mettent en évidence une certaine hiérarchie des aptitudes : des plus élémentaires comme parler, comprendre, s'orienter et se remémorer, aux plus complexes, qui font référence à l'attention, au raisonnement et à la prise d'initiatives par exemple.

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

Mais le niveau global d'autonomie des patients et l'échelle d'autonomie (hiérarchie des aptitudes, des plus élémentaires aux plus élaborées) varient considérablement lorsque le type de pathologie dont souffre le patient est pris en considération. En croisant ainsi le diagnostic principal avec, d'une part les patients pour lesquels les aptitudes ont été évaluées comme bonnes, et d'autre part ceux pour lesquels les aptitudes ont été difficiles à évaluer, deux ensembles s'opposent (Tableau 6).

Tableau 6. Répartition des patients selon l'évaluation des aptitudes et le diagnostic principal (population 1)

	Diagnostic principal					Total
	F00-F09	F20-F29	F70-F79	F80-F89	Autre*	
Capacités évaluées comme « bonnes »						
Orientation spatiale	28,6	75,6	28,9	31,9	67,5	62,8
Compréhension verbale	33,3	65,6	20,5	27,1	75,0	56,7
Orientation temporelle	24,8	66,8	16,3	15,6	63,4	53,6
Mémoire immédiate	16,2	65,3	25,9	26,8	55,5	53,5
Mémoire ancienne	18,1	60,1	14,5	14,6	62,3	48,8
Production verbale	25,7	54,1	11,4	10,5	67,5	45,4
Attention/concentration	11,4	27,4	5,4	7,5	37,3	23,6
Tolérance à la frustration	12,4	20,2	8,4	9,1	23,3	17,9
Capacités d'insertion à un groupe	9,5	16,8	12,0	12,2	25,3	16,6
Raisonnement/jugement	7,6	15,4	1,2	1,0	25,7	13,4
Capacités d'initiatives	6,7	11,2	3,6	4,4	17,5	10,3
Capacités « difficiles à évaluer »						
Orientation spatiale	20,9	3,7	25,9	30,2	3,4	9,7
Compréhension verbale (rudimentaire)	24,8	4,4	43,4	35,2	3,4	12,4
Orientation temporelle	23,8	7,0	43,4	50,5	5,8	16,3
Mémoire immédiate	28,6	7,4	41,6	45,4	6,5	16,0
Mémoire ancienne	29,5	12,3	51,2	58,0	8,6	21,8
Production verbale (indicible)	23,8	2,9	38,6	34,2	3,8	10,9
Attention/concentration	23,8	8,8	34,3	41,7	8,6	15,9
Tolérance à la frustration	13,3	5,1	22,9	21,7	2,7	8,8
Capacités d'insertion à un groupe	19,0	6,6	27,1	21,4	8,2	11,0
Raisonnement/jugement	25,7	11,6	44,6	51,5	9,2	19,9
Capacités d'initiatives	21,9	10,1	36,7	35,9	7,5	15,9
Effectifs	105	1330	166	295	292	
* Autre = F10-19, F30-39, F40-49, F50-59, F60-69, F90-98, F99 et G, dont les effectifs sont faibles. Remarque : les pourcentages ont été calculés sur la base de 100 personnes dans chaque type de diagnostic.						

Le premier ensemble, caractérisé par une relative autonomie, se compose de patients psychotiques (*F20-F29*) et de maladies faiblement représentées dans l'échantillon enquêté et groupées sous la rubrique « Autre ». Cette dernière rassemble les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives⁴⁶ (*F10-F19*), les troubles de l'humeur (*F30-F39*) et ceux de la personnalité et du comportement chez l'adulte (*F60-F69*).

Le deuxième ensemble, évalué comme le moins autonome, regroupe les personnes atteintes de troubles mentaux organiques et troubles symptomatiques (*F00-F09*), les retards mentaux (*F70-F79*) ainsi que les troubles du développement psychologique (*F80-F89*).

La lecture de ces résultats met en évidence une certaine hiérarchie des aptitudes : des plus élémentaires comme parler, comprendre, s'orienter et se remémorer, aux plus complexes, qui font référence à l'attention, au raisonnement et à la prise d'initiatives par exemple.

En effet, dans **le groupe des plus autonomes**, les aptitudes les plus élémentaires sont évaluées comme bonnes pour plus de la moitié des patients (Tableau 6). Pour les personnes souffrant de troubles psychotiques (*F20-F29*), la répartition s'échelonne de 75 % de malades caractérisés par une bonne orientation spatiale à 54 % pouvant parler normalement. Cette échelle correspond à celle observée dans l'ensemble de la population enquêtée, étant donné que les malades psychotiques constituent plus de la moitié des effectifs.

Bien que la catégorie « Autre » ne suive plus cette même échelle, il n'en demeure pas moins que les patients y appartenant se distinguent par une plus grande autonomie dans les aptitudes. Ceci les rapproche des évaluations établies pour le groupe des psychotiques.

Au niveau des aptitudes les plus élaborées, les *F20-F29* et la catégorie « Autre » se distinguent également par des proportions plus élevées de patients autonomes. Notons toutefois que ces proportions restent nettement plus faibles que celles des aptitudes élémentaires. En effet, elles ne dépassent pas 30 % pour les *F20-F29* (40 % pour la catégorie « Autre »), et concernent moins de deux malades psychotiques sur dix lorsqu'il s'agit des capacités d'insertion à un groupe, de raisonnement et de jugement et de la prise d'initiatives (et seulement un quart pour les « Autres » malades).

L'intérêt de ces observations est qu'elles décrivent les limites de l'autonomie observée chez les patients enquêtés, et permettent de relativiser le profil général constitué à partir de l'analyse descriptive.

46. Il s'agit ici notamment de la consommation d'alcool.

À l'opposé, se trouvent *les patients les moins autonomes*. Pour ces personnes, les critères d'évaluation des aptitudes élémentaires se partagent entre « bons » et « difficiles à évaluer », bien que les proportions les plus fortes penchent davantage du côté du deuxième critère. Quant aux capacités les plus complexes, elles sont nettement plus réduites : pour trois à cinq personnes sur dix dans le groupe des *F70-F79* et *F80-F89*, elles sont difficiles à évaluer, et pour plus de deux personnes sur dix dans le groupe des *F00-F09* (Tableau 6).

|| Une échelle de l'autonomie / dépendance

Compte tenu des résultats précédents, une première échelle des aptitudes et des habitudes de vie en termes d'autonomie peut être proposée, en les classant des plus élémentaires aux plus complexes.

La répartition des patients selon le niveau de réalisation des habitudes de vie et de mobilisation des aptitudes en lien avec le fonctionnement intellectuel permet d'approcher une première échelle des aptitudes et des habitudes de vie en terme d'autonomie, en les classant des plus élémentaires aux plus complexes.

Cette échelle, qui s'appuie sur les résultats de l'analyse des données de l'enquête, ne peut, par conséquent, s'appliquer qu'à cette population spécifique. En effet, si pour la population des patients au long cours « la tolérance à la frustration » fait partie des aptitudes les plus complexes, dans la mesure où elle est jugée comme satisfaisante pour une minorité d'entre eux, elle ne se positionnera pas au même niveau dans cette échelle d'autonomie pour une autre population. Ainsi, pour les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer, on considèrera certainement, à l'inverse de l'échelle relative aux malades mentaux au long cours, que « la mémorisation d'événements récents » fait appel à des capacités plus complexes que celles liées à la tolérance à la frustration (en raison d'un déficit fonctionnel de la mémoire, propre à cette maladie, qui aura une répercussion importante sur les autres fonctionnalités et constituera alors un élément déterminant pour l'évaluation de son niveau global d'autonomie)⁴⁷.

Deux échelles « d'autonomie » ont ainsi été constituées, la première relative aux aptitudes et la deuxième aux habitudes de vie, à

47. Le caractère complexe d'une capacité ou d'une habitude de vie dans une échelle d'autonomie d'une population particulière est donc fonction de trois critères : d'une part de la fréquence relativement faible de son expression satisfaisante ou de sa réalisation complète ; ensuite de la difficulté, pour la population relevant de cette échelle, à mobiliser cette capacité ou ces compétences dans le cas d'une habitude de vie ; et enfin de son influence potentielle sur l'expression des autres capacités ou la réalisation des autres activités ou habitudes de vie.

partir de la proportion de personnes autonomes dans chacune de ces variables (Tableau 7). Ainsi, 62,5% des patients pris en charge à temps complet depuis plus de 9 mois ont une bonne capacité d'orientation dans l'espace (aptitude repérée comme la plus élémentaire), alors que 10,3% seulement sont en mesure de prendre des initiatives appropriées (aptitude la plus complexe). Du côté des habitudes de vie, la prise de repas constitue l'activité la plus élémentaire (62,4% prend son repas de façon autonome) tandis que la gestion financière, et tout particulièrement le règlement d'une facture, semble constituer une tâche complexe, qui demande de mobiliser des capacités et des compétences qui font défaut à la plupart des malades mentaux au long cours.

Tableau 7. Échelles des aptitudes liées au fonctionnement intellectuel et des habitudes de vie (classées des plus élémentaires aux plus complexes)

Les aptitudes	Les habitudes de vie
<ul style="list-style-type: none"> - Orientation spatiale - Compréhension verbale - Orientation temporelle - Mémoire immédiate - Mémoire ancienne - Production verbale - Attention/Concentration - Tolérance à frustration - Capacités insertion groupe - Raisonnement/Jugement - Capacités d'initiatives 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de repas - Soins corporels / hygiène - Déplacements - Habitation/Espace personnel - Soins de santé - Gestion argent quotidien - Élaboration budget - Règlement factures

Ce classement des aptitudes et des habitudes de vie est validé par la classification hiérarchique présentée plus loin dans le texte. Nous verrons que chaque classe⁴⁸, **malgré sa spécificité**, reproduira cette même échelle d'autonomie.

⁴⁸. Chaque classe rassemble des patients dont les caractéristiques sont similaires ou très proches (voir plus loin).

6. Les réponses institutionnelles

L'ensemble des résultats concernant les réponses institutionnelles, que ce soit en termes de type de soins dispensés au moment de l'enquête ou de projets d'orientation, met en évidence une forte dépendance des patients à l'égard de l'institution médicale, voire psychiatrique.

|| Les soins dispensés

En effet, les soins dispensés relèvent, pour la majorité, de consultations psychiatriques ou de soins infirmiers réguliers à dimension relationnelle (au moins hebdomadaires). Huit personnes sur dix reçoivent comme traitement des psychotropes, et seulement la moitié bénéficient d'un suivi social.

En revanche, les thérapies et soins médicaux et paramédicaux, qui ne relèvent pas spécifiquement d'une prise en charge psychiatrique, concernent une proportion marginale de cette population. Ainsi, 10% d'entre eux bénéficient d'une guidance familiale, 10% reçoivent une rééducation psychomotrice, 3% sont en thérapie familiale et 1% suivent des séances d'orthophonie.

Le refus des soins n'est pas négligeable. Dans deux cas sur dix, le patient ne se considère pas malade et n'estime pas avoir besoin de soins (dénier de la maladie), et dans 9 % des cas le patient s'oppose aux traitements, quels qu'ils soient. Parmi ces derniers, 72 % sont également dans le déni de la maladie (soit 149 personnes).

S'il n'existe généralement pas de liens entre le type de soins dispensés et la durée passée dans la structure⁴⁹, le diagnostic principal constitue en revanche un facteur déterminant du type de soins dispensés (Tableau 8).

Les personnes atteintes de troubles du développement psychologique (*F80-F89*) s'inscrivent davantage que l'ensemble de la population enquêtée dans des groupes thérapeutiques utilisant la médiation d'une activité (36 % contre 30 %), ou encore font l'objet d'un recours à l'isolement de manière habituelle (17 % contre 11 %). Par ailleurs, ils bénéficient moins des consultations psychiatriques (82 % contre 93 %), du suivi social (38 % contre 53 %) ou d'une psychothérapie individuelle (19 % contre 27 %).

49. À l'exception des consultations psychiatriques, de la psychothérapie individuelle et du suivi social pour lesquels la proportion de personnes suivies diminue significativement pour des prises en charge égales ou supérieures à cinq ans.

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

Les patients psychotiques (F20-F29) bénéficient, plus souvent que les autres malades, d'un suivi social (56 % contre 53 %) et d'une thérapie institutionnelle (45 % contre 43 %)⁵⁰. Ils sont relativement plus nombreux à consommer des psychotropes (81 % contre 79 %), et c'est parmi eux que se distinguent, de manière significative, les personnes opposées aux traitements (12 % contre 9 %) et qui sont dans le déni de la maladie (26 % contre 22 %).

Le groupe de patients souffrant de retard mental (F70-F79) se caractérise, quant à lui, par une fréquence de soins relativement moins importante que pour les autres groupes, et ce, quel que soit le type de soins dispensés (Tableau A12).

Tableau 8. Types de soins dispensés au patient, selon le diagnostic principal (population 1)

Types de soins et réaction du patient	Diagnostic principal					Total	Test du Khi-2
	F00-F09	F20-F29	F70-F79	F80-F89	Autre*		
Consult. psychiatriques	93,3	96,0	84,9	82,4	96,2	93,2	$p < 0,001$
Soins infirmiers / relations	93,3	91,8	88,6	91,5	91,8	91,6	N.S.
Psychotropes	73,3	81,1	69,9	78,6	79,1	79,3	$p < 0,01$
Suivi social	53,3	56,3	44,6	38,3	55,8	52,8	$p < 0,001$
Thérapie institutionnelle	35,2	45,3	29,5	44,7	38,4	42,6	$p < 0,001$
Grps médiations activité	21,9	30,6	22,3	35,6	28,1	29,9	$p < 0,01$
Psycho individuelle	19,0	29,4	12,0	18,6	32,9	26,6	$p < 0,001$
Recours isolement	13,3	9,8	13,3	17,3	7,5	10,9	$p < 0,001$
Déni de la maladie	22,9	26,4	9,6	10,5	20,9	22,1	$p < 0,001$
Opposant aux traitements	8,6	11,7	2,4	2,0	10,6	9,4	$p < 0,001$
Effectifs	105	1330	166	295	292	2188	
* Autre = F10-19, F30-39, F40-49, F50-59, F60-69, F90-98, F99 et G, dont les effectifs sont faibles. Remarques : Le pourcentage de chaque type de soins est calculé en divisant l'effectif correspondant par l'effectif total / Les non-réponses sont exclues du total / N.S. = non significatif							

50. Ces proportions sont également à comparer avec celles des autres groupes de diagnostics qui sont nettement inférieures.

Les projets d'orientation

Pour sept patients sur dix, il existe un projet d'orientation. Ce dernier prévoit essentiellement une prise en charge dans une structure avec hébergement dans le secteur médico-social (MAS/FDT, foyer de vie et foyers/CAT). Les projets de retour en milieu ouvert restent, quant à eux, très limités pour la population 1 (12%) (Tableau 9).

Tableau 9. Répartition des patients selon l'existence d'un projet d'orientation et sa nature (population 1)

Projet d'orientation	Effectifs	%
Pas de projet	563	25,6
Orientation en structure avec hébergement	1375	62,4
Retour en milieu ouvert	265	12,0
Total	2203	100,0

Une relation semble exister entre d'une part, la durée de la prise en charge, l'âge du patient et le type de diagnostic et d'autre part, l'existence d'un projet d'orientation. En effet, plus la durée de prise en charge est longue, plus la proportion de personnes se voyant proposer une orientation en milieu ordinaire est faible (20,9% parmi les patients présents depuis moins d'un an et 4% seulement quand la durée de prise en charge est supérieure à 10 ans). De même, plus l'âge du patient augmente, moins le retour en milieu ouvert est envisagé (ils sont 18% parmi les moins de 30 ans à connaître un projet d'orientation et ils ne sont plus que 15% dans ce cas parmi les 30-39 ans, 13% parmi les 40-49 ans, 9% parmi les 50-59 ans et 7% parmi les 60 ans et plus). Enfin, il apparaît que les malades psychotiques (*F20-F29*) sont proportionnellement plus nombreux à bénéficier d'une orientation en milieu ouvert que les patients souffrant de troubles mentaux organiques – *F00-09* (2%), de retard mental – *F70-79* (1%) ou de troubles du développement psychologique – *F80-89* (1%) (Tableau A13).

Dans la perspective d'une orientation du patient, il a été demandé à l'équipe soignante de signaler les éléments de prise en charge qui leur paraissaient importants et « *pouvant apporter une réponse adaptée aux besoins du malade* »⁵¹.

Les préconisations d'accompagnement social et d'aide au quotidien par l'intermédiaire d'une tierce personne se démarquent ici clairement pour la majorité des enquêtés. Ce sont des éléments jugés comme

51. Pour reprendre les termes utilisés dans le guide de remplissage du questionnaire : item 15.2 (voir Annexe 3).

« indispensables » ou « utiles » pour plus de huit patients sur dix (respectivement 85 % et 82 %) (Tableau 10).

L'hébergement surveillé ainsi que les soins psychiatriques réguliers (au moins hebdomadaires) sont également largement préconisés pour environ sept personnes sur dix (respectivement 77 % et 68 %). Par ailleurs, une mise en place de soins somatiques est souhaitée dans 37 % des cas.

Tableau 10. Importance attachée par l'équipe soignante à chacun des éléments suivants (population 1)

	Effectifs	%
Accompagnement social (indispensable ou utile)	1872	85,0
Aide à la vie quotidienne (indispensable ou utile)	1812	82,3
Hébergement surveillé	1688	76,6
Soins psychiatriques (au moins une fois/ semaine)	1503	68,2
Soins somatiques	817	37,1

Remarque : les pourcentages sont calculés en rapportant chaque effectif à l'effectif total de la population 1 (soit 2 203 personnes).

Ces résultats impliquent qu'une prise en charge médicale régulière demeure, aux yeux de l'équipe soignante, une nécessité pour une grande partie des malades mentaux au long cours. D'autant plus qu'il n'apparaît pas de liens significatifs entre ces types d'accompagnement préconisés et la durée de séjour, le type de diagnostic ou l'âge du patient.

Compte tenu de l'ensemble de ces résultats, une interrogation se pose sur la situation sociale du patient en dehors du cadre institutionnel. Il s'agit notamment de savoir si ces patients ont une famille, s'ils sont isolés du réseau social de manière générale, et le cas échéant d'identifier les relations qu'ils entretiennent avec ce réseau.

7. Au-delà du cadre institutionnel, l'entourage social des patients

Les patients ont pour la majorité d'entre eux une famille (85% des patients ont au moins un membre de leur famille directe en vie) (Tableau A14), le plus souvent un frère ou une sœur (60%) et dans une moindre mesure une mère (47%) ou un père (28%) (Tableau A15). Les patients qui ont une famille nucléaire (conjoint et/ou enfants) sont quant à eux peu nombreux : 17 % ont un ou plusieurs enfants, et 5 % un conjoint. Il est probable que ces données soient légèrement sous-estimées puisqu'elles s'appuient exclusivement sur les informations dont dispose l'équipe soignante.

La famille, qui existe dans la très grande majorité des situations, s'implique généralement dans le suivi de l'état de santé du patient puisque, pour 72 % des malades mentaux au long cours, les membres de la famille (et/ou des proches) ont des contacts réguliers avec l'équipe soignante. Ces contacts sont même quotidiens pour quatre patients sur dix (Tableau 11).

Les données décrivent par ailleurs que dans plus de la moitié des cas, le patient a des contacts à l'extérieur de la structure de prise en charge (pour 58 % d'entre eux) et/ou reçoit des visites (pour 58 % également). Ces contacts sont réguliers et se font au moins une fois par mois pour la moitié des personnes concernées.

Ces constats permettent de relativiser l'image souvent répandue des patients pris en charge à temps plein en structure psychiatrique, et sur une durée relativement longue, d'une population isolée, en rupture complète avec le réseau social.

Tableau 11. Évaluation des contacts avec la famille et/ou des proches (population 1)

Type de contact	%	Indications sur la fréquence
La famille ou des proches ont des contacts avec l'équipe soignante	72,3	<i>dans 40% des cas, ces contacts sont quotidiens</i>
Patient a des contacts à l'extérieur de l'hôpital	58,4	<i>dont la moitié à une fréquence d'au moins une fois par mois</i>
Patient reçoit des visites	57,7	<i>dont la moitié à une fréquence d'au moins une fois par mois</i>
Patient reçoit du courrier	44,7	<i>la majorité à une fréquence très irrégulière (occasionnel)</i>

Cependant, la fréquence des liens sociaux n'est pas la même selon la durée de la prise en charge au moment de l'enquête. En effet, plus la durée de séjour est longue (notamment les durées supérieures ou égales à dix ans), plus les liens sociaux ont tendance à diminuer (Tableau A16). Ainsi, l'absence de la famille directe est plus prononcée parmi les patients qui sont pris en charge depuis dix ans ou plus (23% contre 15 % pour l'ensemble). De même, l'existence de contacts entre les proches et l'équipe soignante est un peu moins fréquente (73 % pour les patients pris en charge depuis plus de dix ans contre 78 % pour l'ensemble).

Mais c'est au niveau des contacts avec l'extérieur que les différences sont les plus marquées. Moins de la moitié des patients pris en charge depuis plus de dix ans gardent des contacts avec des personnes à l'extérieur de la structure d'accueil (46 % contre 59 % pour l'ensemble). Plus de la moitié n'ont aucune relation sociale (56 % des patients pris en charge depuis plus de dix ans contre 6 % pour l'ensemble).

L'âge est également un facteur qui détermine la fréquence des liens sociaux, dans des proportions relativement similaires à la durée de prise en charge (Tableau A17).

Si les questions posées sur la famille et les proches, considérés simultanément, permettent de déduire un certain nombre de remarques sur le réseau social du patient, la nature (qualité) des relations sociales reste cependant mal connue. Il est intéressant d'approfondir ultérieurement ce domaine encore peu exploré et qui semble pourtant avoir un impact non négligeable tant sur le développement de certains troubles mentaux⁵² que sur la réussite d'éventuelles réorientations des patients vers d'autres types de prises en charge.

52. A. LOVELL, R. FUHRER « Troubles de la santé mentale. La plus grande "fragilité" des femmes remise en cause », in M-J. SAUREL-CUBIZOLLES, B. BLONDEL, *La santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996, p. 273.

8. Construction d'une typologie des malades mentaux au long cours

Pour approfondir l'analyse, il est apparu nécessaire, au regard des dizaines de variables à prendre en compte pour caractériser cette population, d'avoir recours à une approche factorielle (ACM). En effet, cette technique statistique permet de traiter simultanément un nombre important de variables et d'étudier ainsi un phénomène sous de multiples angles à la fois (non plus par le croisement de deux variables comme c'est le cas de l'approche bivariée présentée ci-dessus).

Les résultats obtenus⁵³ ont mis en évidence deux idées principales. La première est que la population étudiée peut s'évaluer selon une échelle de l'autonomie qui couvre des situations très diverses, allant des patients décrits comme les plus autonomes au niveau des habitudes de vie et des aptitudes intellectuelles, à ceux dont les fonctions les rendent totalement dépendants d'un tiers au quotidien. La deuxième idée souligne qu'entre ces deux cas de figure extrêmes, les situations intermédiaires ne sont pas négligeables, voire même regroupent des populations hétérogènes qu'il est nécessaire de décrypter pour approcher une meilleure connaissance du public des malades mentaux au long cours.

En s'appuyant sur les résultats de l'analyse factorielle⁵⁴, une classification hiérarchique a été construite pour aboutir à une typologie des malades mentaux définis dans la population 1. Cette typologie présente l'intérêt de subdiviser la population enquêtée en plusieurs groupes (ou classes). Les patients appartenant à un même groupe répondent alors à des critères similaires tant au niveau de leurs capacités d'autonomie dans la vie quotidienne (les habitudes de vie) qu'au niveau du mode de fonctionnement intellectuel (les aptitudes).

La construction de ces différents groupes a pour finalité de servir d'outil méthodologique pour une meilleure description des publics enquêtés. À ce titre, il est utile de rappeler que, comme tout outil statistique, la méthode de classification hiérarchique dépend des paramètres fixés au préalable par l'analyste, paramètres indispensables à son application.

53. L'ensemble des résultats de l'analyse factorielle est présenté en Annexe 6.

54. Les différentes étapes de l'analyse factorielle ainsi que les résultats sont détaillés dans le rapport technique de l'étude (Y. MAKDESSI-RAYNAUD, C. PEINTRE, *Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Île-de-France*, sous la responsabilité scientifique de J.-Y. Barreyre, Rapport technique, CEDIAS-Délégation ANCREAI IdF/ ARHIF, avril 2002.

Dans cette étude, la construction de la classification repose sur les questions relatives aux habitudes de vie et aux aptitudes liées au fonctionnement intellectuel, évaluées par l'équipe soignante. Les autres variables ne participent pas à la construction des classes, elles viennent seulement illustrer a posteriori les différents profils identifiés.

L'étude vise à construire une typologie des patients au long cours à partir d'une observation partagée et non clinique, c'est-à-dire d'une observation centrée sur les potentialités des patients et leur inscription dans les activités de la vie quotidienne, compte tenu de l'environnement dans lequel ils vivent (en l'occurrence, essentiellement en hospitalisation à temps complet) et non à partir de leur diagnostic, des symptômes associés ou encore des projets de sortie qui ont été fait pour eux.

L'observation partagée fait référence à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF) de l'OMS, classification non liée à une discipline particulière, contrairement par exemple à la Classification internationale des maladies (CIM), et qui peut donc être utilisée par des intervenants appartenant à des disciplines ou des champs de compétences différents⁵⁵. Ce postulat méthodologique devrait permettre ainsi de faciliter une réflexion commune entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social.

|| **Classification en neuf groupes de la population enquêtée**

La classification hiérarchique propose neuf classes que l'on peut situer, sur un axe global d'autonomie (Tableau 7), comme s'échelonnant des plus autonomes aux plus dépendants.

Il est important de rappeler auparavant que les profils dressés ici sont le résultat de l'analyse statistique, et qu'ils représentent une typologie ayant pour principale finalité de mieux appréhender la population enquêtée. Si la classification constitue un outil méthodologique opératoire à un niveau *macro* (au niveau de grands ensembles), elle ne sert cependant pas à observer des cas individuels, ni des situations cliniques.

Enfin, on notera, dans la description des classes ci-dessous, que toutes les variables ne sont pas évoquées systématiquement. Dans ce cas, cela indique l'absence de « sur » ou « sous » représentation de cette variable dans la classe. Il s'agit d'une synthèse qui reprend les résultats les plus saillants⁵⁶.

55. Un des grands intérêts de la CIF est de mettre en lien les capacités et réalisations effectives d'une personne avec les environnements dans lesquels elle vit.

56. Pour les résultats complets détaillés, se reporter à l'annexe 7.

La classe 1 : Les plus autonomes (214 patients)

La classe 1, la mieux située sur l'échelle de l'autonomie, regroupe la population qui présente les meilleurs scores d'autonomie concernant la réalisation des actes de la vie quotidienne (habitudes de vie) et la mobilisation des aptitudes en lien avec le fonctionnement intellectuel et psychique.

En effet, pour plus de neuf personnes sur dix, l'orientation spatio-temporelle est bonne, la compréhension et l'expression orales sont normales, et les mémoires immédiate et ancienne sont évaluées comme satisfaisantes. L'attention et la concentration sont correctes pour plus de sept personnes sur dix.

Au niveau des aptitudes les plus élaborées, si ce groupe présente, là encore, les meilleurs scores d'autonomie, une partie non négligeable d'entre eux rencontre cependant des difficultés. Ainsi le raisonnement et le jugement sont bons pour seulement la moitié d'entre eux (52 %) tandis que la tolérance à la frustration, les capacités d'insertion dans un groupe et la prise d'initiatives le sont pour quatre personnes sur dix. Les limites actuelles rencontrées par ces patients dans l'exercice de ces aptitudes, aptitudes souvent indispensables pour vivre une vie sociale et/ou professionnelle, expliquent en partie leur présence à temps plein au sein d'une institution psychiatrique.

Les patients appartenant à la classe 1 sont très majoritairement autonomes dans les différentes tâches de la vie quotidienne, de la prise des repas (93%) à la gestion de leur espace d'habitation et effets personnels (69%). Les trois-quarts d'entre eux utilisent les transports en commun.

Enfin, des neuf groupes construits, il s'agit du seul qui jouit d'une autonomie financière, celle-ci devenant limitée, voire inexistante dans les huit autres classes (98% gèrent leur argent au quotidien et 63% règlent des factures).

Des variables illustratives⁵⁷ viennent confirmer la plus grande autonomie de ce groupe. En effet, il détient la plus faible proportion de personnes percevant l'AAH (52% contre 70% pour l'ensemble) et a contrario la plus forte proportion de personnes recevant un salaire ou des indemnités journalières (12% contre 3% pour l'ensemble). L'absence de mesure de protection juridique pour la moitié d'entre eux constitue un autre indicateur d'autonomie (51% aucune mesure contre 13% pour l'ensemble). Ce groupe rassemble également la part la plus

57. Les variables illustratives ne participent pas à la construction des classes mais viennent caractériser a posteriori le profil des patients appartenant à chaque classe.

importante de prises en charge récentes (47% sont présents depuis moins d'un an contre 30% pour l'ensemble).

Par ailleurs, ils maintiennent davantage que les autres des liens avec le réseau social qui se traduisent par des relations amicales et de voisinage (pour 77 % contre 45% pour l'ensemble), par des liens tissés dans le cadre de loisirs (pour 72 % contre 44% pour l'ensemble), et dans une moindre mesure par des relations initiées dans un cadre professionnel (pour 21 % contre seulement 10 % pour l'ensemble de la population 1). Ces liens s'expriment également par la pratique d'activités, notamment de loisirs, pour plus de sept malades sur dix observés dans ce groupe.

Il reste que ces patients identifiés comme les plus autonomes de la population « des malades au long cours » nécessitent, dans le cadre d'un projet d'orientation (en milieu ordinaire pour la très grande majorité d'entre eux), une prise en charge et des soins adaptés. En effet, l'équipe soignante estime qu'il serait nécessaire, quand un projet d'orientation existe, de prévoir la délivrance de soins psychiatriques (92%), associée à un accompagnement social (86%), une aide à la vie quotidienne (86%) et/ou un hébergement surveillé (65%).

En terme de diagnostic, ce groupe se caractérise par une sur-représentation des psychotiques (*F20-F29*), diagnostic déjà majoritaire dans l'ensemble de la population des malades mentaux au long cours (73% contre 60% pour l'ensemble de la population 1).

La classe 2 : Des patients globalement autonomes mais limités dans la gestion financière (392 patients)

Les scores d'autonomie, tant en termes de mobilisation des fonctions mentales que de réalisation des activités quotidiennes, est légèrement inférieur à celui de la classe 1, tout en conservant cependant de bonnes performances. Ce groupe se distingue surtout du précédent par une limitation de l'autonomie financière (les deux tiers d'entre eux étant limités dans la gestion de l'argent au quotidien).

Si le nombre de personnes sous protection juridique augmente nettement dans cette classe (78% contre 49% dans la classe 1), la curatelle est encore préférée à la tutelle (respectivement 42% et 36%).

Comme pour la classe 1, la majorité des patients de ce groupe ont un réseau social (71% ont des contacts extérieurs ; 59% des activités de loisirs et 22% sont inscrits dans une activité en lien avec le travail).

Proportionnellement moins nombreuses que la classe 1, les prises en charge récentes sont encore sur-représentées dans cette classe (40% contre 30% pour l'ensemble).

Le degré d'autonomie de ce groupe est aussi perceptible par l'avis exprimé durant l'enquête au sujet des raisons de leur prise en charge en psychiatrie. En effet, pour une majorité des avis exprimés par les personnes appartenant à la classe 2, leur présence à temps complet au sein de l'institution psychiatrique s'explique par un besoin de soins et/ou dans le but de se préparer à vivre de façon autonome. Bien que peu de patients aient exprimé un avis (environ deux sur dix), ils sont relativement plus nombreux à l'avoir fait en comparaison à l'ensemble de la population 1.

En terme de diagnostic, ce groupe présente, comme la classe 1 une sur-représentation des psychotiques (73% de *F20-F29* contre 60% pour l'ensemble de la population 1), à laquelle s'ajoute une sur-représentation des personnes souffrant de « troubles de la personnalité et du comportement » (*F60-F69*), population aux faibles effectifs même s'ils sont deux fois plus nombreux dans cette classe que pour l'ensemble de la population 1 (8% contre 4%).

La classe 3: Aptitudes supérieures fluctuantes et besoin de soutien psychologique pour l'hygiène, la gestion de l'espace personnel et la demande de soins (252 patients)

Alors que les aptitudes les plus élémentaires s'avèrent toujours satisfaisantes pour la majorité des personnes appartenant à ce groupe (autour de huit personnes sur dix), les fonctions plus élaborées à savoir l'attention et la concentration, la tolérance à la frustration, la capacité d'intégration dans un groupe, le raisonnement et la prise d'initiatives sont décrites comme instables et fluctuantes pour plus de la moitié. La baisse du degré d'autonomie dans les aptitudes supérieures distingue ce troisième groupe des deux précédents, bien qu'il soit toujours situé sur l'échelle de l'autonomie du côté des plus « autonomes ».

Ceci a une incidence sur les habitudes de vie de ces malades. À l'exception du maintien de l'autonomie dans la prise des repas (pour 77%) et dans les déplacements en transports en commun (pour 50 % d'entre eux), les autres activités nécessitent généralement un soutien psychologique. C'est le cas pour les soins corporels (pour 47 %), la gestion de l'habitat et de l'espace personnel (pour 34 %) et la demande de soins en cas de besoin (pour 56 %). La gestion de l'argent au quotidien et l'élaboration du budget sont limitées ; quant au règlement des factures, il est inexistant pour plus de huit personnes sur dix.

Malgré une limitation dans certaines activités liées au fonctionnement intellectuel et psychique, l'autonomie des patients appartenant à ce groupe se manifeste malgré tout au travers de certaines caractéristiques. D'abord, une grande majorité d'entre eux reste inscrite dans le réseau social et en lien avec celui-ci : sept personnes sur dix maintiennent des contacts à l'extérieur de la structure où elles sont prises en charge, six personnes sur dix exercent une activité de loisir, six personnes sur dix entretiennent des relations amicales ou de voisinage et plus d'une personne sur deux reçoit du courrier de manière régulière. Par ailleurs, une part non négligeable de patients (environ deux sur dix) ont exprimé un avis précisant les raisons de leur prise en charge en psychiatrie. Pour certains, il s'agit d'une aide afin de pouvoir réintégrer un mode de vie plus autonome (soins, autonomie), alors que pour d'autres, la prise en charge s'impose à l'encontre de leurs souhaits (pas le choix, impossible d'aller ailleurs).

Par ailleurs, alors que les deux premières classes se distinguent par des projets d'orientation tournés plus souvent vers le milieu ordinaire, 61% des patients de la classe 3 ont un projet d'orientation avec hébergement (dont 21% vers des foyers sociaux ou médico-sociaux).

En terme de diagnostic, ce groupe présente, comme les classes précédentes, une sur-représentation des psychotiques (79% de *F20-F29* contre 60% pour l'ensemble de la population 1).

La classe 4 : Aptitudes supérieures limitées et besoin d'un soutien psychologique pour toutes les activités quotidiennes (361 patients)

Globalement moins autonomes que le groupe précédent, les patients de cette classe se démarquent par des aptitudes supérieures évaluées comme limitées et s'accompagnant d'une production verbale qualifiée de perturbée (pour plus de la moitié d'entre eux). Ainsi, la tolérance à la frustration, la capacité d'insertion à un groupe, de jugement et les capacités d'initiatives sont évaluées comme restreintes en permanence pour les deux-tiers d'entre eux (« limitées ») et non de façon intermittente (« fluctuantes »), comme c'était le cas pour les patients de la classe 3.

Ces difficultés au niveau du fonctionnement intellectuel et psychique se reflètent dans les habitudes de vie pour lesquelles, même l'activité la plus élémentaire, comme manger seul, peut nécessiter le soutien psychologique d'un tiers (c'est le cas pour 20 % d'entre eux). Ainsi, plus de la moitié des malades ont besoin d'un soutien psychologique pour assurer leurs soins corporels quotidiens (60 %), pour s'occuper de leurs effets personnels (47 %) et pour exprimer une de-

mande de soins quand cela s'avère nécessaire (53 %). La gestion financière est très limitée pour ce groupe comme pour les deux précédents.

Peu de variables illustratives sont en mesure d'apporter des informations complémentaires sur le profil de ce groupe, si ce n'est une sur-représentation des psychotiques (72 % *F20-F29* contre 60 % pour l'ensemble) comme c'est le cas pour les trois groupes précédents. Par ailleurs, ils sont plus nombreux, comme pour la classe 3, à être orientés en foyer (20 % contre 14 %).

La classe 5 : Les opposants (97 patients)

Il s'agit d'un groupe à faible effectif qui se caractérise par des malades manifestant une attitude opposante dans tous les actes de la vie quotidienne. La majorité d'entre eux refuse la réalisation des actes les plus élémentaires comme se laver (50 %), formuler une demande de soins (60 %), et gérer leur espace personnel (42 %). Ces patients sont, de surcroît, limités dans leurs déplacements à l'environnement immédiat (pour sept personnes sur dix).

En termes d'aptitudes liées au fonctionnement intellectuel et psychique, les caractéristiques de ce groupe ne se différencient pas de l'ensemble des patients au long cours, en dehors d'une mémoire immédiate fluctuante plus fréquente (21% contre 11%) et d'une capacité à s'insérer dans un groupe plus limitée (64% contre 49%).

Ce groupe au profil particulier compte un plus grand nombre de personnes souffrant de troubles psychotiques (84% de *F20-F29* contre 60% pour l'ensemble). Ils sont également deux fois plus nombreux à être dans le déni de la maladie (42 % contre 22 %) et trois fois plus nombreux à s'opposer aux traitements médicaux (33 % contre 9 %).

La classe 6 : Aptitudes fluctuantes et dépendants dans la demande de soins et les déplacements (180 patients)

Les patients de la classe 6 présentent des caractéristiques qui les éloignent considérablement des groupes les plus autonomes, et les rapprochent des groupes les plus dépendants. L'ensemble des aptitudes sont évaluées comme fluctuantes, même les plus élémentaires comme l'orientation spatio-temporelle (plus de six personnes sur dix) et les mémoires immédiate (sept personnes sur dix) et ancienne (57 %). La compréhension et la production verbales sont, quant à elles, perturbées (pour environ sept personnes sur dix).

Au niveau des habitudes de vie, les patients appartenant à cette classe ont des caractéristiques relativement similaires à celles de

l'ensemble des malades mentaux au long cours, en dehors d'une limitation plus importante dans les déplacements (63% se déplacent uniquement dans leur environnement immédiat contre 52% pour l'ensemble), d'un besoin de soutien psychologique plus fréquent pour la réalisation des soins corporels (43 % contre 30%) et d'une incapacité à formuler une demande de soins (50 % de dépendants contre 41%).

Aucune caractéristique illustrative du profil des patients de ce groupe ne se distingue de manière significative de l'ensemble de la population 1. Aussi, 75% d'entre eux perçoivent l'AAH ; 68% sont psychotiques (F20-F29), 55% sont sous tutelle et 31% sous curatelle.

La classe 7 : Aptitudes limitées et dépendants au quotidien (180 patients)

Cette classe représente un profil de patients dont les aptitudes sont évaluées comme limitées, quel que soit leur niveau de complexité. Ainsi l'orientation spatio-temporelle est fortement réduite (pour environ huit personnes sur dix), et les mémoires immédiates et anciennes également (pour plus de sept personnes sur dix). La compréhension et la production verbales sont décrites comme perturbées pour plus de six personnes sur dix.

Cette classe se caractérise également par un basculement plus marqué dans la dépendance pour les actes de la vie quotidienne. Contrairement à la classe 6, la dépendance touche ici non seulement des activités complexes (demande de soins, gestion de l'espace personnel, déplacements) mais aussi les actes les plus élémentaires, comme la prise des repas pour une personne sur cinq et l'hygiène pour une personne sur trois.

De plus, la proportion de personnes souffrant de troubles psychotiques chute dans ce groupe, même si elles représentent encore le groupe dominant en terme de diagnostic principal (42 %). Les diagnostics sont donc plus variés, avec notamment une sur-représentation dans cette classe de patients souffrant de retards mentaux (*F70-F79*, 13 %), de troubles mentaux organiques (*F00-F09*, 12 %) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (*F10-F19*, 10 %).

La majorité des malades de cette classe bénéficie d'une mesure de tutelle (68 %) et semble coupée du réseau social (70 % n'ont aucune relation sociale). Lorsqu'un projet d'orientation existe, il s'agit essentiellement d'une orientation en structure avec hébergement (pour 75 %). Enfin, au sein de cette classe 7, se dessine un sous-groupe de

malades âgés dont le projet d'orientation correspondrait à la recherche d'une place en maison de retraite (22 %).

La classe 8 : Aptitudes difficiles à évaluer et dépendants au quotidien (220 patients)

Cette classe se rapproche considérablement du groupe des plus dépendants (classe 9) dans la mesure où l'ensemble des aptitudes se révèlent difficiles à évaluer par l'équipe soignante, en raison certainement d'une communication avec le patient rendue très difficile par une compréhension et une production verbales jugées comme extrêmement limitées. Il résulte que l'état du patient nécessite une forte prise en charge au quotidien, notamment pour accomplir des tâches élémentaires comme manger, se laver et se déplacer.

Un tiers des patients appartenant à cette classe souffrent de troubles du développement psychologique (*F80-F89*) et 14 % de retards mentaux (*F70-F79*). Certains symptômes s'ajoutent à ces diagnostics comme les incontinences urinaires qui concernent 46 % des patients. En outre, les durées de prise en charge en psychiatrie sont relativement longues et remontent à dix ans ou plus pour 45 % des patients du groupe. L'absence de consultations psychiatriques touche deux fois plus de malades que dans l'ensemble de la population (respectivement 18 % contre 7 %). Enfin, un projet d'orientation en direction d'une Maison d'accueil spécialisée (MAS), établissement médico-social réservé à des personnes dépendantes pour l'ensemble des activités quotidiennes et nécessitant des soins et/ou une surveillance médicale constante, a été élaboré dans 29 % des cas (contre 15 % pour l'ensemble de la population 1).

La classe 9 : Les plus dépendants (189 patients)

Ce dernier groupe se distingue par le plus faible degré d'autonomie constaté au sein de la population 1. Il s'agit de malades dont il est difficile, comme pour la classe précédente, d'évaluer les aptitudes. Toutefois, cette difficulté d'évaluation concerne ici une plus grande majorité de malades. Ainsi, l'orientation spatio-temporelle est difficile à évaluer pour plus de sept personnes sur dix et la mémorisation pour plus de neuf personnes sur dix ; la compréhension verbale est rudimentaire pour 74 %, la production verbale est indicible pour 78%.

Au niveau de la réalisation des activités de la vie quotidienne, plus de la moitié des malades sont totalement dépendants du personnel soignant pour se nourrir (53 %) et plus de huit sur dix ont besoin d'une forte assistance pour se laver, se déplacer et demander à être soignés.

Les troubles du développement psychologique (*F80-F89*) et les retards mentaux (*F70-F79*) sont proportionnellement plus nombreux dans ce groupe que dans l'ensemble de la population 1 (respectivement 48 % et 26 %). Ces troubles s'accompagnent d'autres symptômes comme les incontinences urinaires et fécales (34 % et 30 %) ainsi que d'une sur-représentation de la déficience intellectuelle (39 %). La plupart des malades appartenant à ce groupe n'ont pas de famille (trois sur dix), et semblent isolés du réseau social (86 % n'ont aucune relation sociale).

A posteriori de la classification construite et interprétée, il est possible de compléter le schéma décrivant une échelle de l'autonomie. Cette échelle part de la classe 1 qui regroupe les malades « les plus autonomes », à la classe 9 où se rassemblent les patients définis comme « les plus dépendants »⁵⁸.

Se distinguent alors trois grands types de patients :

- Un premier type qui recouvre les classes 1 et 2, se caractérise par une relative autonomie dans leurs aptitudes et leur habitudes au quotidien.
- Un deuxième type reprend les classes 3 à 6, et correspond ainsi aux patients dans une situation intermédiaire d'autonomie. Leurs aptitudes décrites comme fluctuantes ou limitées influencent directement leurs capacités à l'autonomie dans les tâches quotidiennes.
- Enfin, un troisième type rassemble les classes 7 à 9, et illustre des situations de très faible autonomie (ou de forte dépendance).

Il est intéressant de constater, par ailleurs, que les groupes 1 à 6 sont majoritairement constitués d'une population souffrant de psychoses (*F20-F29*) et plus précisément de schizophrénies (*F20*). Les groupes 7 à 9, quant à eux, concernent plus spécifiquement des patients souffrant de retards mentaux (*F70-F79*) et de troubles du développement psychologique (*F80-F89*). Les populations psychotiques, qui constituent la majorité de la population enquêtée, sont celles que nous retrouvons dans les situations de relative autonomie, leur proportion s'abaissant considérablement lorsqu'il s'agit de malades moins autonomes, voire totalement dépendants.

58. Cette notion de « plus » sera toujours à comprendre par rapport à l'ensemble de la population étudiée ici.

9. Les patients définis comme « institutionnellement dépendants » par l'équipe soignante (Population 2)

Dans le but de dépasser le caractère restrictif de la définition donnée à la population 1, et ne pas écarter notamment des patients pris en charge de manière chronique qui ne rempliraient pas les critères d'inclusion à l'enquête, une deuxième définition a été adoptée.

Cette dernière permet notamment de prendre en compte « *des patients ayant des soins psychiatriques soutenus parfois depuis de nombreuses années et qui bénéficient, au moment de l'enquête, d'un suivi ambulatoire momentané ou d'une hospitalisation récente, dans le cadre d'une trajectoire de soins marquée par des aller-retour réguliers entre l'hospitalisation psychiatrique à temps complet et d'autres formes de prises en charge*⁵⁹ ». Ce sont des patients considérés par l'équipe soignante comme institutionnellement dépendants, même s'ils ne correspondent pas aux critères de durée de séjour et de type de prise en charge fixés pour la population 1.

Bien que cette population 2 repose sur une définition plutôt subjective, car fonction du jugement des soignants, elle n'en demeure pas moins intéressante dans la mesure où elle ouvre l'enquête et l'analyse vers des publics concernés par le « long cours » mais qui échappent aux statistiques générales.

S'il est difficile d'estimer l'importance numérique de cette population dans la population générale (faute de critères objectifs), l'analyse menée ici propose néanmoins des hypothèses sur les profils de ces patients, qui seront utiles dans des enquêtes ultérieures afin d'affiner les populations cibles « des malades mentaux au long cours ».

Dans la présente enquête, la population 2 constitue 30 % de l'ensemble de l'échantillon couvert, soit un effectif de 969 patients. Elle est étudiée dans une partie distincte du fait de son contour moins précis que celui de la population 1. Les paragraphes suivants décrivent les grandes caractéristiques de cette population et ce qui la distingue de la population 1.

59. Pour reprendre les termes de la définition retenue dans le guide de remplissage du questionnaire d'enquête (voir Annexe 3).

|| Profil démographique et caractéristiques de la prise en charge

De manière générale, la répartition des malades de la population 2 selon l'âge à l'enquête et le sexe est quasiment similaire à celle observée dans la population 1 (Figure A6), avec cependant un âge moyen légèrement inférieur (44 ans contre 46 ans pour la population 1) en raison d'une proportion plus élevée des moins de 40 ans (40% contre 32% pour la population 1) (Tableau A18).

Les structures de prise en charge sont plus variées dans la population 2 mais se concentrent essentiellement autour de trois types :

- l'hospitalisation à plein temps, bien qu'elle constitue toujours le mode de prise en charge prédominant, concerne deux fois moins de patients que dans la population 1 (37 % contre 80 %) ;
- les hôpitaux de jour et les centres médico-psychologiques (CMP) rassemblent respectivement 26 % et 13 % de la population 2. Ces deux derniers modes de prise, tous deux ambulatoires, n'apparaissent que dans la population 2 dans la mesure où ils ne répondent pas au critère de prise en charge à plein temps exigé par la définition de la population 1 (Tableau 14).

Tableau 14. Répartition des patients selon le type de structures fréquentées au moment de l'enquête (population 2)

Type de structures	Effectifs	Pourcentages
Hospitalisation plein temps	317	36,9
Hôpital de jour	228	26,5
CMP	125	12,9
CATTP et CMP	52	5,4
Hôpital de nuit	36	4,2
Centre postcure	23	2,7
AFT	16	1,9
CATTP	12	1,2
Centre accueil permanent	10	1,2
Appartement thérapeutique ou prise en charge complète dans différentes structures*	6	0,7
Centre de crise	3	0,3
Autre**	31	3,6
Total ***	859	100,0

* Par exemple hôpital de jour et hôpital de nuit...
 ** La rubrique « Atelier thérapeutique » concerne un seul individu et a été regroupée avec « Autre ».
 *** Les non-réponses sont exclues du total.
 Remarque : Les résultats de ce tableau découlent du travail d'agrégation des données opéré en amont de l'analyse et explicité dans la partie méthodologique du rapport. Il tient compte des cas où le patient est pris en charge par plusieurs structures.

Dans des proportions bien plus faibles, ressortent des prises en charge en CATTP / CMP combinés (5 %), en hôpital de nuit (4 %), en centre postcure (3 %), en accueil familial thérapeutique (AFT) (2 %) et en centre d'accueil permanent (1 %).

Les données manquantes ne sont pas négligeables pour cet item : elles concernent un malade sur dix (10 % de l'ensemble de la population 2). Une hypothèse peut être avancée pour expliquer ce résultat : il est probable que les patients concernés font l'objet de multiples orientations. Ces situations reflètent la complexité et la variété des prises en charge, qui restent l'objet de plusieurs interrogations et incertitudes dans les réponses des équipes.

Les durées de prise en charge en structure sont nettement inférieures à celles observées dans la population 1. La moitié des malades enquêtés y sont depuis neuf mois ou moins, comme l'indique le calcul de la médiane.

Cette durée de prise en charge varie cependant en fonction du type de structure. Ainsi, les durées les plus longues sont relevées pour les

patients accueillis en CMP et/ou en CATTP, dans la mesure où la moitié d'entre eux y est depuis moins de quatre ans. Moins longue en hôpital de jour, la durée de prise en charge est inférieure à un an pour la moitié des patients. Quant à la durée d'hospitalisation à plein temps, elle ne dépasse jamais neuf mois, sinon le malade serait défini en population 1 (Tableau A19).

Ainsi, les patients hospitalisés au moment de l'enquête le sont depuis peu de temps et, parmi eux, il est probable qu'une partie est susceptible de passer en population 1 si l'enquête est suivie dans le temps.

|| Les diagnostics et symptomatologies

Comme pour la population 1 et dans une proportion encore légèrement supérieure, « la schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (*F20-F29*) » constitue la pathologie dominante dans la population 2 (66 % contre 60% pour la population 1) (Tableau 15).

Les troubles de l'humeur (*F30-F39*) touchent deux fois plus de patients dans la population 2 que dans la population 1 (9 % contre 4%) tandis, qu'à l'inverse, les troubles mentaux organiques (*F00-F09*) sont deux fois moins nombreux (2% contre 5% en population 1).

Dans la population 2, les conduites addictives sont plus fréquentes que dans la population 1 (Tableau A20), avec une consommation plus élevée d'alcool (17 % contre 9 % dans la population 1), de stupéfiants (7 % contre 4 %) et de médicaments (6 % contre 2 %).

En revanche, les symptomatologies associées sont moins fréquentes (Tableau A21), comme les troubles du sommeil (9 % contre 13 % respectivement), la déficience intellectuelle (8 % contre 17 %), l'incontinence urinaire (3 % contre 9 %) et l'incontinence fécale (1 % contre 5 %).

Tableau 15. Répartition des patients selon le diagnostic principal (population 2)

Classification de la pathologie	Code CIM-10	Effectifs	%
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	F00-F09	23	2,4
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	F10-F19	44	4,5
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	F20-F29	637	65,7
Troubles de l'humeur	F30-F39	85	8,8
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	F40-F48	26	2,7
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	F50-F59	4	0,4
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	F60-F69	52	5,4
Retard mental	F70-F79	32	3,3
Troubles du développement psychologique	F80-F89	45	4,6
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	F90-F98	0	0,0
Trouble mental, sans précision	F99	0	0,0
Maladies du système nerveux	G	0	0,0
Non-réponse		21	2,2
Total		969	100,0

II Évaluation des degrés d'autonomie des patients

Ils sont légèrement moins nombreux que la population 1 à bénéficier de revenus réservés aux personnes handicapées – AAH et pension d'invalidité (71% contre 82% en population 1) et a contrario trois fois plus nombreux à recevoir des revenus liés à l'exercice professionnel (9% perçoivent un salaires ou des indemnités journalières contre 3% pour la population 1) (Tableau 16).

Tableau 16. Répartition des patients selon le type de ressources (population 2)

Ressources	Effectifs	%
AAH	544	56,1
Pension invalidité	147	15,2
Salaires / IJ	91	9,4
Retraite	59	6,1
RMI	37	3,8
Revenus divers	23	2,4
Aucune ressource	68	7,0
Total	969	100,0

Autre indicateur d'une plus grande autonomie, ils sont nettement moins nombreux à avoir des mesures de protection juridique (50 % sont sous tutelle ou curatelle contre 80 % pour la population 1). De plus, quand une mesure de protection est mise en place, il s'agit plus souvent, contrairement à la population 1, d'une curatelle que d'une tutelle (respectivement 26 % et 24 % contre 26% et 55%) (Tableau 17).

Tableau 17. Répartition des patients selon les mesures de protection juridique (population 2)

Mesure de protection	Effectifs	%
Pas de mesure	397	41,0
Sauvegarde	5	0,5
Curatelle	248	25,6
Tutelle	229	23,6
Demande en cours	38	3,9
Non-réponse	52	5,4
Total	969	100,0

L'autonomie dans les actes de la vie quotidienne

En termes d'habitudes de vie, les proportions de malades pouvant réaliser, de manière satisfaisante et autonome, les tâches quotidiennes sont significativement plus importantes que la population 1. En effet, de meilleurs scores d'autonomie sont observés tant au niveau de la prise des repas (73 % mangent de façon autonome contre 62 % dans la population 1) que des soins corporels et de l'hygiène (58 % contre 35 %), de la demande de soins de santé (30 % contre 17 %) ou encore de la gestion de l'habitat et des effets personnels (36 % contre 19 %). (Tableau 18)

À l'inverse, les personnes en situation de dépendance sont bien moins représentées dans la population 2, notamment pour la demande de soins (20 % et 41 % dans la population 1) et dans la gestion de l'habitat (22 % et 39 %).

Tableau 18. Répartition des patients selon les degrés d'autonomie dans les habitudes de vie et la réalisation de la vie quotidienne (population 2)

Évaluation de l'équipe	Prise de repas		Soins corporels - hygiène		Soins de santé		Habitation/ espace personnel	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Réalisation complète	708	73,1	567	58,5	293	30,2	351	36,2
Avec soutien psy.	72	10,6	51	26,5	429	44,3	122	24,3
Avec aide matérielle	103	7,4	257	5,3	--	--	235	12,6
Dépendant	74	7,6	69	7,1	196	20,2	218	22,5
Opposant	7	0,7	18	1,9	37	3,8	19	2,0
Non-réponse	5	0,5	7	0,7	14	1,4	24	2,5
Total	969	100,0	969	100,0	969	100,0	969	100,0

De même, une tendance similaire est observée pour la gestion financière. La gestion de l'argent au quotidien est satisfaisante pour plus d'un tiers de la population 2 contre moins d'une personne sur cinq en population 1 (35% contre 19%). L'élaboration d'un budget et le règlement de factures sont deux activités également plus accessibles pour les malades de la population 2 (Tableau 19).

Tableau 19. Répartition des patients selon les degrés d'autonomie dans la gestion financière (population 2)

Évaluation de l'équipe	Gestion au quotidien		Élaboration budget		Règlement factures	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Satisfaisant	342	35,3	237	24,5	226	23,3
Limité	440	45,4	391	40,4	259	26,7
Inexistant	171	17,6	312	32,2	454	46,9
Non-réponse	16	1,7	29	3,0	30	3,1
Total	969	100,0	969	100,0	969	100,0

L'autonomie dans les déplacements est plus fréquente parmi les malades de la population 2. Plus de six patients sur dix se déplacent dans les transports en commun (65 %) contre environ quatre sur dix (37 %) dans la population 1 (Tableau A22).

L'ensemble des aptitudes relevant du fonctionnement intellectuel (des plus élémentaires aux plus élaborées) sont évaluées comme meilleures dans la population 2.

L'orientation spatiale, aptitude la plus élémentaire sur l'échelle de l'autonomie, est évaluée comme bonne pour huit personnes sur dix dans la population 2 (contre six sur dix dans la population 1). Une bonne orientation temporelle concerne 75 % des patients de la population 2 contre 54 % dans la population 1. La compréhension et la production verbales sont normales pour 74 % et 68 % des personnes en population 2, contre 57 % et 45 % respectivement en population 1. Une bonne capacité de mémorisation caractérise six à sept personnes sur dix dans la population 2 contre environ cinq personnes sur dix dans la population 1 (Tableau 20).

Pour les aptitudes plus élaborées, de meilleurs scores d'autonomie sont relevés dans la population 2. A titre d'exemple, une capacité d'attention et de concentration satisfaisante touche plus de trois personnes sur dix (34 %) en population 2 contre deux sur dix (24 %) en population 1. La capacité à prendre des initiatives, aptitude la plus complexe, est évaluée comme satisfaisante pour 18 % des patients de la population 2 contre 10 % seulement pour ceux de la population 1.

Tableau 20. Répartition des patients selon l'évaluation des aptitudes liées au fonctionnement intellectuel (population 2)

	Effectifs	%
Orientation spatiale bonne	773	79,8
Orientation temporelle bonne	732	75,5
Compréhension verbale normale	713	73,6
Mémoire immédiate bonne	685	70,7
Production verbale normale	664	68,5
Mémoire ancienne bonne	626	64,6
Attention/concentration satisfaisante	332	34,3
Capacités insertion groupe bonnes	282	29,1
Tolérance à frustration bonne	263	27,1
Raisonnement/jugement bon	253	26,1
Capacités d'initiative bonnes	175	18,1

Le projet d'orientation

La nature du projet d'orientation peut également constituer un indicateur pour constater la plus grande autonomie dont jouissent les pa-

tients enquêtés en population 2. En effet, ils sont nettement plus nombreux à être orientés vers le milieu ouvert relativement à la population 1 (26 % contre 12 %) (Tableau A23).

L'entourage familial et social

Le réseau familial et social paraît plus présent pour les patients de la population 2 (Tableau A24).

Si la présence de la fratrie concerne la même proportion de patients dans les deux populations, l'existence des parents (mère et père) est, en revanche, légèrement plus importante dans la population 2 (56 % et 38 % contre 47 % et 28 % respectivement). Mais les différences les plus significatives concernent les membres de la famille nucléaire qui sont sensiblement plus déclarés dans la population 2. Il s'agit de l'enfant dans 23 % des cas (contre 17 % dans la population 1) et du conjoint dans 12 % (contre 5 %).

Un public diversifié et difficile à évaluer dans la population générale

Les patients recensés en population 2 constituent un public aux caractéristiques variées, et dont le profil reste difficile à saisir et à évaluer dans la population générale. Une comparaison paraît possible avec d'autres études lorsque des groupes sont sélectionnés selon le type de structure.

Par exemple, en ne retenant que les patients pris en charge en hôpital de jour ou en CATTP, les données de cette enquête peuvent être comparées à celles obtenues par le Service médical de l'assurance maladie de la région Île-de-France (SMAMIF) dans les études menées en 1998 et en 2000⁶⁰. Toutefois, les effectifs de patients accueillis dans ces deux types de structures restent limités dans la présente enquête, et rendent toute comparaison limitée avec l'étude susmentionnée.

Dans cette partie, l'analyse descriptive du profil de la population 2 a démontré qu'elle présente systématiquement de plus fortes caractéristiques d'autonomie (relativement à la population 1), alors qu'elle est définie comme institutionnellement dépendante par le personnel soignant.

Dans ce qui suit, la mise en œuvre des méthodes d'analyse multidimensionnelle (ACM) et de classification hiérarchique ont permis de mieux comprendre les variantes et subtilités de cette notion

60. SMAMIF et MESPE, « Étude des CATTP et des hôpitaux de jour en Île-de-France. Psychiatrie générale », juin 2002.

d'autonomie ainsi que l'échelle qui en découle, selon qu'on se place dans la perspective de la population 1 ou dans celle de la population 2.

|| Construction d'une typologie de la population 2

Comme pour la population 1, l'analyse des correspondances multiples (ACM) a été appliquée à l'échantillon des 969 patients relevant de la population 2 et a débouché sur une classification hiérarchique permettant de dégager une typologie de cette population (Figures A7 à A11).

Le même procédé d'analyse a été adopté ici : les variables relatives aux aptitudes liées au développement intellectuel et celles relevant des habitudes de vie au quotidien ont été choisies comme variables d'entrée (ou variables actives). Elles sont déterminantes dans la construction de l'analyse. Par ailleurs, toutes les autres variables du questionnaire ont été définies comme variables illustratives. Ces dernières ne participent pas à la construction de l'analyse, mais sont utiles pour compléter l'interprétation des résultats.

Une première classification en quatre groupes est proposée par le logiciel SPAD (Figure A12). Elle décrit globalement les malades les plus autonomes, les plus dépendants, et deux groupes caractérisant les situations intermédiaires. Cette typologie n'apporte *a priori* pas d'éléments nouveaux par rapport à ce qui a déjà été décrit pour la population 1, à l'exception d'une sur-représentation numérique des plus autonomes (les deux premiers groupes rassemblant 76 % de l'ensemble de la population 2).

Une deuxième classification qui se décline en six groupes a été examinée. À l'exception du groupe n° 3 (les personnes plutôt dépendantes ayant besoin d'aide), les deux typologies sont quasiment similaires. En d'autres termes, les groupes n° 1, n° 2 et n° 4 retenus par la première typologie sont suffisamment homogènes au niveau des caractéristiques et ne peuvent être détaillés davantage. En revanche le groupe n° 3, composé de malades dont les capacités limitées les classent plutôt du côté de la dépendance et nécessitent le recours à une aide, recouvre trois types de malades distincts (les groupes 3a, 3b et 3c). Un descriptif du profil de chacun des six groupes constitués est présenté ci-dessous.

Classe 1 : Les plus autonomes de la population 2 (261 patients)

Ce groupe se caractérise par une autonomie dans les aptitudes liées au fonctionnement intellectuel et dans les habitudes de vie, tant élémentaires qu'élaborées. Inscrits dans un réseau social (relations), ils y

participent à travers la pratique d'activités. Ils expriment le souhait de pouvoir réintégrer un mode de vie plus autonome, grâce à la prise en charge en cours.

Classe 2 : Patients psychotiques plutôt autonomes (431 patients)

Groupe de jeunes adultes dont la majorité souffre de troubles psychotiques (72%), ils ont une bonne autonomie dans les aptitudes et les habitudes de vie élémentaires. Au niveau des fonctions plus élaborées, leurs capacités sont limitées ou fluctuantes et nécessitent, pour leur réalisation, un soutien psychologique. La gestion financière est également limitée pour ce groupe.

Classe 3a : Patients plutôt dépendants, limités dans les aptitudes nécessitant une aide matérielle pour les habitudes de vie (55 patients)

Petit groupe de patients dont l'autonomie et les capacités sont limitées, ils ont en majorité besoin de l'aide d'un tiers au quotidien (une aide matérielle est préférée au soutien psychologique) pour la réalisation de leurs activités, même les plus élémentaires (manger, se déplacer). Ils se distinguent par une sur-représentation des personnes âgées (24 % contre 11% pour l'ensemble de la population 2).

Classe 3b : Patients plutôt dépendants, ayant des aptitudes fluctuantes et nécessitant l'aide permanente d'un tiers pour les activités quotidiennes (80 patients)

Petit groupe de patients qui paraît plutôt isolé du réseau social (48% aucune relation sociale contre 27% pour l'ensemble de la population 2) et qui se caractérise par un déni de la maladie (35% contre 17% pour l'ensemble de la population 2). Ces personnes ont une autonomie réduite même dans la réalisation des activités élémentaires au quotidien (20% sont totalement dépendants pour manger, 41% ne se déplacent que dans les limites de leur environnement proche). Les aptitudes les plus élémentaires sont fluctuantes et celles plus élaborées difficiles à évaluer par l'équipe soignante.

Classe 3c : Patients plutôt dépendants, limités dans les aptitudes et nécessitant l'aide permanente d'un tiers pour les activités quotidiennes (100 patients)

Comme pour la classe 3b, il s'agit d'un groupe de patients dont l'autonomie et les capacités sont limitées. Ils se distinguent en revanche par une sur-représentation de la déficience intellectuelle qui se traduit également par la plus forte proportion de tutelle par rapport aux

autres classes étudiées (50% contre 24% pour l'ensemble de la population 2). Bien que les schizophrénies, les troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29) correspondent encore au diagnostic dominant, ils sont cependant proportionnellement moins nombreux dans cette classe (57% contre 66% pour l'ensemble de la population 2) au profit des retards mentaux (F70-F79), trois fois plus nombreux (10% contre 3% pour l'ensemble de la population 2).

Classe 4 : Les plus dépendants de la population 2 (42 patients)

Cette classe regroupe le plus faible effectif et correspond aux patients les moins autonomes de la population 2. Elle représente un profil de patients dont les aptitudes sont difficiles à évaluer. Au quotidien, l'autonomie est totalement absente pour une proportion importante d'entre eux (24% dans la prise des repas, 52% dans le déplacement et 48% dans l'hygiène). Les troubles du développement psychologique, les retards mentaux et les troubles mentaux organiques (y compris symptomatiques) sont sur-représentés dans ce groupe (respectivement 19%, 14% et 12% contre 5%, 3% et 2% pour l'ensemble de la population 2).

Cette deuxième typologie ne mérite pas d'être détaillée davantage, compte tenu des faibles effectifs que représentent les groupes les moins autonomes. Une description plus détaillée ne serait donc pas pertinente statistiquement et introduirait un biais important de représentativité.

Un public défini comme « institutionnellement dépendant », mais qui reste relativement autonome

La plus grande autonomie de la population 2, pointée au travers des résultats de l'analyse bivariée, se confirme avec la classification. Ainsi, au sein de la population 2, la classe regroupant les personnes les plus dépendantes ne concentrent que 4% des effectifs alors que pour la population 1 cette forte dépendance concerne près du tiers de l'échantillon (classes 7 à 9). Il s'agit donc d'un public défini comme institutionnellement dépendant, mais qui reste relativement plus autonome que celui recensé dans la population 1.

Cependant, la comparaison entre les deux populations doit être considérée avec beaucoup de précaution. Les malades regroupés dans la population 1 se trouvent dans un cadre institutionnel très différent ; dans la majorité des cas il s'agit du milieu hospitalier, alors que celui des patients de la population 2 regroupe des solutions de prise en charge très diversifiées qui ne tiennent pas compte du critère de longue durée.

10. Conclusions et nouvelles perspectives de recherche

Le traitement de la base de données « Patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie en Ile-de-France » a donné lieu à une série de résultats ; certains confirment ceux trouvés par ailleurs dans les enquêtes nationales sur les malades pris en charge en psychiatrie, et d'autres éclairent de nouveaux aspects de ce public.

|| La population 1

Elle regroupe 70 % de l'échantillon, soit les patients pris en charge à temps plein depuis au moins neuf mois, et se caractérise par les points suivants.

Pour une définition du « long cours ». Les durées d'hospitalisation enregistrées dans l'enquête décrivent une chronicité relativement importante de la prise en charge : presque une personne hospitalisée sur deux se trouve dans cette même situation depuis cinq années ou plus. Ces longues durées d'hospitalisation demeurent indépendantes de l'âge du patient, et concernent toutes les générations.

De quoi souffrent les patients ? Les résultats de l'enquête soulignent clairement la prédominance des schizophrénies (F20) dans la population des malades mentaux au long cours. En revanche, il s'avère que les personnes atteintes de cette pathologie mentale sont proportionnellement moins nombreuses à être prises en charge sur une longue durée (5 ans ou plus). Mais bien que la majorité des enquêtés souffrent de schizophrénie, les autres types de pathologie ne sont pas moins présents et affichent des profils et des caractéristiques de prise en charge qui leur sont spécifiques.

Pour une évaluation des degrés d'autonomie des patients. L'évaluation du degré d'autonomie des patients, réalisée par l'équipe qui dispense les soins, décrit le profil d'une population largement dépendante, aussi bien dans son fonctionnement intellectuel et psychique que dans la réalisation de la vie quotidienne. Toutefois, la population psychotique (F20-F29), qui constitue plus de la moitié des enquêtés, s'avère être la moins dépendante. Ce large groupe des psychotiques renferme des situations fort diverses qui sont décryptées par l'analyse multifactorielle.

Une dépendance à l'égard de l'institution médicale. Les résultats relatifs aux soins prodigués constatent une forte dépendance des patients à l'égard de l'institution médicale, voire psychiatrique. Les soins dispensés relèvent pour la majorité de consultations psychiatriques ou de soins infirmiers réguliers (au moins hebdomadaires). Huit personnes sur dix reçoivent comme traitement des psychotropes, et seulement la moitié bénéficient d'un suivi social. Pour sept patients sur dix, il existe un projet d'orientation, ce dernier prévoit essentiellement une prise en charge dans une structure avec hébergement dans le secteur médico-social (MAS/FDT et foyers). Les projets de retour en milieu ouvert restent, quant à eux, très limités. L'accompagnement social, l'aide quotidienne, les soins hebdomadaires et l'hébergement surveillé prédominent, lorsque l'équipe soignante est interrogée sur les critères d'une prise en charge future adaptée à l'état du patient.

Les liens avec le réseau social sont maintenus. Les patients ont, pour la majorité, une famille, plus précisément un frère ou une sœur, et dans une moindre mesure une mère ou un père. Pour la plupart des enquêtés, des liens existent avec le réseau social, et sont illustrés par les visites fréquentes rendues au patient, les contacts à l'extérieur de l'hôpital et les contacts qu'entretiennent les proches avec l'équipe soignante.

Une échelle d'autonomie en deux temps. Une échelle « d'autonomie » a été constituée en deux temps : le premier relatif aux aptitudes liées au fonctionnement intellectuel et le deuxième aux habitudes dans la réalisation de la vie quotidienne. Ainsi, six personnes sur dix ont une bonne capacité d'orientation dans l'espace (aptitude la plus élémentaire), alors que seulement une sur dix est en mesure de prendre des initiatives appropriées (aptitude la plus complexe). Du côté des habitudes de vie, la prise de repas constitue l'activité la plus élémentaire (six patients sur dix prennent leur repas de façon autonome) tandis que la gestion financière, et tout particulièrement le règlement d'une facture, semble une tâche complexe, qui demande de mobiliser des capacités et des compétences qui font défaut à la plupart des malades mentaux au long cours.

Construction d'un modèle de classification des patients en neuf classes, des plus autonomes aux plus dépendants. Découlent de ces neuf classes trois grands « types » de patients : un premier type recouvre deux classes qui se caractérisent par une relative autonomie dans leurs aptitudes et leurs habitudes au quotidien ; un deuxième type regroupe quatre classes de patients vivant une situation intermédiaire d'autonomie, puisque leurs aptitudes sont décrites comme fluctuantes ou limitées et influencent directement leurs capacités à l'autonomie dans les tâches quotidiennes ; enfin, un troisième type rassemble deux classes et illustre des situations de très faible autonomie (ou de forte dépendance).

|| la population 2

Quant à la population 2 qui ne répond pas aux critères fixés pour la population 1, elle est définie par les professionnels comme « dépendante institutionnellement », et constitue 30 % de l'ensemble des patients enquêtés.

Elle révèle un public diversifié et difficile à estimer dans la population générale. L'analyse descriptive a démontré que cette population 2 présente systématiquement de plus fortes caractéristiques d'autonomie (relativement à la population 1), bien qu'elle soit définie comme institutionnellement dépendante par le personnel soignant.

Le traitement de cette population 2 reste exploratoire et ouvre le débat autour des significations de la notion de « dépendance institutionnelle », et la perception qu'en ont les professionnels de terrain. Les résultats présentés demeurent donc illustratifs et non représentatifs en tant que tels. Les profils définis comme plutôt dépendants, plutôt autonomes ou intermédiaires ne recouvrent sans doute pas les mêmes réalités dans cette population 2 comparativement à la population 1.

|| Un outil de travail innovant

Les développements proposés dans ce document répondent bien à la problématique de départ de l'étude qui consiste à recenser et à décrire les situations de prise en charge au long cours dans la région Ile-de-France, afin de mieux identifier les actions à mettre en œuvre pour y répondre de manière adaptée.

Dans cette perspective, les résultats présentés ici constituent **un outil de travail** parmi d'autres, capable de servir pour la construction d'une analyse planificatrice et des réponses innovantes en matière de prise en charge au long cours en psychiatrie.

Le caractère innovant de l'analyse menée tient aux choix méthodologiques de départ. En effet, le public enquêté a été notamment approché par **une série de critères relatifs à l'évaluation des aptitudes liées au fonctionnement intellectuel et des habitudes dans la réalisation de la vie quotidienne**. Ces critères n'excluent pas ceux relevant du diagnostic médical, des symptomatologies associées et des types de soins dispensés aux patients. Simplement, ils proposent une nouvelle lecture des caractéristiques de ce public qui reste, dans un premier temps, **indépendante de la lecture strictement médicale** (même si celle-ci en découle naturellement par la suite).

Ces choix méthodologiques ont laissé l'analyse suffisamment ouverte et souple. Par conséquent, il a été possible d'en dégager une réflexion autour d'une échelle globale d'autonomie, dont la pertinence a été testée et validée sur l'échantillon enquêté. Cette échelle s'inscrit dans la continuité des préoccupations actuelles de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé mentale. Ainsi, cette recherche s'inscrit dans **un triple questionnement : régional, national et international.**

Au niveau régional, les professionnels de la santé mentale se sont mobilisés pour renseigner les situations des patients qu'ils suivent au long cours afin de disposer d'une base de données d'une très grande richesse au service **d'une réflexion territoriale centrée sur les réponses les plus adéquates aux besoins des personnes**, dans toutes les dimensions de leur situation respective. Ils se sont ainsi dotés d'un outil précieux dont nous n'avons exploité ici qu'une partie mineure des résultats.

Mais en tenant compte aussi bien des aptitudes des personnes que de leurs habitudes de vie et leurs pathologies inscrites dans des environnements, les professionnels franciliens de la santé mentale ouvrent la voie d'une manière nouvelle (et collective) pour appréhender la question des **situations des personnes souffrant de graves handicaps psychiques** dans un territoire social donné.

Enfin, cette recherche s'inscrit dans un mouvement international validé aujourd'hui par l'OMS autour des débats sur l'évaluation globale des états de santé qui prend en compte aussi bien les pathologies, les déficiences que les aptitudes et les modes de participation sociale. Le travail international actuel sur les familles de **classifications internationales (CIM-10 et CIF)**, la mise en œuvre d'**une échelle d'évaluation des incapacités (WHODAS-II)** et les divers travaux français convergent vers une nouvelle approche de la santé, par laquelle patients et intervenants construisent de manière concertée des stratégies globales d'intervention au service des usagers de la santé mentale et de la démocratie sanitaire.

11. Références bibliographiques

- AZÉMA B., BARREYRE J.-Y., CHAPIREAU F., JAEGGER M., *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, Paris, CTNERHI, 2001, (« Point sur »)
- BARREYRE J.-Y., *Classer les exclus*, Paris, Dunod, 2000.
- BARREYRE J.-Y., « La demande sociale en psychiatrie et en santé mentale : aménager la rencontre », sous la direction de Vigneron, groupe DATAR, 2001.
- BARREYRE J.-Y., « Appréhension des facteurs environnementaux dans les classifications des maladies, des handicaps et des fonctionnalités : convergences et contradictions » in revue *Handicap*, n° 94-95, 2002.
- BELLIARD E., COSTES J.-M., « Les âges de l'hospitalisation psychiatrique », *Cahiers Solidarité Santé*, n° 17, p. 97-110, Paris, La Documentation Française, 1990.
- CASADEBAIG F., RUFFIN D., QUÉMADA N., « Caractéristiques de la population prise en charge en secteur de psychiatrie générale en 1993 et 1998, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° 49, 2001, p. 513-521.
- CHAPIREAU F., « Connaissances nouvelles à propos des personnes recevant des soins de santé mentale », in. *Handicaps, incapacités, dépendance, Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003, p. 181-207.
- CIBOIS P., *L'analyse factorielle. Analyse en composantes principales et analyse des correspondances*, Paris, PUF, 1983 (Que sais-je ?).
- CLAPARÈDE E., *Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers ?*, Paris, Flammarion, 1933.
- CREAI Île-de-France, *Incapacités et accessibilité : les personnes handicapées motrices en institution (enquête HID, Étude commanditée par l'Association des Paralysés de France, novembre 2000)*.
- Délégation ANCREAI Île-de-France, *Les modes d'adaptation et de compensation du handicap : les personnes handicapées motrices*

à domicile (enquête HID 1999), Étude commanditée par l'Association des paralysés de France, juin 2002.

FOUGEYROLLAS *et al.* *Classification québécoise ; Processus de production du handicap*, Paris, CTNERHI, 1998, (2000).

LOVELL A., FUHRER R., « Troubles de la santé mentale. La plus grande "fragilité" des femmes remise en cause », *in* : SAUREL-CUBIZOLLES M-J. et BLONDEL B., *La santé des femmes*, Paris, Flammarion, 1996, p. 252-283. (Médecine-Sciences)

MAKDESSI-RAYNAUD Y., PEINTRE C. *Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Île-de-France*, sous la responsabilité scientifique de J.-Y. Barreyre, Rapport technique, CEDIAS-Délégation ANCREAI Île-de-France/ARHIF, avril 2002, 111p + 62 p d'annexes.

OMS, CIF, *Classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap*, Genève, OMS, 2001.

OMS, CIM-10, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Dixième révision, Genève, OMS, 1993.

OMS, WHO DAS II, Genève, OMS, 2003.

ANNEXES

ANNEXE 1

LIMITES ET INTERETS DE LA CLASSIFICATION

La classification hiérarchique est une méthode qui introduit une lecture plus fine de la population des malades mentaux au long cours, en prenant en compte simultanément plusieurs critères d'évaluation. Elle constitue un outil d'aide à l'interprétation et à la lecture de la base de données. Comme toute méthode statistique, elle présente des limites et des intérêts.

Les limites de la classification hiérarchique sont les suivantes :

- Il s'agit de la construction d'un modèle, dont les paramètres ont été définis au préalable, et qui sert d'outil de réflexion sur la population enquêtée, et d'aide à la décision pour la planification. Toutefois, la classification ne sert pas à faire des interprétations cliniques.
- La validité de la méthode dépend de la taille de la population étudiée. Sur des populations plus restreintes (par exemple sur des groupes spécifiques) la classification atteint ses limites et des biais peuvent entacher l'interprétation des résultats.

Quant aux **intérêts de la classification hiérarchique**, ils peuvent être listés de la manière suivante :

- Elle a permis de confirmer les analyses descriptives menées en amont (tris à plat et analyses bivariées). À titre d'exemple, dans la population étudiée, l'âge et le sexe ne sont pas des critères discriminants.
- Tenant compte de plusieurs critères analytiques, elle relativise le poids de certaines variables dont l'effectif présentait un poids écrasant dans l'analyse bivariable. Par exemple, l'hospitalisation à temps plein, la population des psychotiques et les personnes percevant une AAH dominaient dans les tableaux statistiques, ce qui noyait des sous-groupes plus spécifiques, comme les différentes classes intermédiaires.
- Classifier c'est identifier, selon des critères statistiques définis par l'analyste, des groupes homogènes quant à leurs caractéristiques. Ici, ce sont les aptitudes du fonctionnement psychique et les habitudes de vie qui ont été retenues comme variables d'entrée afin d'avoir une lecture autre que médicale. Toutefois, la dimension médicale (comme le diagnostic et les types de prise en charge) peut être déclinée dans chacune des classes. Par exemple, la population des psychotiques n'est pas significative en terme d'effectifs dans les groupes les plus dépendants, alors qu'elle est prépondérante dans les autres profils identifiés.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT			
<input type="checkbox"/> POPULATION N° 1 Soins psychiatriques à temps complet ou autre hébergement pendant plus de 80 % de l'année précédente		<input type="checkbox"/> POPULATION N° 2 Patients ne répondant pas aux critères d'inclusion de la population N° 1 mais considérés par l'équipe comme inscrits dans un processus de dépendance institutionnelle	
0.1 Numéro de la fiche		0.30 Sexe Masculin	<input type="checkbox"/> 0.31 Sexe Féminin
0.2 Année de naissance			
NATURE DE LA OU DES STRUCTURES FREQUENTEES PAR LE PATIENT (au jour de l'étude)			
1.3 Types de structures et ancienneté de prise en charge (en nombre de mois entiers)			
1.30 Hospit. Plein tps		1.35 CATTp	
1.31 CMP		1.36 HAD	
1.32 Ctre accueil perm.		1.37 Ctre de crise	
1.33 Hôpital de jour		1.38 Hôpital de nuit	
1.34 Atel. Thérap.		1.39 Apart. Thérap.	
1.40 Ctre post cure		1.41 AFT	
		1.42 Autre	
		1.43 (précisez 1.42)	
ANCIENNETE DU SUIVI			
Année du début de prise en charge par l'actuelle équipe de psychiatrie			5.1
Dans le cas où ce patient est récemment suivi par l' équipe, indiquer si possible l'année à partir de laquelle il a été pris en charge en psychiatrie			5.2
LA FAMILLE DU PATIENT			
<input type="checkbox"/> 6.1 Père	<input type="checkbox"/> 6.2 Mère	<input type="checkbox"/> 6.3 Conjoint	<input type="checkbox"/> 6.4 Enfant(s)
<input type="checkbox"/> 6.5 Frère(s) - Soeur(s)			
CONTACTS FAMILIAUX ET/OU AVEC DES PROCHES A L'HOPITAL			
7.1 Visites	7.2 Courrier	7.3 Contacts avec l' équipe	
Fréquences	Fréquences	Fréquences	
<input type="checkbox"/> 7.10 Jour	<input type="checkbox"/> 7.20 Jour	<input type="checkbox"/> 7.30 Jour	
<input type="checkbox"/> 7.11 Semaine	<input type="checkbox"/> 7.21 Semaine	<input type="checkbox"/> 7.31 Semaine	
<input type="checkbox"/> 7.12 Mois	<input type="checkbox"/> 7.22 Mois	<input type="checkbox"/> 7.32 Mois	
<input type="checkbox"/> 7.13 Occasionnel	<input type="checkbox"/> 7.23 Occasionnel	<input type="checkbox"/> 7.33 Occasionnel	
<input type="checkbox"/> 7.14 Néant	<input type="checkbox"/> 7.24 Néant	<input type="checkbox"/> 7.34 Néant	
Incidence	Incidence	Incidence	
<input type="checkbox"/> 7.100 Favorable	<input type="checkbox"/> 7.200 Favorable	<input type="checkbox"/> 7.300 Favorable	
<input type="checkbox"/> 7.101 Défavorable	<input type="checkbox"/> 7.201 Défavorable	<input type="checkbox"/> 7.301 Défavorable	
<input type="checkbox"/> 7.102 Sans objet	<input type="checkbox"/> 7.202 Sans objet	<input type="checkbox"/> 7.302 Sans objet	
CONTACTS FAMILIAUX ET AVEC LE PROCHE ENTOURAGE A L'EXTERIEUR DE L'HOPITAL			
8.1 Fréquence		8.2 Incidence	
<input type="checkbox"/> 8.10 Jour	<input type="checkbox"/> 8.12 Mois	<input type="checkbox"/> 8.20 Favorable	
<input type="checkbox"/> 8.11 Semaine	<input type="checkbox"/> 8.13 Occasionnel	<input type="checkbox"/> 8.22 Sans objet	
<input type="checkbox"/> 8.14 Néant		<input type="checkbox"/> 8.21 Défavorable	
LE RESEAU SOCIAL			
9.1 Relations de travail	9.2 Relations de loisirs	9.3 Relations sociales	
<input type="checkbox"/> 9.10 Sans objet	<input type="checkbox"/> 9.20 Sans objet	<input type="checkbox"/> 9.30 Sans objet	
<input type="checkbox"/> 9.11 Très proche	<input type="checkbox"/> 9.21 Très proche	<input type="checkbox"/> 9.31 Très proche	
<input type="checkbox"/> 9.12 Episodique	<input type="checkbox"/> 9.22 Episodique	<input type="checkbox"/> 9.32 Episodique	
<input type="checkbox"/> 9.13 Inexistant	<input type="checkbox"/> 9.23 Inexistant	<input type="checkbox"/> 9.33 Inexistant	
<input type="checkbox"/> 9.14 Hostile	<input type="checkbox"/> 9.24 Hostile	<input type="checkbox"/> 9.34 Hostile	
LES RESSOURCES DU PATIENT			
<input type="checkbox"/> 10.1 Aucune	<input type="checkbox"/> 10.2 Salaires / IJ	<input type="checkbox"/> 10.3 AAH	<input type="checkbox"/> 10.4 RMI
<input type="checkbox"/> 10.5 Pension invalidité	<input type="checkbox"/> 10.6 Retraite	<input type="checkbox"/> 10.7 Revenus divers (patrimoine,rente,..)	

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

LES HABITUDES DE VIE ET REALISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE

11.1 Prise de repas <input type="checkbox"/> 11.10 Réalisation complète <input type="checkbox"/> 11.11 Avec aide matérielle <input type="checkbox"/> 11.12 Avec soutien psychologique <input type="checkbox"/> 11.13 Dépendant <input type="checkbox"/> 11.14 Opposant	11.2 Soins corporels - hygiène <input type="checkbox"/> 11.20 Réalisation complète <input type="checkbox"/> 11.21 Avec aide matérielle <input type="checkbox"/> 11.22 Avec soutien psychologique <input type="checkbox"/> 11.23 Dépendant <input type="checkbox"/> 11.24 Opposant	11.3 Soins de santé <input type="checkbox"/> 11.30 Réalisation complète <input type="checkbox"/> 11.31 Avec soutien psychologique <input type="checkbox"/> 11.32 Dépendant <input type="checkbox"/> 11.33 Opposant
11.4 Habitation/Espace personnel <input type="checkbox"/> 11.40 Réalisation complète <input type="checkbox"/> 11.41 Avec aide matérielle <input type="checkbox"/> 11.42 Avec soutien psychologique <input type="checkbox"/> 11.43 Dépendant <input type="checkbox"/> 11.44 Opposant	11.5 Déplacements <input type="checkbox"/> 11.50 Déplacements limités à structure et environnement immédiat <input type="checkbox"/> 11.51 Utilisation d'autres transports (taxi, ambulance) <input type="checkbox"/> 11.52 Utilisation de transports en commun <input type="checkbox"/> 11.53 Utilisation de transports personnels (bicyclette, voiture)	
11.6 Responsabilités financières		
11.61 Gestion au quotidien <input type="checkbox"/> 11.610 Satisfaisant <input type="checkbox"/> 11.611 Limité <input type="checkbox"/> 11.612 Inexistant	11.62 Elaboration budget <input type="checkbox"/> 11.620 Satisfaisant <input type="checkbox"/> 11.621 Limité <input type="checkbox"/> 11.622 Inexistant	11.63 Règlement factures <input type="checkbox"/> 11.630 Satisfaisant <input type="checkbox"/> 11.631 Limité <input type="checkbox"/> 11.632 Inexistant
11.64 Mesure de protection <input type="checkbox"/> 11.640 Tutelle <input type="checkbox"/> 11.643 Demande en cours <input type="checkbox"/> 11.641 Curatelle <input type="checkbox"/> 11.644 Pas de mesure de protection <input type="checkbox"/> 11.642 Sauvegarde		
11.7 Inscription dans une activité liée :		
11.71 à l'éducation / à l'apprentissage / à la formation professionnelle <input type="checkbox"/> 11.710 Satisfaisant <input type="checkbox"/> 11.711 Pauvre <input type="checkbox"/> 11.712 Inexistant		
11.72 au travail / à la recherche d'un emploi <input type="checkbox"/> 11.720 Satisfaisant <input type="checkbox"/> 11.721 Pauvre <input type="checkbox"/> 11.722 Inexistant		
11.73 aux loisirs / à la vie associative <input type="checkbox"/> 11.730 Satisfaisant <input type="checkbox"/> 11.731 Pauvre <input type="checkbox"/> 11.732 Inexistant		

DIAGNOSTICS ET SYMPTOMES

Diagnostic - pathologie (CIM 10) 12.1 <input type="checkbox"/> Symptôme principal (CIM 10) 12.2 <input type="checkbox"/> Diagnostic organique associé (CIM 10) 12.3 <input type="checkbox"/>	12.4 Conduites addictives <input type="checkbox"/> 12.40 Médicaments <input type="checkbox"/> 12.41 Stupéfiants <input type="checkbox"/> 12.42 Alcool <input type="checkbox"/> 12.43 Tabac
12.5 Pathologie sensorielle (audition) <input type="checkbox"/> 12.50 Surdité partielle <input type="checkbox"/> 12.51 Surdité totale <input type="checkbox"/> 12.52 Surdité corrigée	12.6 Pathologie sensorielle (vision) <input type="checkbox"/> 12.60 Vision diminuée <input type="checkbox"/> 12.61 Vision nulle <input type="checkbox"/> 12.62 Vision corrigée
12.7 Symptomatologies associées qui donnent une charge en soins importante (CIM 10) Déficience intellectuelle 12.71 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12.72 Troubles du Sommeil <input type="checkbox"/> 12.73 Incontinence Urinaire <input type="checkbox"/> 12.74 Incontinence fécale	

TYPES DE SOINS DISPENSES AU PATIENT

13.1 Consult. psychiatriques <input type="checkbox"/> 13.10 Jour <input type="checkbox"/> 13.11 Semaine <input type="checkbox"/> 13.12 Mois	13.2 Psycho. individuelle <input type="checkbox"/> 13.20 Jour <input type="checkbox"/> 13.21 Semaine <input type="checkbox"/> 13.22 Mois	13.3 Psycho de groupe <input type="checkbox"/> 13.30 Jour <input type="checkbox"/> 13.31 Semaine <input type="checkbox"/> 13.32 Mois	13.4 Thérapie familiale <input type="checkbox"/> 13.40 Jour <input type="checkbox"/> 13.41 Semaine <input type="checkbox"/> 13.42 Mois
13.5 Guidance familiale <input type="checkbox"/> 13.50 Jour <input type="checkbox"/> 13.51 Semaine <input type="checkbox"/> 13.52 Mois	13.6 Atelier activ. éducat. <input type="checkbox"/> 13.60 Jour <input type="checkbox"/> 13.61 Semaine <input type="checkbox"/> 13.62 Mois	13.7 Psychomotricité <input type="checkbox"/> 13.70 Jour <input type="checkbox"/> 13.71 Semaine <input type="checkbox"/> 13.72 Mois	13.8 Orthophonie <input type="checkbox"/> 13.80 Jour <input type="checkbox"/> 13.81 Semaine <input type="checkbox"/> 13.82 Mois
13.9 Soins infirm./relations <input type="checkbox"/> 13.90 Jour <input type="checkbox"/> 13.91 Semaine <input type="checkbox"/> 13.92 Mois <input type="checkbox"/> 13.93 an	13.10 Gpes médiat. activité <input type="checkbox"/> 13.100 Jour <input type="checkbox"/> 13.101 Semaine <input type="checkbox"/> 13.102 Mois <input type="checkbox"/> 13.103 an	<input type="checkbox"/> 13.11 Thérapie institutionnelle <input type="checkbox"/> 13.12 Recours isolement <input type="checkbox"/> 13.13 Sismothérapie <input type="checkbox"/> 13.14 Psychotropes <input type="checkbox"/> 13.15 Suivi social <input type="checkbox"/> 13.16 Déni de la maladie <input type="checkbox"/> 13.17 Opposant aux traitements	
13.18 Autres <input type="checkbox"/> 13.180 Jour <input type="checkbox"/> 13.181 Semaine <input type="checkbox"/> 13.182 Mois <input type="checkbox"/> 13.183 an			

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

LES APTITUDES		
14.0 Compréhension verbale <input type="checkbox"/> 14.00 Normale <input type="checkbox"/> 14.01 Perturbée <input type="checkbox"/> 14.02 Rudimentaire	14.1 Production verbale <input type="checkbox"/> 14.10 Normale <input type="checkbox"/> 14.11 Perturbée <input type="checkbox"/> 14.12 Indicible	
14.2 Attention/concentration <input type="checkbox"/> 14.20 Satisfaisante <input type="checkbox"/> 14.21 Labile <input type="checkbox"/> 14.22 Difficile à soutenir <input type="checkbox"/> 14.23 Difficile à évaluer	14.3 Orientation spatiale <input type="checkbox"/> 14.30 Bonne <input type="checkbox"/> 14.31 Limitée <input type="checkbox"/> 14.32 Fluctuante <input type="checkbox"/> 14.33 Difficile à évaluer	14.4 Orientation temporelle <input type="checkbox"/> 14.40 Bonne <input type="checkbox"/> 14.41 Limitée <input type="checkbox"/> 14.42 Fluctuante <input type="checkbox"/> 14.43 Difficile à évaluer
14.5 Mémoire immédiate <input type="checkbox"/> 14.50 Bonne <input type="checkbox"/> 14.51 Limitée <input type="checkbox"/> 14.52 Fluctuante <input type="checkbox"/> 14.53 Difficile à évaluer	14.6 Mémoire ancienne <input type="checkbox"/> 14.60 Bonne <input type="checkbox"/> 14.61 Limitée <input type="checkbox"/> 14.62 Fluctuante <input type="checkbox"/> 14.63 Difficile à évaluer	14.7 Raisonnement/Jugement <input type="checkbox"/> 14.70 Bon <input type="checkbox"/> 14.71 Limité <input type="checkbox"/> 14.72 Fluctuant <input type="checkbox"/> 14.73 Difficile à évaluer
14.8 Capacités d'initiatives <input type="checkbox"/> 14.80 Bonnes <input type="checkbox"/> 14.81 Limitées <input type="checkbox"/> 14.82 Fluctuantes <input type="checkbox"/> 14.83 Difficiles à évaluer	14.9 Tolérance à frustration <input type="checkbox"/> 14.90 Bonne <input type="checkbox"/> 14.91 Limitée <input type="checkbox"/> 14.92 Fluctuante <input type="checkbox"/> 14.93 Difficile à évaluer	14.10 Capacités insertion gpe <input type="checkbox"/> 14.100 Bonnes <input type="checkbox"/> 14.101 Limitées <input type="checkbox"/> 14.102 Fluctuantes <input type="checkbox"/> 14.103 Difficiles à évaluer
PROJET D'ORIENTATION		
<input type="checkbox"/> 15.1 L'état clinique du patient est compatible avec une orientation <input type="checkbox"/> 15.10 Si oui y-a-t-il un projet d'orientation en cours <input type="checkbox"/> 15.12 Retour en milieu ouvert <input type="checkbox"/> 15.120 Sans aide <input type="checkbox"/> 15.121 Avec aide <input type="checkbox"/> 15.122 Consultation vad <input type="checkbox"/> 15.123 Soins séquentiels type CATTP/hôp de jour		Année de formalisation du projet 15.11 <input style="width: 40px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> 15.13 Orientation en structure avec hébergement <input type="checkbox"/> 15.130 Appart thérap. <input type="checkbox"/> 15.131 Plac. Fam. Th. <input type="checkbox"/> 15.132 Long séjour <input type="checkbox"/> 15.133 MAS <input type="checkbox"/> 15.134 Mais. Ret. <input type="checkbox"/> 15.135 Autre <input style="width: 40px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 15.2 Importance que vous attachez à chacun des éléments suivants		
<input type="checkbox"/> 15.20 Héberg. surveillé <input type="checkbox"/> 15.200 Oui <input type="checkbox"/> 15.201 Non	<input type="checkbox"/> 15.21 Soins psychiatriques <input type="checkbox"/> 15.210 Quotidien <input type="checkbox"/> 15.211 Hebdo <input type="checkbox"/> 15.212 Mensuel	<input type="checkbox"/> 15.22 Soins somatiques <input type="checkbox"/> 15.220 Oui <input type="checkbox"/> 15.221 Non
<input type="checkbox"/> 15.23 Une Aide à la vie quotidienne <input type="checkbox"/> 15.230 Indispensable <input type="checkbox"/> 15.231 Utile <input type="checkbox"/> 15.232 Pas nécessaire	<input type="checkbox"/> 15.24 L'accompagnement social <input type="checkbox"/> 15.240 Indispensable <input type="checkbox"/> 15.241 Utile <input type="checkbox"/> 15.242 Pas nécessaire	
<input type="checkbox"/> 15.3 Projets antérieurs dans les 5 dernières années <input type="checkbox"/> 15.30 Si projets antérieurs, y-a-t-il eu des échecs		
<input type="checkbox"/> 15.31 Raisons des échecs <input type="checkbox"/> 15.310 Absence de structures correspondant aux besoins du patient <input type="checkbox"/> 15.311 Manque de place dans les structures existantes <input type="checkbox"/> 15.312 Problèmes liés au patient <input type="checkbox"/> 15.313 Opposition/réticence de la famille ou d'un tiers proche <input type="checkbox"/> 15.314 Une fois le patient admis dans structure, inadéquation entre projet strut. et besoins du patient		
AVIS DU PATIENT		
<input type="checkbox"/> 16.0 Le patient est en mesure d'être informé de l'enquête		<input type="checkbox"/> 16.1 La personne peut répondre à 16.2
<input type="checkbox"/> 16.2 Pour quelles raisons fréquentez-vous cet établissement		
<input type="checkbox"/> 16.20 Pour être soigné <input type="checkbox"/> 16.21 Pour me faire prescrire des médicaments <input type="checkbox"/> 16.22 Pour me préparer à vivre de manière autonome <input type="checkbox"/> 16.23 Parce que je n'ai pas d'autres possibilités	<input type="checkbox"/> 16.24 Parce que je ne pourrais pas vivre ailleurs <input type="checkbox"/> 16.25 Parce qu'on m'y oblige <input type="checkbox"/> 16.26 Autres raisons	

Ce questionnaire est strictement anonyme et a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

ANNEXE 3

GUIDE DE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

Cette enquête est strictement anonyme.
Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration C.N.I.L.

FICHE ETABLISSEMENT

Les différentes informations demandées dans cette fiche ne sont à reporter qu'**une seule fois** et concernent par conséquent l'ensemble des services appartenant à cette institution.

RESPONSABLE DE L'INFORMATION

Le responsable de l'information est en principe le médecin D.I.M de l'établissement.
Pour les établissements ne disposant pas de médecin D.I.M, il faudra indiquer les coordonnées de la personne assurant cette fonction.

FILE ACTIVE DE L'ÉTABLISSEMENT

La file active correspond au nombre de patients suivis par les services psychiatriques de l'établissement au moment de l'étude.

PERSONNEL INTERVENANT DANS L'ÉTABLISSEMENT

Items 4.00 à 4.36 : personnel médical, paramédical et éducatif en nombre et en E.T.P.

Les effectifs des personnels médicaux, paramédicaux et éducatifs des services psychiatriques de l'établissement sont à reporter sous deux formes différentes :

- les effectifs présents réellement dans les services au cours de l'année 2000 (toute absence de personnel inférieure à 6 mois n'est pas prise en compte) ;
- les effectifs budgétés en équivalent temps plein (ETP) pour cette même année 2000.

FICHE PATIENT

POPULATION N°1 ou POPULATION N°2 ?

Cette étude a pour ambition de repérer les patients institutionnellement dépendants. Le mode de prise en charge et sa durée sont souvent des indicateurs déterminants. C'est pourquoi, il semble important de recenser, au minimum, tous les patients pris en charge dans une structure de soins psychiatriques à temps complet (ou par une structure psychiatrique avec hébergement associé) pendant de longues périodes (hospitalisés une grande partie de l'année). Ces patients appartiennent à la POPULATION N°1.

Cependant, ces critères très restrictifs peuvent avoir pour défaut de ne pas prendre en compte des patients connaissant des soins psychiatriques soutenus parfois depuis de nombreuses années et qui bénéficieraient, au moment de l'enquête, d'un suivi ambulatoire momentané ou d'une hospitalisation récente, dans le cadre d'une trajectoire de soins marquée par des allers-retours réguliers entre l'hospitalisation psychiatrique à temps complet et d'autres formes de prise en charge. En d'autres termes, il est indispensable d'inclure, dans la population ciblée par cette étude, **des patients considérés par l'équipe soignante comme inscrits dans une dépendance institutionnelle**, même s'ils ne répondent pas aux critères de durée de séjour et de type de prise en charge exigés par la première population. Ces patients appartiennent à la POPULATION N°2.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Item 0.1 : numéro de la fiche

Le médecin D.I.M. vérifie que chaque numéro de fiche patient est unique pour un même établissement (autant de numéros d'identification que de patients recensés).

Le chef de service établit et conserve la table de concordance entre le numéro d'identification et le dossier du patient afin de pouvoir corriger d'éventuelles erreurs de saisie.

NATURE DE LA OU DES STRUCTURES FRÉQUENTÉES PAR LE PATIENT

Items 1.30 à 1.43 :

Il convient d'indiquer, pour chacune des structures fréquentées par le patient, au moment de l'étude, l'ancienneté de la prise en charge (en nombre de mois). Les prises en charge très récentes (moins d'un mois) ne sont pas prises en compte.

ANCIENNETÉ DU SUIVI

Item 5.1 : année du début de prise en charge par l'actuelle équipe de psychiatrie

Indiquer l'année à partir de laquelle a débuté la prise en charge du patient par l'équipe qui le suit actuellement (nombre à 4 chiffres, ex : 1998), quels

que soient les changements opérés dans les modalités de la prise en charge (ex : passage de l'hospitalisation à temps complet à l'hôpital de jour).

Item 5.2 : dans le cas où ce patient est récemment suivi par l'équipe, indiquer si possible l'année à partir de laquelle il a été pris en charge en psychiatrie

Si la prise en charge par l'actuelle équipe paraît récente par rapport à l'ancienneté du suivi psychiatrique, et ne reflète pas bien, par conséquent, la trajectoire de soins du patient, il est intéressant de connaître l'année à laquelle a commencé la première prise en charge en psychiatrie (la plus ancienne retrouvée dans le dossier du patient).

LA FAMILLE DU PATIENT

Items 6.1 à 6.5: famille du patient

Ces items concernent uniquement les membres de la famille du patient vivants au moment de l'étude. En l'absence de parents, de conjoint, de fratrie ou d'enfants vivants, aucune case ne doit être cochée.

CONTACTS FAMILIAUX ET/OU AVEC DES PROCHES A L'HÔPITAL

Items 7.1, 7.2, 7.3 : visites, courrier, contacts avec l'équipe

L'évaluation de la fréquence et de l'incidence de ces contacts (visites, courrier, contacts avec l'équipe) est réalisée par l'équipe soignante.

Item 7.1 : visites

Les proches et/ou la famille se déplacent à l'hôpital pour rendre visite au patient.

Item 7.2 : courrier

Correspondance écrite par la famille et/ou les proches et destinée au patient.

Item 7.3 : contacts avec l'équipe

L'ensemble des démarches effectuées par la famille ou des proches auprès de l'équipe soignante (courrier, rendez-vous, etc.)

CONTACTS FAMILIAUX ET AVEC LE PROCHE ENTOURAGE A L'EXTÉRIEUR DE L'HÔPITAL

Item 8.1 : fréquence

Item 8.2 : incidence

L'évaluation de la fréquence et de l'incidence des contacts, établis par le patient au cours de sorties ou de permissions, est réalisée par l'équipe soignante, à partir des propos qui lui sont rapportés par le patient.

LE RÉSEAU SOCIAL

Item 9.1 : relations de travail

Le patient entretient des relations avec des personnes rencontrées dans le cadre d'une activité professionnelle ?

Item 9.2 : relations de loisirs

Le patient entretient-il des relations avec des personnes rencontrées dans le cadre d'une activité de loisirs ?

Item 9.3 : relations sociales

Le patient entretient-il d'autres relations sociales (voisinage, ami, etc.) ?

LES RESSOURCES DU PATIENT

Indiquer les différentes ressources du patient.

RM = revenu minimum d'insertion / AAH = allocation adulte handicapé / IJ = indemnités journalières

LES HABITUDES DE VIE

Dans ce chapitre, il est demandé à l'équipe soignante de consigner les réalisations effectives du patient dans les activités de la vie quotidienne. Il ne s'agit pas de tester ses potentialités, mais d'observer s'il effectue ou non les principaux actes de la vie courante et quelle aide lui est éventuellement apportée pour les accomplir ?

Item 11.1 : prise de repas

Quand le patient prend son repas de façon autonome (boire, manger, couper sa viande, etc.), il sera indiqué pour cet item une « réalisation complète ».

Quand le patient a besoin d'une aide matérielle pour accomplir certains gestes requis pour la prise du repas ou quand une tierce personne se substitue en partie à lui (on lui coupe sa viande, lui sert à boire, etc.), l'item choisi correspondra à une réalisation « avec aide matérielle ».

Quand le soutien apporté par un tiers pour la prise des repas se traduit essentiellement par une sollicitation ou une surveillance, il faudra indiquer « avec soutien psychologique ».

Quand un tiers se substitue complètement à lui pour accomplir cet acte, cela se traduira par la modalité « dépendant ».

Si le patient présente une attitude systématiquement opposante pour prendre ses repas, on l'indiquera par la modalité « opposant ».

Item 11.2 : soins corporels - hygiène

Si le patient fait habituellement sa toilette de façon autonome, il sera indiqué pour cet item une « réalisation complète ».

S'il requiert l'aide d'un tiers pour laver certaines parties de son corps, l'item choisi correspondra à une réalisation « avec aide matérielle ».

S'il se lave seul à condition qu'on le lui rappelle, qu'on prépare ses affaires de toilette, qu'on l'accompagne (etc.) ; il faudra indiquer « avec soutien psychologique ».

Quand un tiers se substitue complètement à lui pour le laver, cela se traduira par la modalité « dépendant ».

Si le patient présente une attitude systématiquement opposante, hostile pour prendre une douche, on l'indiquera par la modalité « opposant ».

Item 11.3 : soins de santé

Si le patient exprime une demande de soins quand il en a besoin, il sera indiqué pour cet item une « réalisation complète ».

S'il est nécessaire de le solliciter, de lui poser des questions sur son état de santé pour qu'il exprime une demande de soins, il faudra indiquer « avec soutien psychologique ».

Le patient peut aussi ne jamais exprimer une quelconque demande de soins, dans ce cas, cela se traduira par la modalité « dépendant ».

Il peut se montrer récalcitrant à tout examen, consultation médicale ou prise de médicaments on l'indiquera alors par la modalité « opposant ».

Item 11.4 : habitation / espace personnel

Le patient réalise seul les activités quotidiennes permettant d'assurer l'entretien de sa chambre ; il sera indiqué pour cet item une « réalisation complète ».

Il requiert l'aide d'un tiers pour s'occuper d'une partie de cet entretien ; l'item choisi correspondra à une réalisation « avec aide matérielle ».

On doit le solliciter, l'inciter à ranger ses affaires pour qu'il investisse son espace personnel ; il faudra indiquer « avec soutien psychologique ».

Le patient ne peut jamais s'occuper de l'entretien de sa chambre et de ses effets personnels, un tiers se substituant systématiquement à lui pour la réalisation de ces activités ; cela se traduira par la modalité « dépendant ».

Il peut se montrer opposé à toute participation aux activités d'entretien de sa chambre et de gestion de ses effets personnels ; on l'indiquera par la modalité « opposant ».

Item 11.5 : déplacements

Si le patient se déplace uniquement à l'intérieur de l'établissement ou dans son environnement immédiat, n'utilisant jamais un quelconque moyen de transport on choisira la modalité « 11.50 ».

Si les seuls moyens de transports utilisés par le patient sont le taxi ou l'ambulance, on choisira la modalité « 11.51 ».

S'il n'utilise pas de transport personnel mais prend les transports en commun, on choisira la modalité « 11.52 ».

Enfin, s'il utilise pour ses déplacements une voiture ou tout autre transport personnel (vélo, moto, etc.), on choisira la modalité « 11.53 ».

Item 11.6 : responsabilités financières

Le niveau de responsabilité financière du patient est testé au travers de trois situations différentes :

- la gestion au quotidien : le patient achète-t-il au quotidien ce dont il a besoin ?

- l'élaboration d'un budget : le patient organise-t-il, sur une semaine, ses dépenses en fonction de ses ressources ?

- le règlement de factures : le patient saisit-il la signification d'une facture et les moyens de la régler ?

Ces prises de responsabilités financières dans la vie quotidienne doivent être aussi mesurées au regard de l'existence d'une éventuelle mesure de protection. Le patient est-il sous tutelle (11.640) ? Sous curatelle (11.641) ? Sous sauvegarde (11.642) ? Ou y a-t-il une demande de protection en cours (11.643) ?

Item 11.7 : inscription dans une activité sociale

Le patient est-il inscrit dans une activité liée :

- à l'éducation (apprentissage, formation professionnelle ou autres formations) ;

- au travail (recherche d'emploi et occupation rémunérée) ;

- aux loisirs et à la vie associative (pratique régulière d'un sport, d'un art ou d'une activité récréative) ?

DIAGNOSTICS

Item 12.1 : diagnostic - pathologie (C.I.M.10)

Il est demandé d'indiquer le diagnostic psychiatrique principal des troubles mentaux (chapitre 5 de la CIM 10).

Item 12.2: symptôme principal (C.I.M.10)

Il s'agit de mentionner le symptôme ou la symptomatologie la plus importante, nécessitant un effort soignant tout particulier au cours de la période de prise en charge principale.

Par exemple : le diagnostic principal est celui d'une psychose mais le symptôme principal associé correspond à des conduites alcooliques à répétition.

Item 12.3 : diagnostic organique associé (C.I.M.10)

Cet item a pour objectif d'identifier des pathologies qui nécessitent des soins médicaux continus et appropriés (exemple : diabète, SIDA, etc.) ou qui sont susceptibles d'inférer sur les possibilités d'extériorisation ou d'orientation du patient (malformations congénitales, paralysies, syndrome X, etc.).

Items 12.4, 12.5, 12.6 et 12.7 : conduites addictives, pathologies sensorielles, pathologies neurologiques et autres.

Ce chapitre explore également, en se référant à la C.I.M. 10, quelques aspects cliniques susceptibles de nécessiter une prise en charge en soins importante et d'interférer sur les possibilités d'extériorisation ou d'orientation du patient.

Items 12.5, 12.6 : pathologie sensorielle (audition et vision)

Ces items sont cochés uniquement quand le patient présente une déficience sensorielle, qu'elle soit ou non corrigée.

Item 12.71 : déficience intellectuelle

Il est demandé d'indiquer l'importance du retard mental à partir de la CIM 10 (ex : F71 = retard mental moyen).

Item 12.72 : troubles du sommeil

Le patient présente-t-il des troubles du sommeil nécessitant une surveillance ou des soins particuliers ou compromettant certaines activités (insomnie, hypersomnie, somnambulisme, etc.) ?

Items 12.73, 12.74 : incontinence

Le patient présente-t-il une incontinence urinaire et/ou fécale ?

TYPES DE SOINS DISPENSES AU PATIENT

Item 13 : type de soins

Type et fréquence des soins dispensés au patient.

Items 13.1, 13.2, 13.3 : consultations psychiatriques, psychothérapie individuelle et de groupe

Soins dispensés exclusivement par des médecins ou des psychologues.

Items 13.4, 13.5 : thérapie et guidance familiale

Il convient de distinguer la thérapie familiale qui fait appel à des techniques précises, de la simple guidance qui correspond simplement à des entretiens réguliers.

Item 13.6 : atelier d'activité éducative

Il se distingue par le caractère éducatif de la médiation utilisée.

Item 13.7 : psychomotricité / ergothérapie

Item 13.8 : orthophonie

Item 13.9 : soins infirmiers / relations

Il s'agit des soins à dimension relationnelle.

Item 13.10 : groupes thérapeutiques utilisant la médiation d'une activité

Ces groupes sont animés par des professionnels de qualifications différentes qui utilisent des médiations diverses.

Item 13.11 : thérapie institutionnelle

" C'est l'action thérapeutique dans le cadre institutionnel qui est prise en compte, les relations du patient avec l'équipe thérapeutique, ce qui mobilise l'étude des processus de changements... " (Diatkine).

Item 13.12 : recours isolement

Il s'agit de mentionner un recours habituel à ce type de soins pour le patient.

Item 13.13 : sismothérapie

Il s'agit de mentionner un recours habituel ou occasionnel à ce type de soins pour le patient.

Item 13.14 : psychotropes

Il s'agit de souligner si le patient se voit prescrire un traitement complexe nécessitant un suivi particulier.

Item 13.15 : suivi social

Le patient bénéficie-t-il d'un suivi spécifique effectué par le service social ?

Item 13.16 : déni de la maladie

Le patient n'estime pas qu'il est malade et qu'il a besoin de soins.

Item 13.17 : opposant aux traitements

Il s'agit de mentionner les patients qui s'opposent aux traitements quels qu'ils soient.

LES APTITUDES

Une aptitude est la capacité d'une personne à accomplir une activité physique ou mentale, quel que soit l'environnement considéré. Les aptitudes dans ce questionnaire concernent les capacités reliées aux activités intellectuelles, au langage et aux comportements.

Items 14.0, 14.1 : compréhension et production verbale

Ces deux items interrogent les aptitudes en terme de langage. Le patient comprend-t-il ce qu'on lui dit (compréhension verbale) ? Le discours du patient est-il intelligible (production verbale) ?

Item 14.2 : attention / concentration

Le patient peut-il fixer son attention sur un objet précis ?

Items 14.3, 14.4 : orientation spatiale et temporelle

Le patient est-il capable de se repérer dans le temps (ex : relation chronologique des événements) et dans l'espace (ex : se déplacer en reconnaissant les lieux habituels de vie).

Items 14.5, 14.6 et 14.7 : mémoire immédiate et ancienne / raisonnement et jugement

Ces items s'intéressent à certaines capacités liées à des activités intellectuelles comme l'aptitude à se rappeler des informations à court terme (mémoire immédiate), ou à plus long terme (mémoire ancienne) ou encore l'aptitude à analyser une situation et à élaborer des propositions (raisonnement / jugement).

Items 14.8, 14.9 et 14.10 : capacités d'initiatives, tolérance à la frustration et capacités d'insertion à un groupe

Ces items interrogent certaines aptitudes du patient reliées aux comportements. Le patient est-il capable d'agir ou d'entreprendre quelque chose spontanément (initiative) ? Est-il capable de maîtriser ses réactions et ses émotions quand sa demande n'est pas satisfaite (tolérance à la frustration) ? Est-il capable de lier des relations humaines agréables au sein d'un groupe et de se sentir comme faisant partie de ce groupe (capacités d'insertion à un groupe) ?

PROJET D'ORIENTATION

Item 15.1 : l'état clinique du patient est compatible avec une orientation

Si l'état du patient n'est pas compatible avec une orientation et que son état justifie donc son maintien dans la structure de soins actuelle, aucune case de ce chapitre ne sera cochée (pas de réponse pour 15.1 à 15.138).

Item 15.10 : si oui y a-t-il un projet d'orientation en cours ?

L'état clinique du patient peut être compatible avec une orientation sans pour autant qu'un projet dans ce sens soit formalisé et ce, quelles qu'en soient les raisons ; dans ce cas, ne pas cocher cette case.

Item 15.11 : année de formalisation du projet

Quand un projet d'orientation existe, préciser l'année de sa formalisation.

Items 15.12 et 15.13 : retour en milieu ouvert ou orientation en structure avec hébergement ?

Le projet d'orientation prévoit :

- soit un retour en milieu ouvert, avec ou sans étayage (sans aide, avec aide, consultation vad, soins séquentiels type CATTP ou hôpital de jour) ;
- soit une prise en charge dans une structure avec hébergement, appartenant au secteur sanitaire (appartement thérapeutique, placement familial thérapeutique, long séjour), au secteur social (Centre d'hébergement et de

réadaptation sociale, appartement associatif, maison de retraite) ou au secteur médico-social (Maison d'accueil spécialisée, foyer d'hébergement, foyer de vie). Si l'orientation vise un autre type de structure, il est demandé de cocher la case « Autre » (15.135) et d'indiquer en clair l'intitulé de cette institution.

Item 15.2 : importance que vous attachez à chacun des éléments suivants

Il est demandé de préciser, en vue d'une orientation, quels éléments de la prise en charge doivent être réunis pour apporter une réponse adaptée aux besoins du patient. Un hébergement surveillé sera-t-il nécessaire (15.20) ? Quelle fréquence des soins psychiatriques est à prévoir (15.21) ? Dans le cadre de sa future prise en charge ou nouvelle situation de vie, devra-t-il être mis en place des soins somatiques (15.22) ? L'aide d'une tierce personne sera-t-elle nécessaire dans le cadre d'une dépendance dans les actes de la vie quotidienne (15.23) ? Un accompagnement social doit-il être mis en place (15.24) ?

Item 15.3 : projets antérieurs dans les cinq dernières années

Cet item a pour objectif de repérer des projets antérieurs qui, après de nombreuses démarches, n'auraient finalement pu aboutir, que ce soit en raison :

- d'une absence de structures correspondant aux besoins du patient ;
- d'un manque de places dans les structures existantes ;
- de l'opposition du patient au projet (problèmes liés au patient) ou d'une opposition de ses proches ;
- ou encore d'une adéquation entre le projet de la structure et les besoins du patient, après admission au sein de la structure.

AVIS DU PATIENT

L'équipe soignante doit informer le patient de l'existence de cette étude, de ses objectifs et de ses modalités de réalisation, dès lors qu'elle estime qu'il est en mesure de comprendre cette information (16.0).

Une fois le patient informé de l'étude, l'équipe soignante peut associer le patient au remplissage du questionnaire (notamment des questions concernant son réseau social, ses ressources, ses habitudes de vie et les types de soins dispensés) (16.1).

Que le patient ait participé ou non au remplissage du questionnaire, il peut être en mesure d'expliquer les raisons pour lesquelles, selon lui, il fréquente cet établissement (16.2).

ANNEXE 4

TABLEAUX

Tableau A1. Estimation de la couverture de l'enquête

Les établissements concernés par l'enquête comptent :	8 275 lits autorisés en hospitalisation complète
Les établissements ayant retourné des questionnaires comptent :	7 065 lits autorisés en hospitalisation complète
Estimation du taux de participation	85 %

Source : SMAMIF

Tableau A2. Répartition selon le sexe et l'âge et calcul de l'âge moyen (population 1)

Groupes d'âges	Effectifs		Rapport de masculinité *	Pourcentages sur le total		
	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes	Total
Moins de 30 ans	69	143	207,2	3,2	6,6	9,8
30-39	155	318	205,2	7,2	14,7	21,9
40-49	240	401	167,1	11,1	18,5	29,6
50-59	230	305	132,6	10,6	14,1	24,7
60 & +	160	143	89,4	7,4	6,6	14,0
Total	854	1310	153,4	39,5	60,5	100,0
Age moyen (en années)	48,3	44,5				

* Rapport de masculinité = nombre d'hommes rapporté au nombre de femmes.
Remarque : Les non-réponses sont exclues du total

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

Tableau A3. Répartition des patients selon le type de structures fréquentées au moment de l'enquête (population 1)

Type de structures	Effectifs	Pourcentages
Hospitalisation à plein temps	1 624	79,9
Accueil familial thérapeutique (AFT)	223	11,0
Centre postcure	68	3,3
Appartement thérapeutique, ou prise en charge complète dans différentes structures*	57	2,8
Hospitalisation à domicile (HAD)	44	2,2
Autre	17	0,8
Total**	2 033	100,0

* Par exemple hôpital de jour et hôpital de nuit, ou hôpital de nuit et atelier thérapeutique, ou hôpital de jour CMP et appartement thérapeutique. Les non-réponses sont exclues du total.
Remarque : Les résultats de ce tableau découlent du travail d'agrégation des données opéré en amont de l'analyse et explicité dans la partie méthodologique précédente (voir *supra*). Il tient compte des cas où le patient est pris en charge par plusieurs structures.

Tableau A4. Répartition selon la durée de séjour et l'âge à l'enquête (population 1)

Durée passée dans la structure (en années révolues)	Age à l'enquête					Total
	Moins de 30 ans	30-39	40-49	50-59	60 & +	
9 mois-1 an	44,3	35,7	30,0	27,0	33,5	32,5
2-4 ans	33,8	27,5	21,5	16,8	15,6	22,1
5-9 ans	17,9	16,5	17,1	16,4	12,6	16,3
10 ans & +	4,0	20,3	31,4	39,8	38,3	29,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	201	448	590	488	269	1996

Test du Khi-2 significatif avec $p < 0,001$ Remarque : Les non-réponses sont exclues du total

Tableau A5. Répartition selon le type de structure fréquentée et la durée passée dans cette structure au moment de l'enquête (population 1)

Type de structure	Durée passée dans la structure au moment de l'enquête			Total	Effectifs
	9-12 mois	1-4 ans	5 ans & +		
Hospitalisation à plein temps	8,0	45,9	46,1	100,0	1621
AFT	5,4	42,2	52,5	100,0	223
Autres*	6,1	64,1	29,8	100,0	181
Total	7,5	47,1	45,4	100,0	2025

* Autres = principalement centre postcure, HAD et appartement thérapeutique / Test du Khi-2 significatif avec $p < 0,001$ / Remarque : Les non-réponses sont exclues du total

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

Tableau A6. Répartition selon la durée de prise en charge et calcul de la durée médiane (population 1)

Durée	Effectifs	Pourcentages
9 à 12 mois	152	7,5
1 an	505	24,9
2 à 4 ans	449	22,2
5 à 9 ans	329	16,2
10 à 14 ans	196	9,7
15 à 19 ans	123	6,1
20 à 29 ans	177	8,7
30 à 50 ans	94	4,6
Total	2025	100,0
Durée médiane (en années)	3,1	
Remarque : Les non-réponses sont exclues du total		

Tableau A7 : Répartition des patients selon le diagnostic et la durée passée dans la structure au moment de l'enquête (population 1)

Diagnostic	Durée passée dans la structure			Total	Effectifs
	9-12 mois	1-4 ans	5 ans &+		
F00-F09	9,5	46,3	44,2	100,0	95
F20-F29	7,4	49,4	43,1	100,0	1222
F70-F79	3,2	34,4	62,3	100,0	154
F80-F89	2,9	34,3	62,8	100,0	277
Autre*	14,4	57,4**	28,1	100,0	263
Ensemble	7,5	47,1	45,4	100,0	2011
* Autre = F10-19, F30-39, F40-49, F50-59, F60-69, F90-98, F99, G.					
** Ce pourcentage porte sur 151 patients, dont 38 % souffrent de troubles mentaux et du comportement, 28 % des troubles de la personnalité et 24 % des troubles de l'humeur.					
Test du Khi-2 significatif avec $p < 0,001$					
Remarque : Les non-réponses sont exclues du total					

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

Tableau A8. Répartition des patients selon le diagnostic et l'âge au moment de l'enquête (population 1)

Diagnostic	Age à l'enquête					Total	Effectifs
	Moins de 30 ans	30-39	40-49	50-59	60 & +		
F00-F09	4,9	11,7	29,1	29,1	25,2	100,0	<u>0103</u>
F20-F29	9,0	21,3	32,6	23,2	13,8	100,0	1308
F70-F79	9,4	18,2	33,3	30,8	8,2	100,0	159
F80-F89	15,4	37,0	27,4	16,4	3,8	100,0	292
Ensemble	9,7	21,7	29,7	24,8	14,0	100,0	2152

Test du Khi-2 significatif avec $p < 0,001$
 Remarque : Les non-réponses sont exclues du total

Tableau A9. Répartition des patients selon la consommation de tabac, alcool, stupéfiants et médicaments (population 1)

Produit consommé	Effectifs	%
Tabac	717	32,5
Alcool	194	8,8
Stupéfiants	96	4,4
Médicaments	44	2,0

Tableau A10. Répartition des patients selon l'inscription dans une activité (population 1)

Type d'activité	Effectifs	%
Aucune activité	1133	51,4
Loisirs / vie associative	515	23,4
Éducation / apprentissage / formation	282	12,8
Travail / recherche d'emploi	76	3,4
<u>Les 3 activités</u>	197	8,9
Total	2203	100,0

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

Tableau A11. Répartition des patients selon l'inscription dans une activité, en fonction du groupe d'âges et de la durée de la prise en charge (population 1)

	Inscription dans une activité liée au :						Total
	Travail		Éducation		Loisirs		
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	
Groupes d'âges							
17-29	76,5	23,5	58,2	41,8	39,4	60,6	100,0
30-39	82,8	17,2	68,6	31,4	49,8	50,2	100,0
40-49	87,9	12,1	77,6	22,4	55,0	45,0	100,0
50-59	91,6	8,4	85,3	14,7	61,6	38,4	100,0
60 & +	95,7	4,3	91,1	8,9	69,3	30,7	100,0
Durée de prise en charge							
9 mois-1 an	82,9	17,1	75,2	24,8	52,6	47,4	100,0
2-4 ans	86,4	13,6	73,5	26,5	48,6	51,4	100,0
5-9 ans	86,6	13,4	76,3	23,7	57,4	42,6	100,0
10ans&+	94,6	5,4	84,4	15,6	63,4	36,6	100,0
Ensemble	87,7	12,3	77,7	22,3	55,6	44,4	100,0

Tableau A12. Types de soins dispensés au patient (population 1)

Types de soins (1)	Jour	Semaine	Mois	Année	Aucun soin	Total (Effectifs)
Consultations psychiatriques	10,3	48,4	34,5	--	6,8	100,0 (2203)
Soins infirm./ relations	73,0	14,2	4,4	0,1	8,4	100,0 (2203)
Groupes médiation activité	5,5	20,0	3,4	0,9	70,2	100,0 (2203)
Psycho. individuelle	2,2	19,4	5,0	--	73,4	100,0 (2203)
Atelier activité éducative	5,8	16,2	2,5	--	75,5	100,0 (2203)
Psycho. de groupe	1,0	9,1	1,7	--	88,3	100,0 (2203)
Guidance familiale	1,5	2,1	6,4	--	89,9	100,0 (2203)
Psychomotricité	0,9	8,0	0,7	--	90,4	100,0 (2203)
Autres*	2,3	1,8	0,9	1,2	93,8	100,0 (2203)
Thérapie familiale	0,1	0,3	2,5	--	97,1	100,0 (2203)
Orthophonie	0,2	0,9	0,1	--	98,8	100,0 (2203)

* La catégorie « Autres » est restée fermée dans le questionnaire, son contenu ne peut donc être détaillé.

Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en IDF

Types de soins (2)	Effectifs	%
Psychotropes	1749	79,4
Suivi social	1161	52,7
Thérapie institutionnelle	937	42,5
Recours isolement	243	11,0
Sismothérapie	18	0,8
Réaction du patient		
Déni de la maladie	489	22,2
Opposant aux traitements	208	9,4
Remarque : les pourcentages ont été calculés en rapportant chaque effectif à l'effectif total de la population 1 (soit 2203 personnes).		

Tableau A13. Répartition des patients selon l'existence d'un projet d'orientation et sa nature, en fonction de la durée passée dans la structure (population 1)

Projet d'orientation	Durée passée dans la structure				Total	Effectifs
	9 mois -1 an	2-4 ans	5-9 ans	10 ans &+		
Pas de projet	26,1	22,1	21,3	30,5	100,0	525
Orientation en structure avec hébergement	30,6	22,1	14,9	32,3	100,0	1252
Retour en milieu ouvert	55,2	22,6	12,1	10,1	100,0	248
Ensemble	32,4	22,2	16,2	29,1	100,0	2025
Test du Khi-2 significatif avec $p < 0,001$						
Remarques : Les non-réponses sont exclues du total						

Tableau A14. Répartition des personnes enquêtées selon la présence d'un membre de la famille directe (population 1)

Famille du patient	Effectifs	%
Au moins un membre	1866	84,7
Non-réponse	337	15,3
Total	2203	100,0

Tableau A15. Répartition des personnes enquêtées selon la présence d'au moins un membre de la famille directe (population 1)

Famille du patient	Effectifs	%
Frère(s) / sœur(s)	1317	59,8
Mère	1028	46,7
Père	618	28,1
Enfant(s)	365	16,6
Conjoint	121	5,5

Remarque : les pourcentages sont calculés en rapportant chaque effectif à l'effectif total de la population 1 (soit 2203 personnes).

Tableau A16. Entourage familial et social selon l'ancienneté de séjour au moment de l'enquête (population 1)

Entourage familial et social	Durée passée dans la structure				Total
	9 mois - 1 an	2-4 ans	5-9 ans	10 ans &+	

Présence d'au moins un membre de la famille directe

Oui	86,9	89,8	89,4	77,1	85,1
Non	13,1	10,2	10,6	22,9	14,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Contact de la famille ou des proches avec l'équipe soignante

Oui	82,2	77,1	82,1	73,1	78,4
Non	17,8	22,9	17,9	26,9	21,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Contact du patient à l'extérieur de l'hôpital

Oui	63,3	66,8	62,6	45,9	58,9
Non	36,7	33,2	37,4	54,1	41,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Pas de relations*

Oui	40,2	41,9	44,1	56,4	45,9
Non	59,8	58,1	55,9	43,6	54,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Effectifs	657	449	329	590	2025
------------------	------------	------------	------------	------------	-------------

*Quel que soit le type de relations : travail, loisirs et sociales

Tableau A17. Entourage familial et social selon l'âge du patient à l'enquête (population 1)

Entourage familial et social	Age à l'enquête					Total
	Moins de 30 ans	30-39	40-49	50-59	60 & +	

Présence d'au moins un membre de la famille directe

Oui	94,8	93,2	87,4	76,7	72,6	84,7
Non	5,2	6,8	12,6	23,3	27,4	15,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Contact de la famille ou des proches avec l'équipe soignante

Oui	87,3	83,5	80,1	74,3	71,3	78,9
Non	12,7	16,5	19,9	25,7	28,7	21,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Contact du patient à l'extérieur de l'hôpital

Oui	77,0	70,6	59,5	47,6	43,6	58,5
Non	23,0	29,4	40,5	52,4	56,4	41,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Pas de relations*

Oui	35,7	42,9	45,0	47,9	58,4	46,2
Non	64,3	57,1	55,0	52,1	41,6	53,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Khi-2 significatif avec $p < 0,001$

Effectifs	213	473	642	536	303	2167
------------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------

*Quel que soit le type de relation : travail, loisirs et sociales

Tableau A18. Répartition selon le sexe et l'âge et calcul de l'âge moyen (population 2)

Groupes d'âges	Pourcentages sur le total			Rapport de masculinité (p.100) *
	Femmes	Hommes	Total	
Moins de 30 ans	4,8	9,3	14,1	193,2
30-39	9,2	16,4	25,6	178,6
40-49	11,0	17,2	28,1	157,0
50-59	7,7	13,1	20,8	171,4
60 & +	5,3	6,0	11,3	114,6
Total	37,9	62,1	100,0	163,9
<i>Effectifs</i>	346	567	913	
Age moyen (en années)	45,0	42,7	43,6	

* Rapport de masculinité = nombre d'hommes rapporté au nombre de femmes.
Remarque : Les non-réponses sont exclues du total

Tableau A19. Répartition des patients selon le nombre d'années passées dans la structure et le type de structure fréquentée (population 2)

Durée de prise en charge	CATTP et/ou CMP	Hôpital de jour	Hospitalisation temps plein	Total
Inf. 1 an	13,3	19,4	100,0*	54,7
1 an	18,6	30,2		13,9
2 à 4 ans	20,2	19,4		10,9
5 à 9 ans	14,4	13,1		7,1
10 à 14 ans	13,8	5,9		5,5
15 à 19 ans	10,1	6,3		4,1
20 à 29 ans	9,0	5,9		3,7
30 à 50 ans	0,5	0,0		0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	188	222	315	835
Médiane (en années)	3,7	1,1	0,4	0,9

* Pour les hospitalisations à plein temps dans la population 2, il s'agit de durées inférieures à 9 mois.

Tableau A21. Répartition des patients selon la présence d'une pathologie associée (population 2)

Type de pathologie	Effectifs	%
Troubles du sommeil	86	8,9
Déficience intellectuelle	80	8,3
Incontinence urinaire	27	2,8
Surdité partielle ou totale	21	2,2
Vision nulle ou diminuée	19	2,0
Incontinence fécale	13	1,3
Remarque : chaque pourcentage est calculé sur l'ensemble des patients de la population 2 (N=969)		

Tableau A22. Répartition des patients selon les degrés d'autonomie dans les déplacements (population 2)

Déplacements	Effectifs	%
Transports en commun	631	65,1
Limités à environnement immédiat	214	22,1
Autres transports (taxi, ambulance)	58	6,0
Transports personnels	46	4,7
Non-réponse	20	2,1
Total	969	100,0

Tableau A23. Répartition des patients selon le projet d'orientation (population 1 & 2)

Type de projet	Population 1	Population 2
Milieu ouvert	12,0	26,3
Structure avec hébergement	62,4	36,2
Pas de projet	25,5	37,5
Total	100,0	100,0
Effectifs	2203	967
Les non-réponses sont exclues du total. Test du Khi-2 significatif avec $p < 0,001$.		

Tableau A24. Répartition des personnes enquêtées selon la présence d'au moins un membre de la famille directe (population 2)

Famille du patient	Effectifs	%
Frère(s) / sœur(s)	589	60,8
Mère	457	56,4
Père	366	37,8
Enfant(s)	223	23,0
Conjoint	112	11,6
Remarque : les pourcentages sont calculés en rapportant chaque effectif à l'effectif total de la population 2 (N=969)		

ANNEXE 5

FIGURES

Figure A1 : Distribution des effectifs par sexe et âges (population 1)



Figure A2 : Rapport de masculinité par groupes d'âge (population 1)

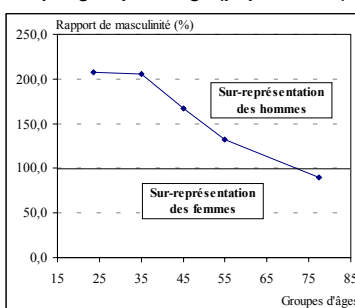


Figure A3 : Répartition des patients selon le type de ressources (population 1)

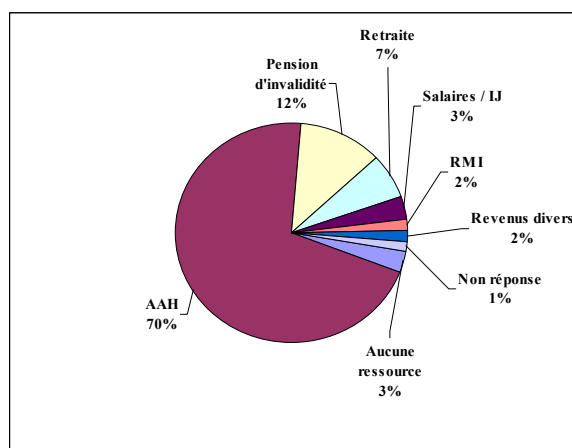


Figure A4. Répartition des patients selon les mesures de protection juridique (population 1)

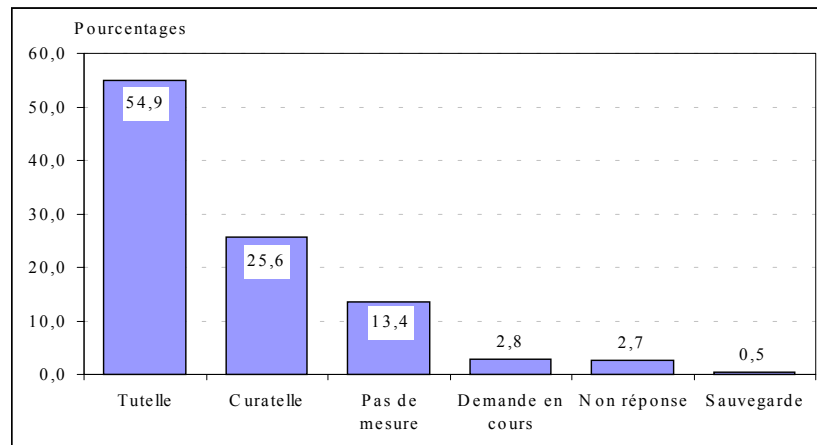


Figure A5. Répartition des patients selon les degrés d'autonomie dans les déplacements (population 1)

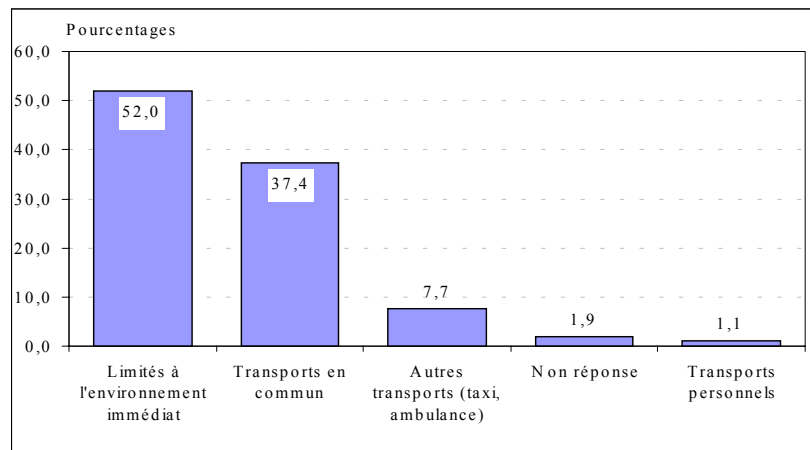


Figure A6. Répartition proportionnelle par groupes d'âges et par sexe des populations 1 et 2

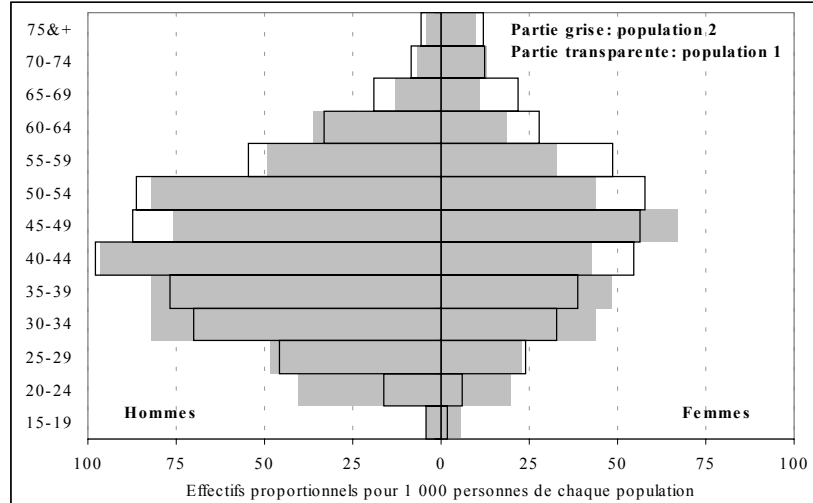
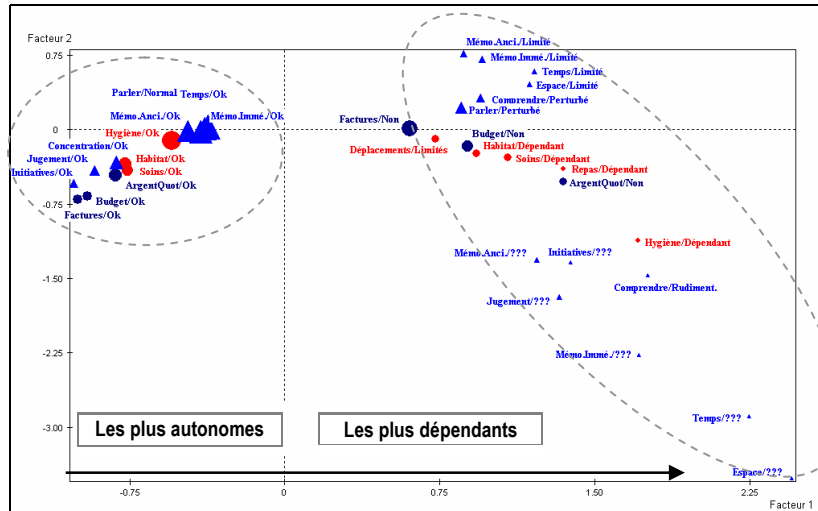
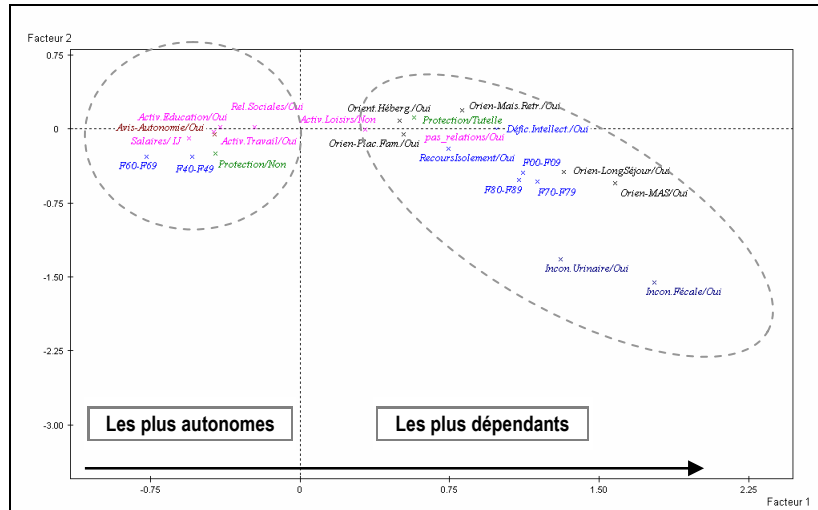


Figure A7. Axe 1 de l'ACM, disposition des variables actives (population 2)



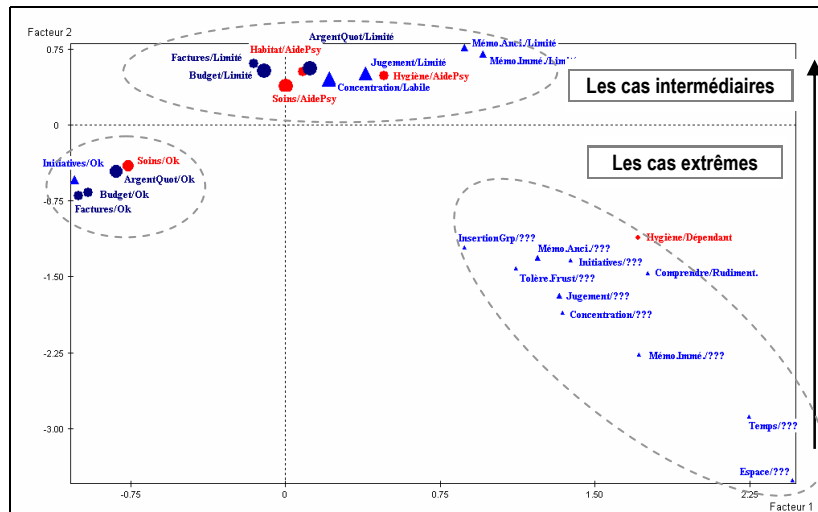
Remarque : Sont graphiquement représentées les modalités les plus contributives à la construction de l'axe 1. La taille des symboles est proportionnelle au taux de contribution.

Figure A8. Axe 1 de l'ACM, disposition des variables illustratives (population 2)



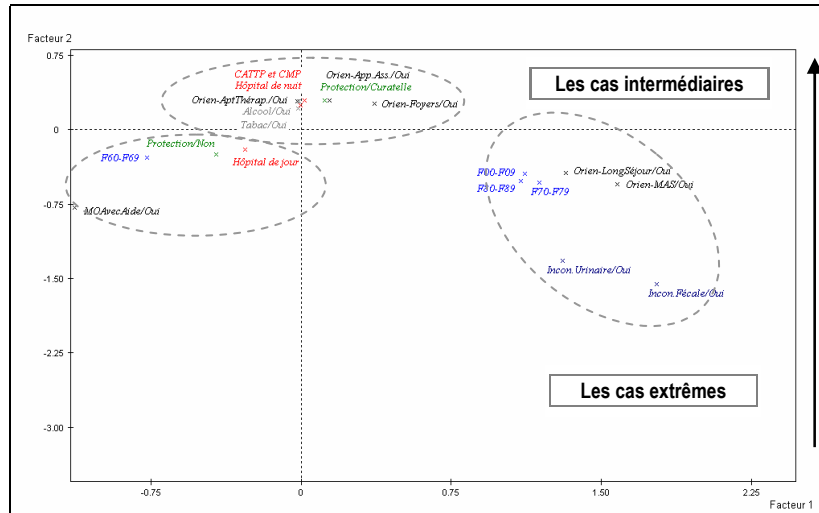
Remarque : Pour une meilleure lisibilité du graphique, ne sont représentées que les modalités illustratives dont la valeur-test est la plus élevée.

Figure A9. Axe 2 de l'ACM, disposition des variables actives (population 2)



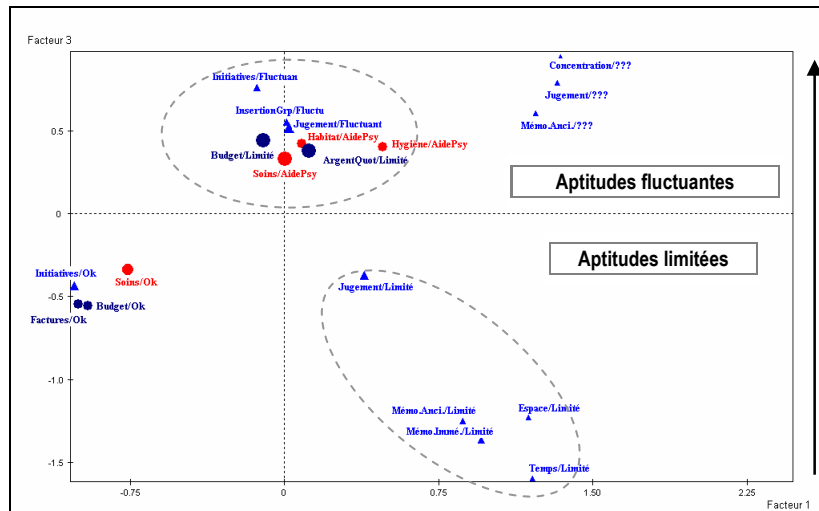
Remarque : Sont graphiquement représentées les modalités les plus contributives à la construction de l'axe 2. La taille des symboles est proportionnelle au taux de contribution.

Figure A9. Axe 2 de l'ACM, disposition des variables illustratives (population 2)



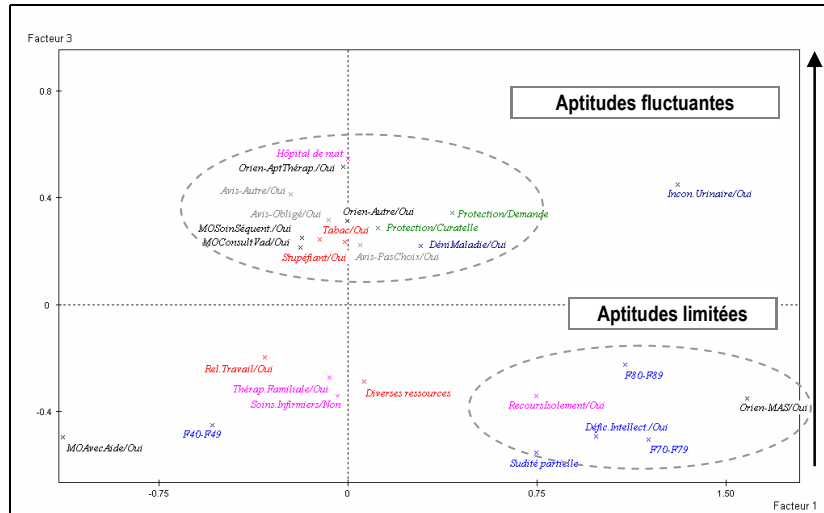
Remarque : Pour une meilleure lisibilité du graphique, ne sont représentées que les modalités illustratives dont la valeur-test est la plus élevée.

Figure A10. Axe 3 de l'ACM, disposition des variables actives (population 2)



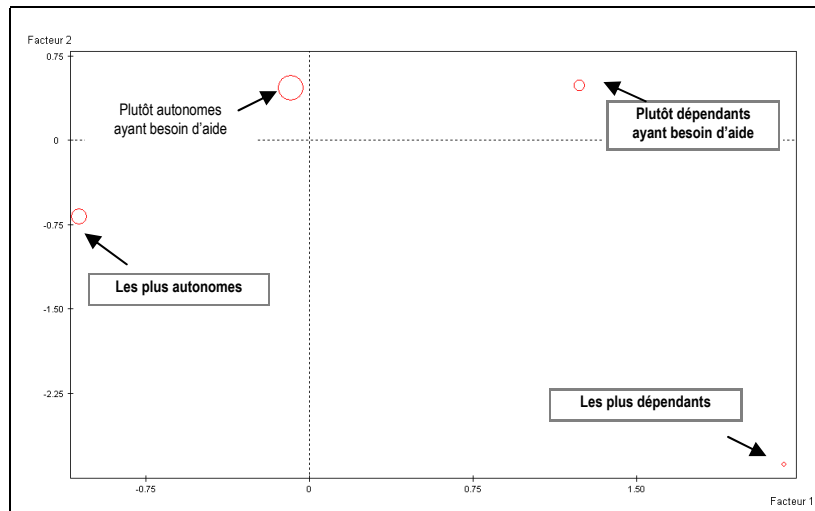
Remarque : Sont graphiquement représentées les modalités les plus contributives à la construction de l'axe 3. La taille des symboles est proportionnelle au taux de contribution.

Figure A11. Axe 3 de l'ACM, disposition des variables illustratives (population 2)



Remarque : Pour une meilleure lisibilité du graphique, ne sont représentées que les modalités illustratives dont la valeur-test est la plus élevée.

Figure A12. Classification hiérarchique en quatre groupes (population 2)



ANNEXE 6

ANALYSE FACTORIELLE ET CLASSIFICATION CONCERNANT LA POPULATION 1

Après une description du profil général des patients au long cours appartenant à la population 1, l'analyse factorielle propose une approche multidimensionnelle des caractéristiques de ces personnes et permet ainsi une vue plus synthétique des éléments d'information disponibles. L'analyse factorielle constitue une phase intermédiaire dans l'exploration des données, entre l'analyse bivariée, qui consiste à comparer les variables deux à deux (tris croisés) et la classification hiérarchique, qui définit et répartit la population étudiée en groupes d'individus présentant des caractéristiques similaires (construction d'une typologie).

L'analyse factorielle⁶¹ distingue deux catégories de variables : les **variables actives** qui construisent l'analyse (et les classes) et les **variables illustratives** qui, comme le nom l'indique, ne participent pas à la construction des axes factoriels, mais viennent *a posteriori* apporter des précisions sur la proximité entre les variables ou les individus mis en évidence au niveau des paramètres actifs.

Conformément aux objectifs visés par cette étude, les variables actives retenues concernent uniquement les aptitudes (liées au fonctionnement intellectuel et psychique) et les habitudes de vie (réalisation des activités de la vie quotidienne), les autres items du questionnaire étant pris en compte sous la forme de variables illustratives. En effet, l'étude vise à construire une typologie des patients au long cours à partir d'une observation partagée et non clinique, c'est-à-dire d'une observation centrée sur les potentialités des patients et leur inscription dans les activités de la vie quotidienne, compte tenu de l'environnement dans lequel ils vivent (en l'occurrence, essentiellement en hospitalisation à temps complet) et non à partir de leur diagnostic, des symptômes associés ou encore des projets de sortie qui ont été faits pour eux. L'observation partagée fait référence à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF) de

61. Rappelons que la méthode statistique utilisée pour l'analyse factorielle est l'« Analyse des correspondances multiples (ACM) »

l'OMS, classification non liée à une discipline particulière, contrairement par exemple à la Classification internationale des maladies (CIM), et qui peut donc être utilisée par des intervenants appartenant à des disciplines ou des champs de compétences différents⁶². Ce postulat méthodologique devrait permettre ainsi de faciliter une réflexion commune entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social.

L'ACM menée propose trois axes d'analyse qui correspondent à trois niveaux de lecture synthétique des informations disponibles sur les patients au long cours appartenant à la population 1. Le premier axe décrit ainsi de manière générale la population 1 qui diffère selon un niveau global d'autonomie. Le deuxième axe porte un éclairage particulier sur une population intermédiaire en terme d'autonomie, tandis que le troisième axe affine encore l'analyse en distinguant plusieurs groupes au sein de la population intermédiaire identifiée par l'axe 2.

|| Dépendance et autonomie : un premier niveau de lecture

D'une façon générale, l'axe 1 représente l'axe de l'autonomie dans les aptitudes (liées au fonctionnement intellectuel et psychique) et dans les habitudes de vie (réalisation des activités quotidiennes). L'autonomie semble ainsi décroître progressivement de la gauche de l'axe vers la droite (lecture horizontale du graphique en Figure B1).

Alors que pour la partie gauche de l'axe, la plupart des paramètres actifs sont évalués comme « bons », « normaux » ou correspondant à une « réalisation complète » et de façon autonome de l'activité⁶³, ces mêmes paramètres se voient attribuer, dans la partie droite de l'axe des appréciations traduisant une limitation ou une absence d'autonomie (« limités », « dépendant », « rudimentaire », « indicible », « difficile à évaluer »)⁶⁴.

Mais l'interprétation des variables sur l'axe 1 (Figure B1) peut être affinée, au-delà de l'opposition binaire précédente, en décrivant quatre amas de variables (deux groupes de chaque côté de l'axe) :

62. Un des grands intérêts de la CIF est de mettre en lien les capacités et réalisations effectives d'une personne avec les environnements dans lesquels elle vit.

63. Pour une lecture graphique plus aisée, quand les variables actives prennent la valeur « normal », « bon », « bonne » ou « réalisation complète » (voir le questionnaire en Annexe 3), il est systématiquement ajouté au nom de la variable le terme « Ok » qui regroupe ces différentes appellations. « Ok » correspond au niveau d'autonomie le plus élevé pour chacune des aptitudes ou activités.

64. Pour une lecture plus aisée du graphique, l'item « difficile à évaluer » prévu dans la plupart des aptitudes liées au fonctionnement intellectuel ou psychique (voir le questionnaire en Annexe 3) a été remplacé par le code suivant « ??? ».

– **Le niveau le plus élevé d'autonomie** (à l'extrême gauche de l'axe 1, en haut) se caractérise d'abord par une gestion financière autonome (ou une capacité à le faire pour ceux dont l'environnement actuel ne permet pas d'exercer totalement cette activité), des petits achats quotidiens (*ArgentQuot./Ok*) au règlement d'une facture (*Factures/Ok*), et dans une moindre mesure par la capacité à s'occuper de sa chambre et de ses effets personnels (*Habitat/Ok*) ainsi qu'à exprimer si nécessaire une demande de soins (*Soins/Ok*). Cette forte autonomie dans la réalisation des activités quotidiennes s'accompagne généralement de bonnes capacités en termes de concentration (*Concentration/Ok*), de raisonnement (*Jugement/Ok*) et de prise d'initiatives (*Initiatives/Ok*).

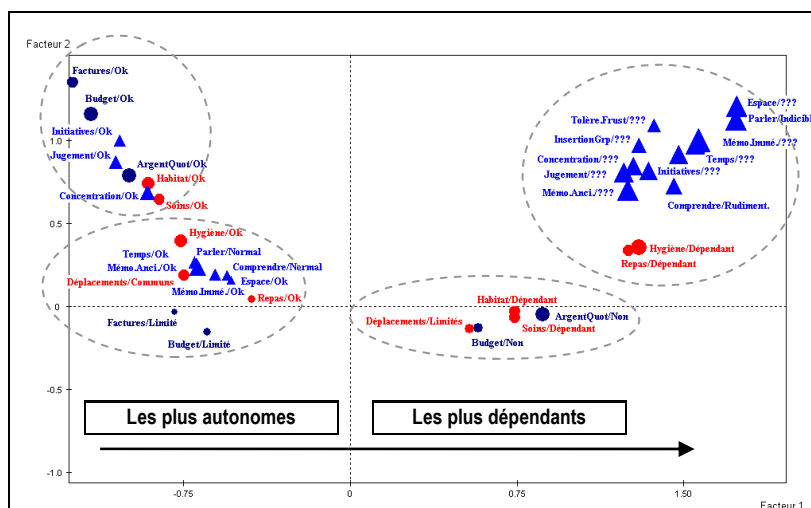
– Quand **un niveau d'autonomie satisfaisant** (partie gauche de l'axe 1, mais plus proche du centre) est observé chez des patients dans la prise de repas (*Repas/Ok*), les soins corporels (*Hygiène/Ok*) et les déplacements (*Déplacmnts/Communs*)⁶⁵, leurs aptitudes sont généralement jugées bonnes en termes d'orientation spatio-temporelle (*Espace/Ok* et *Temps/Ok*), de mémorisation (*Mémo. Imm./Ok* et *Mémo. Anci/Ok*) et de compréhension et expression verbale (*Comprendre/Ok* et *Parler/Ok*). En revanche, leur gestion financière s'avère plus limitée (*Budget/Limité* et *Factures/Limité*).

– **Un niveau d'autonomie limité** caractérise un autre groupe de patients (partie droite du graphique, en bas). Ils se distinguent avant tout par une dépendance dans la gestion financière (*Argent-Quot./Non* et *Budget/Non*), les déplacements (*Déplacmnts/Limités*), dans la gestion de leur espace personnel (*Habitat/Dépendant*) et dans l'expression d'une demande de soins (*Soins/Dépendant*). Cependant, la dépendance observée dans ces quatre activités ne semble pas liée à un type d'aptitudes ou d'inaptitudes dans le fonctionnement intellectuel.

– **Les plus dépendants** (le groupe de variables le plus à droite du graphique) se caractérisent par une forte dépendance dans deux actes élémentaires de la vie quotidienne que sont la prise de repas et l'hygiène. Cette dépendance est liée, en termes d'aptitudes relatives au fonctionnement intellectuel, à une incapacité à comprendre et à s'exprimer. En l'absence de communication possible, toutes les autres capacités du fonctionnement intellectuel sont jugées comme difficiles à évaluer par l'équipe.

65. Pour la variable concernant les déplacements, « utiliser un transport personnel (voiture, moto, vélo, etc.) » correspond au mode de déplacement traduisant la plus forte autonomie. Mais en l'absence d'effectifs suffisants à cette modalité, seuls seront représentés dans les différentes analyses, « l'utilisation des transports en commun » (du côté de l'autonomie) et « les déplacements limités à l'environnement immédiat » (du côté de la dépendance).

Figure B1. Axe 1 de l'ACM, disposition des variables actives (population 1)



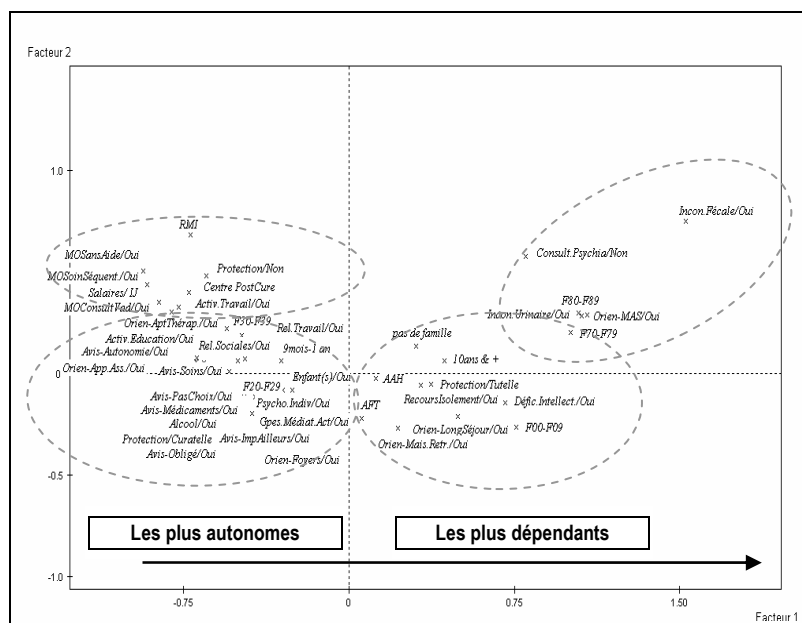
Remarque : Sont graphiquement représentées les modalités les plus contributives à la construction de l'axe 1. La taille des symboles est proportionnelle au taux de contribution.

Au **niveau le plus élevé d'autonomie**, se distinguent plusieurs caractéristiques spécifiques qui contribuent à illustrer le profil des malades y figurant (variables illustratives présentées en Figure B2). Ces caractéristiques sont plus prononcées dans ce groupe par rapport à l'ensemble de la population 1. Il s'agit notamment du type de ressources et du projet d'orientation, et plus précisément de personnes :

- percevant un salaire ou une indemnité journalière (*Salaires/LJ*)⁶⁶, ou encore bénéficiant du RMI ;
- inscrites dans une activité liée au travail, comme la recherche d'un emploi ou une occupation rémunérée (*Activ.Travail/Oui*) ;
- n'ayant aucune mesure de protection judiciaire (*Protection/Non*) ;
- et surtout orientées vers un projet de retour en milieu ouvert, pour certains sans aide, et pour d'autres afin d'y recevoir des soins séquentiels ou des consultations visites à domicile (*MOSansAide, MOSoinSéquent, MOConsultVad*).

⁶⁶. Rappelons que ces deux types de ressources ne sont pas dissociés dans le questionnaire de l'enquête.

Figure B2. Axe 1 de l'ACM, disposition des variables illustratives (population 1)



Remarque : Pour une meilleure lisibilité du graphique, ne sont représentées que les modalités illustratives dont la valeur-test est la plus élevée.

En revanche, **le niveau d'autonomie satisfaisant** correspond, plus souvent que pour l'ensemble de la population 1, à des personnes :

- souffrant de « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (*F20-F29*) ou de « troubles de l'humeur » (*F30-F39*) ;
- connaissant une durée de prise en charge inférieure à 2 ans (*9 mois-1 an*) ;
- bénéficiant d'une mesure de curatelle (*Protection/Curatelle*) ;
- ayant exprimé un avis vis-à-vis de la raison de leur prise en charge en psychiatrie, avis qui exprime un choix délibéré pour y retrouver une vie autonome, obtenir des médicaments et des soins (*Avis-Autonomie, Avis-Médicaments, Avis-Soins*), ou encore un avis qui dénote une prise en charge contrainte (*Avis-PasChoix, Avis-Obligé, Avis-ImpAilleurs*) ;
- présentant une vie sociale et familiale relativement riche illustrée par des relations sociales avec des personnes rencontrées dans le cadre du travail (*Rel.Travail*), avec des amis ou des voisins (*Rel.Sociales*) ; la présence d'enfants (*Enfant(s)/Oui*) ;

- dont le projet d'orientation vise plutôt des structures avec hébergement dans le secteur sanitaire (appartement thérapeutique), dans le secteur social (appartement associatif) ou dans le secteur médico-social (foyers) ;
- enfin inscrites dans une démarche de psychothérapie individuelle (*PsychoIndiv/Oui*) ou dans des groupes thérapeutiques utilisant la médiation d'une activité (*GPES.Médiat.Act/Oui*).

Le **niveau d'autonomie limité** concerne, davantage que le reste de la population 1, des personnes :

- souffrant de « troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques » (*F00-F09*) ;
- connaissant une durée de prise en charge supérieure à 10 ans auprès de l'équipe qui le suit au moment de l'enquête (*10ans&+*) quels que soient les changements opérés dans les modalités de cette prise en charge (comme un changement de structure) ;
- n'ayant pas de famille déclarée par l'équipe soignante (*pas de famille*) ;
- bénéficiant d'une mesure de tutelle (*Protection/Tutelle*) ;
- touchant une allocation adulte handicapé (*AAH*) ;
- ayant une déficience intellectuelle (*Défic.Intellect/Oui*) ;
- et plutôt orientées vers des structures de type long séjour ou des maisons de retraite (*Orien-LongSéjour/Oui, Orien-Mais. Retr/Oui*).

Les plus dépendants se caractérisent quant à eux par une proportion plus forte que l'ensemble de la population 1 de personnes :

- souffrant d'un retard mental (*F70-F79*) ou de troubles du développement psychologique (*F80-F89*) ;
- présentant une incontinence urinaire ou fécale (*Incon. Urinaire/Oui, Incon.Fécale/Oui*) ;
- ne bénéficiant d'aucun soin psychiatrique particulier (*Consult. Psychia/Non*) ;
- et dont le projet d'orientation pencherait vers des hébergements de type maison d'accueil spécialisée (*Orien-MAS/Oui*).

|| **Les populations en situation « intermédiaire »**

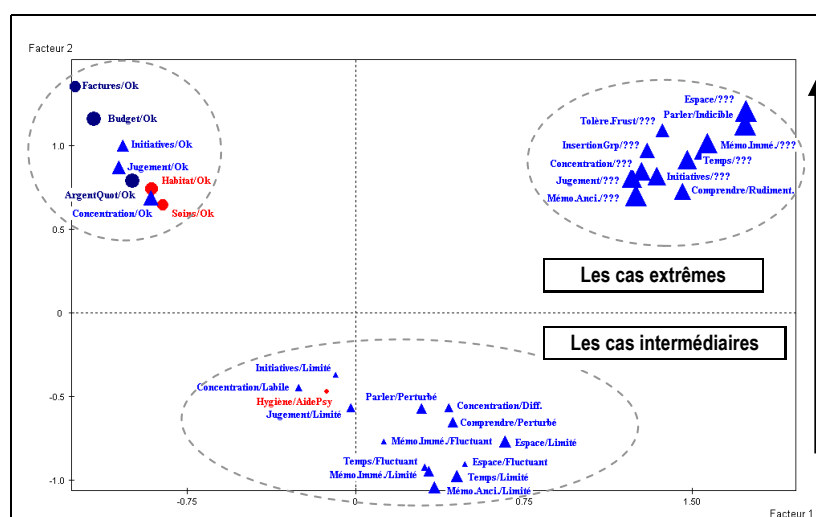
L'axe 2 apporte un éclairage supplémentaire sur les situations intermédiaires en terme d'autonomie.

En effet, il oppose sur un axe vertical (Figure B3) :

- d’une part, « les plus dépendants » et « les plus autonomes », deux groupes extrêmes sur une échelle globale d’autonomie, situés dans le graphique précédent à chaque extrémité de l’axe 1 ;
- et d’autre part, une population pour laquelle les aptitudes sont jugées limitées ou fluctuantes et la réalisation des habitudes de vie comme nécessitant le soutien psychologique d’un tiers, appelés « cas intermédiaires ».

Le nuage de variables assez étendu dans la partie basse du graphique montre ainsi que les situations intermédiaires, à ce stade d’analyse, recouvrent des profils très diversifiés, qu’il est nécessaire d’étayer davantage.

Figure B3. Axe 2 de l’ACM, disposition des variables actives (population 1)



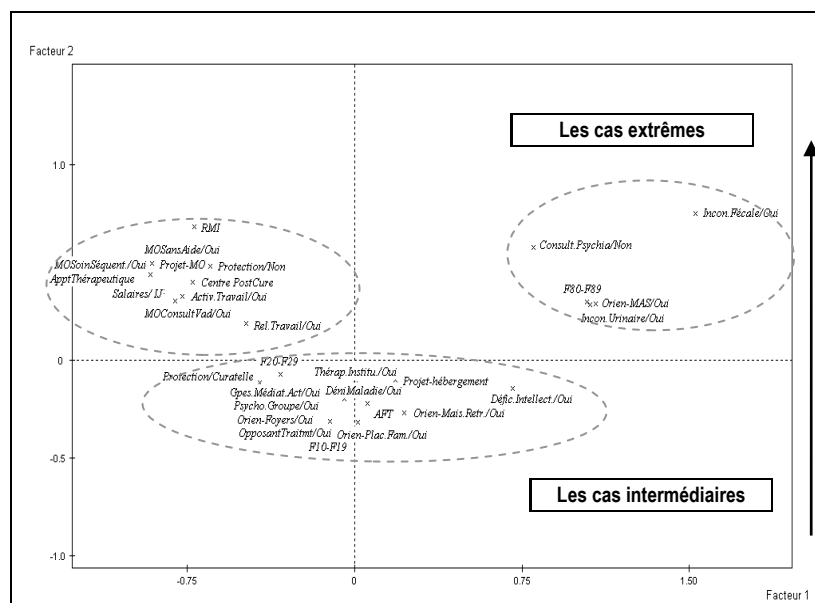
Remarque : Sont graphiquement représentées les modalités les plus contributives à la construction de l’axe 2. La taille des symboles est proportionnelle au taux de contribution.

Les variables illustratives en mesure d’apporter des informations complémentaires sur ces situations intermédiaires se caractérisent par une sur-représentation de personnes (Figure B4) :

- souffrant de « troubles mentaux et du comportement liés à l’utilisation de substances psycho-actives » (*F10-F19*), ou de « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (*F20-F29*). Ce dernier groupe, constituant plus de la moitié de la population 1 (soit 60 %), est indicatif du poids non négligeable de ce groupe en situation intermédiaire ;

- prises en charge en Accueil familial thérapeutique (*AFT*) ;
- bénéficiant d’une mesure de curatelle (*Protection/Curatelle*) ;
- identifiées pour certains comme étant dans le déni de la maladie (*DéniMaladie/Oui*), et pour d’autres comme marquant une opposition aux traitements proposés (*OpposantTraitmt/Oui*). Ces deux items ne concernent pas toujours les mêmes populations comme il a été démontré plus haut (cf. Annexe 4, Tableau A12) ;
- inscrites dans une démarche relevant de la thérapie institutionnelle (*ThérapInstitu/Oui*), dans une psychothérapie de groupe (*Psycho.Groupe/Oui*) ou dans des groupes thérapeutiques utilisant la médiation d’une activité (*Gpes.Médiat.Act/Oui*) ;
- et dont le projet relève d’une orientation soit dans un foyer (*Orien-Foyers/Oui*), soit en placement familial (*Orien-Plac.Fam/Oui*), ou encore dans une maison de retraite (*Orien-Mais.Reutr/Oui*).

Figure B4. Axe 2 de l’ACM, disposition des variables illustratives (population 1)



Remarque : Pour une meilleure lisibilité du graphique, ne sont représentées que les modalités illustratives dont la valeur-test est la plus élevée.

Ces différentes caractéristiques illustratives des cas intermédiaires en deuxième lecture de la base de données, indiquent bien la diversité des situations regroupées sous cette rubrique, que la troisième lecture ci-dessus vient étayer.

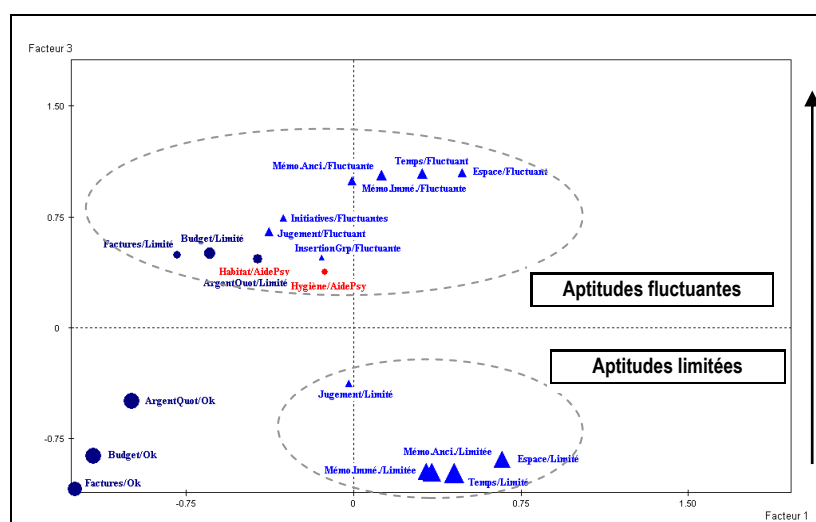
Les capacités « limitées » et « fluctuantes » : des populations différentes

Le troisième axe d'analyse permet d'affiner la lecture des situations intermédiaires. Deux populations distinctes s'y opposent en lecture verticale (Figure B5) :

- d'une part, les patients pour lesquels les aptitudes sont définies comme limitées, au niveau de l'orientation spatio-temporelle, de la mémorisation et du raisonnement (situées dans la partie basse du graphique, à droite) ;
- et d'autre part, les patients dont les aptitudes sont plutôt définies comme fluctuantes (situées en haut du graphique).

Pour le deuxième groupe, il apparaît que le caractère fluctuant dans les capacités des personnes à s'orienter dans l'espace et le temps, à mémoriser ou à raisonner s'accompagnent généralement de prises d'initiatives irrégulières, d'une limitation de l'autonomie financière et d'un besoin de stimulation ou de sollicitation de la part d'un tiers pour s'occuper de leurs effets personnels (*Habitat/SoutienPsy*) ou encore exprimer une demande de soins (*Soins/SoutienPsy*).

Figure B5. Axe 3 de l'ACM, disposition des variables actives (population 1)

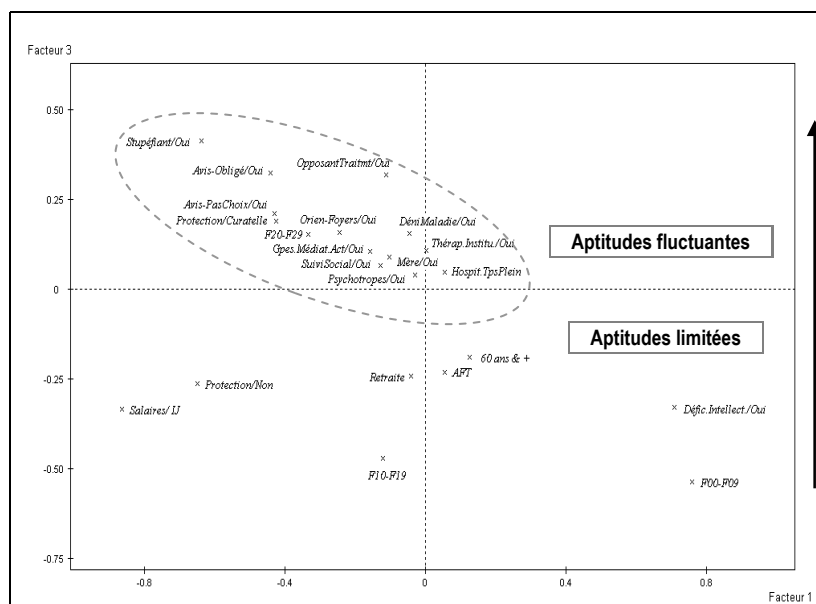


Remarque : Sont graphiquement représentées les modalités les plus contributives à la construction de l'axe 3. La taille des symboles est proportionnelle au taux de contribution.

Les variables illustratives significatives concernent essentiellement le groupe des « aptitudes fluctuantes », qui se caractérise par une sur-représentation des personnes (Figure B6) :

- atteintes de « schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (F20-F29) ;
- bénéficiant d'une mesure de curatelle (Protection/Curatelle) ;
- prises en charge en hospitalisation à temps complet (Hospit.TpsPlein) ;
- ayant exprimé un avis sur la raison de leur prise en charge en psychiatrie se caractérisant essentiellement par la contrainte (Avis-Obligé/Oui, Avis-PasChoix/Oui) ;
- définies comme s'opposant aux traitements proposés (OpposantTraitmt/Oui) ;
- inscrites dans des groupes thérapeutiques utilisant la médiation d'une activité (Gpes.Médiat.Act/Oui), dans une démarche de thérapie institutionnelle (ThérapInstitu/Oui) ou d'un suivi spécifique effectué par le service social (SuiviSocial/Oui) ;
- et pour certaines orientées vers une prise en charge en foyer (Orien-Foyers/Oui).

Figure B6. Axe 3 de l'ACM, disposition des variables illustratives (population 1)



Remarque : Pour une meilleure lisibilité du graphique, ne sont représentées que les modalités illustratives dont la valeur-test est la plus élevée.

Du côté des aptitudes limitées, on retrouve plutôt des personnes :

- souffrant de « troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques » (*F00-F09*) ou de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives » (*F10-F19*) ;
- présentant une déficience intellectuelle (*Défic.Intellect/Oui*) ;
- prises en charge dans un accueil familial thérapeutique (*AFT*) ;
- âgées de 60 ans ou plus (*60ans&+*) ;
- et percevant la retraite comme principale ressource (*Retraite*).

|| Classification de la population enquêtée en neuf groupes

Dans la partie précédente, l'application de l'analyse factorielle (ACM) a mis en évidence deux idées principales.

La première est que la population 1 étudiée peut s'évaluer selon une échelle de l'autonomie qui couvre des situations très diverses, allant des patients décrits comme les plus autonomes au niveau des habitudes de vie et des aptitudes intellectuelles, à ceux dont les fonctions les rendent totalement dépendants d'un tiers au quotidien.

La deuxième idée souligne qu'entre ces deux cas de figure extrêmes, les situations intermédiaires ne sont pas négligeables, voire même regroupent des populations hétérogènes qu'il est nécessaire de décrypter pour approcher une meilleure connaissance du public des malades mentaux au long cours.

La méthode statistique de classification hiérarchique s'est avérée, à ce niveau, bien adaptée pour approfondir l'analyse. Son application⁶⁷ a, en effet, permis de déterminer une typologie des malades mentaux au long cours pris en charge à temps plein depuis au moins neuf mois. Cette typologie présente l'intérêt de subdiviser la population enquêtée en plusieurs groupes (ou classes). Les patients appartenant à un même groupe répondent alors à des critères similaires tant au niveau de leurs capacités d'autonomie dans la vie quotidienne (les habitudes de vie) qu'au niveau du mode de fonctionnement intellectuel (les aptitudes).

La construction de ces différents groupes a pour finalité de servir d'outil méthodologique pour une meilleure description des publics enquêtés. A ce titre, il est nécessaire de rappeler que, comme tout outil statistique, la méthode de classification hiérarchique dépend des para-

67. Comme pour l'ACM, la classification hiérarchique a été menée à l'aide du logiciel d'analyse des données SPAD.

mètres fixés au préalable par l'analyste, paramètres indispensables à son application. Dans cette étude, la construction de la classification repose sur les questions relatives aux habitudes de vie et aux aptitudes liées au fonctionnement intellectuel, évaluées par l'équipe soignante.

Une première classification propose un schéma simple qui distingue quatre groupes de patients :

- les plus autonomes,
- les autonomes ayant besoin d'aide au niveau des fonctions les plus élaborées,
- les plutôt dépendants ayant besoin d'aide au niveau des capacités les plus élémentaires,
- et enfin les plus dépendants, aux capacités extrêmement restreintes et ayant besoin d'une aide permanente, même dans les activités les plus élémentaires.

Cette classification très générale n'apporte pas d'éléments nouveaux par rapport aux résultats commentés dans le chapitre précédent. Elle met simplement en évidence l'importance numérique des deux classes intermédiaires (classe 2 et classe 3) qui regroupent respectivement 41,5 % et 30,4 % de l'ensemble de la population 1 (Tableau B2).

Tableau B2. Répartition des effectifs selon la classification en quatre groupes et celle en neuf groupes (population 1)

Classification en 4 groupes				Classification en 9 groupes			
	Effectifs*		%		Effectifs*		%
	Avant consolidation	Après consolidation			Avant consolidation	Après consolidation	
Classe 1	180	301	13,7	Classe 1	180	214	9,7
Classe 2	1345	915	41,5	Classe 2	445	392	17,8
				Classe 3	141	252	11,4
				Classe 4	479	361	16,4
				Classe 5	124	97	4,4
				Classe 6	156	180	8,2
Classe 3	407	670	30,4	Classe 7	168	220	10,0
Classe 4	271	317	14,4	Classe 8	239	298	13,5
Total	2203	2203	100,0	Classe 9	271	189	8,6
				Total	2203	2203	100,0

* La consolidation des effectifs consiste en une pondération statistique permettant d'avoir des groupes homogènes. Cette consolidation est calculée par le logiciel SPAD.

Une deuxième classification plus complexe propose, quant à elle, neuf profils distincts de malades. Elle détaille essentiellement les deux groupes intermédiaires : la classe 2 se décline en cinq classes, et la classe 3 en deux. Cette nouvelle subdivision décrit, de manière plus fine, des profils spécifiques des malades qui ne jouissent pas d'une grande autonomie, sans être pour autant totalement dépendants de l'institution médicale.

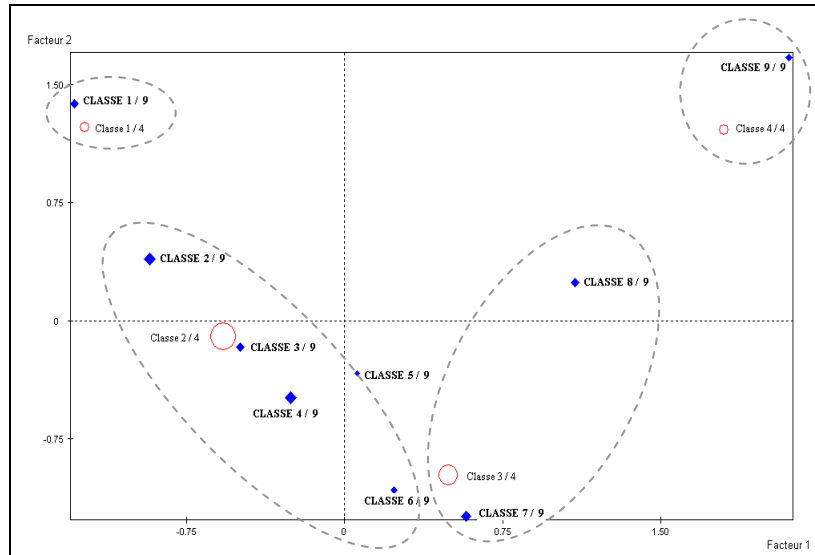
Le graphique (Figure B7) illustre clairement le positionnement des neuf classes sur l'axe de l'autonomie, qui s'échelonnent des groupes les plus autonomes (à gauche de l'axe horizontal) aux plus dépendants (à la droite de celui-ci).

La répartition des malades sur ces neuf profils est plus homogène que dans la précédente classification, bien que certaines classes regroupent peu d'effectifs. À titre d'exemple, la classe 5 renvoie à un profil très spécifique de patients, ce qui lui confère un poids plus restreint.

Une grille d'évaluation synthétique des aptitudes et des habitudes de vie pour chacune des neuf classes décrit les particularités de chaque classe en termes d'autonomie, et souligne précisément les différences et les variantes de l'une à l'autre (Tableau B3 & Tableau B4). Cette grille est complétée par une fiche récapitulative du profil détaillé de chaque classe, tant au niveau des critères d'autonomie qu'au niveau des caractéristiques qui distinguent chaque groupe de l'autre. À l'aide de la grille et des fiches d'évaluation, un descriptif de chaque classe est établi dans ce qui suit.

Il est important de rappeler auparavant que les profils dressés ici sont le résultat de l'analyse statistique, et qu'ils représentent une typologie ayant pour principale finalité de mieux appréhender la population enquêtée. Si la classification constitue un outil méthodologique opératoire à un niveau *macro* (au niveau de grands ensembles), elle ne sert cependant pas à observer des cas individuels, ni des situations cliniques.

Figure B7. Classification hiérarchique en quatre et en neuf groupes (population 1)



ANNEXE 7

RESULTATS DE LA CLASSIFICATION HIERARCHIQUE DANS LA POPULATION 1

Données démographiques

Tableau C1 : Âge (population 1)

AGE	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE								
17-29	9,91	21	48	12	30	11,05	39	3	16	8,99	7,80	17	19	6,51	10,93	20	213	9,83
30-39	24,53	52	80	26,80	67	22,95	81	16	42	16,67	23,60	57	42	14,38	19,67	36	473	21,83
40-49	29,72	63	117	29,20	73	33,43	118	28	51	29,17	28,65	27,52	60	30,14	24,04	44	642	29,63
50-59	20,28	43	93	20,80	52	22,38	79	28	44	29,17	24,72	22,48	49	30,48	32,24	59	536	24,73
60 et +	15,57	33	47	11,20	28	10,20	36	21	25	21,88	14,04	16,06	35	18,49	13,11	24	303	13,98
ENSEMBLE	100	212	385	100	250	100	353	100	178	96	100	218	100	292	100	183	2 167	100

Tableau C2 : Sexe (population 1)

SEXE	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Femmes	93 43,46	163 41,58	123 48,81	128 35,46	36 37,11	69 38,33	80 36,36	119 39,93	60 31,75	871 39,54
Hommes	121 56,54	229 58,42	128 50,79	231 63,99	61 62,89	111 61,67	139 63,18	178 59,73	127 67,20	1325 60,15
Non-réponse	-	-	1 0,40	2 0,55	-	-	1 0,45	1 0,34	2 1,06	7 0,32
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Caractéristiques de la prise en charge

Tableau C3 : Type de structure (population 1)

TYPE DE STRUCTURE	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Hospitali. temps plein	130 60,75	287 73,21	194 76,98	259 71,75	78 80,41	144 80	166 75,45	211 70,81	155 82,01	1624 73,72
A.F.T.	17 7,94	36 9,18	20 7,94	36 9,97	4 4,12	20 11,11	23 10,45	52 17,45	15 7,94	223 10,12
Post cure	19 8,88	4,85	13 5,16	11 3,05	1 1,03	1 0,56	3 1,36	1 0,4	-	68 3,09
Apt. Thérap. ou prise en charge complète dans différ. structures	21 9,81	13 3,32	9 3,57	9 2,49	-	4 2,22	-	1 0,34	-	57 2,59
HAD	13 6,07	17 4,34	1 0,40	5 1,39	1 1,03	1 0,56	-	6 2,01	-	44 2
Autre structure	1 0,47	2 0,51	2 0,79	9 2,49	1 1,03	0	-	2 0,67	-	17 0,77
Non-réponse	13 6,07	18 4,59	13 5,16	32 8,86	12 12,37	10 5,56	28 12,73	25 8,39	19 10,05	170 7,72
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C4 : Durée de prise en charge (population 1)

DURÉE PRISE EN CHARGE	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
9 mois - 1 an	50	41,78	35,71	32,01	32,94	24,85	13,54	31,62	17,65	657 32,44
10 ans et +	29	17,52	24,37	24,70	32,94	29,59	51,56	30,88	56,47	590 29,14
2-4 ans	22	25,88	22,27	23,78	14,12	31,36	16,15	19,85	16,47	449 22,17
5-9 ans	27	14,82	17,65	19,51	20	14,20	18,75	17,65	9,41	329 16,25
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 025 100

Les diagnostics et symptomatologies

Tableau C5 : Diagnostic

DIAGNOSTIC	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE										
F00-F09	0,94	2	1,79	7	1,99	5	2,50	9	4,12	4	5,62	10	6,48	14	37	9,09	17	4,80	105	
F10-F19	4,69	10	3,84	15	1,59	4	2,50	9	3,09	3	5,62	10	3,24	7	9,83	29	0,53	1	88	
F20-F29	73,71	157	72,89	285	79,28	199	71,94	259	83,51	81	68,54	122	36,11	78	42,37	125	12,83	24	1 330	
F30-F39	7,98	17	6,39	25	4,38	11	2,50	9	2,06	2	2,25	4	1,85	4	2,71	8	0,53	1	81	
F40-F49	2,82	6	2,05	8	0,40	1	1,39	5	-	-	-	-	-	-	0,68	2	-	-	22	
F50-F59	0,47	1	0,26	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,34	1	-	-	3	
F60-F69	6,57	14	7,67	30	3,59	9	3,61	13	3,09	3	1,69	3	1,39	3	3,05	9	-	-	84	
F70-F79	0,47	1	2,05	8	2,79	7	6,39	23	2,06	2	3,37	6	14,35	31	12,88	38	26,74	50	166	
F80-F89	2,35	5	2,30	9	5,18	13	9,17	33	2,06	2	12,92	23	35,65	77	14,24	42	48,66	91	295	
F90-F98	-	-	0,77	3	0,40	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,34	1	0,53	1	6	
F99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,93	2	-	-	-	-	2	
G	-	-	-	-	0,40	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1,02	3	1,07	2	6	
ENSEMBLE	100	213	100	391	100	251	100	360	100	97	100	178	100	216	100	295	100	187	100	2 188

Tableau C6 : Médicaments (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Médicament/Non	210 98,13	375 95,66	243 96,43	356 98,61	94 96,91	178 98,89	220 100	294 98,66	189 100	2 159 98
Médicament/Oui	4 1,87	17 4,34	9 3,57	5 1,39	3 3,09	-	-	4 1,34	-	44 2
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C7 : Conduites addictives –Stupéfiant (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Stupéfiant/Non	204 95,33	362 92,35	235 93,25	346 95,84	90 92,78	171 95	218 99,09	292 97,99	189 100	2 107 95,64
Stupéfiant/Oui	10 4,67	30 7,65	17 6,75	15 4,16	7 7,22	9 5	2 0,91	6 2,01	-	96 4,36
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C8 : Conduites addictives : Alcool (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Alcool/ Non	191 89,25	341 86,99	222 88,10	332 91,97	85 87,63	169 93,89	217 98,64	264 98,59	188 99,47	2 009 91,19
Alcool/ Oui	23 10,75	51 13,01	30 11,90	29 8,03	12 12,37	11 6,11	3 1,36	34 11,41	1 0,53	194 8,81
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C9 : Conduites addictives : Tabac (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Tabac/ Non	147 68,69	243 61,99	129 51,19	229 63,43	62 63,92	111 61,67	181 82,27	205 68,79	179 94,71	1 486 67,45
Tabac/ Oui	67 31,31	149 38,01	123 48,81	132 36,57	35 36,08	69 38,33	39 17,73	93 31,21	10 5,29	717 32,55
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C10 : Présence d'une déficience intellectuelle (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Défic.Intellect./ Non	211 98,60	364 92,86	239 94,84	300 83,10	88 90,72	153 85,00	166 75,45	198 66,44	115 60,85	1834 83,25
Défic.Intellect./ Oui	3 1,40	28 7,14	13 5,16	61 16,90	9 9,28	27 15,00	54 24,55	100,00 33,56	74 39,15	369 16,75
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau C11 : Présence d'une déficience auditive (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Surdité corrigée	1 0,47	2 0,51	-	0,28	1	-	0,45	1	4	9 0,41
Surdité totale	-	0,26	-	0,55	2	-	3,18	7	1	17 0,77
Surdité partielle	5 2,34	2 0,51	3 1,19	8 2,22	2 0,56	2 1,11	4 1,82	11 3,69	8 4,23	45 2,04
Abs. def. auditive	208 97,20	387 98,72	249 98,81	350 96,95	95 97,94	178 98,89	208 94,55	282 94,63	175 92,59	2 132 96,78
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau C12 : Présence d'une déficience visuelle (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Vision corrigée	24 11,21	25 6,38	23 9,13	29 8,03	5 5,15	11 6,11	5 2,27	19 6,38	2 1,06	143 6,49
Vision nulle	-	-	-	1 0,28	1 1,03	-	3 1,36	4 1,34	4 2,12	13 0,59
vision diminuée	4 1,87	6 1,53	6 2,38	12 3,32	3 3,09	7 3,89	11 5	17 5,70	10 5,29	76 3,45
Abs. def. visuelle	186 86,92	361 92,09	223 88,49	319 88,37	88 90,72	162 90	201 91,36	258 86,58	173 91,53	1 971 89,47
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C13 : Troubles du sommeil (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Troubles du sommeil/Non	197 92,06	357 91,07	219 86,90	309 85,60	81 83,51	156 86,67	181 82,27	257 86,24	157 83,07	1 914 86,88
Troubles du sommeil/Oui	17 7,94	35 8,93	33 13,10	52 14,40	16 16,49	24 13,33	39 17,73	41 13,76	32 16,93	289 13,12
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C14: Incontinence urinaire (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Incontinence urinaire/Non	99,07	97,19	94,44	95,84	91,75	92,22	83,64	86,58	65,61	90,69
	212	381	238	346	89	166	184	258	124	1998
Incontinence urinaire/Oui	0,93	2,81	5,56	4,16	8,25	7,78	16,36	13,42	34,39	205
	2	11	14	15	8	14	36	40	65	9,31
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203
	214	392	252	361	97	180	220	298	189	100

Tableau C15 : Incontinence fécale (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Incontinence fécale/Non	99,53	99,23	98,02	99,72	95,88	97,22	91,82	94,97	70,37	95,10
	213	389	247	360	93	175	202	283	133	2095
Incontinence fécale/Oui	0,47	0,77	1,98	0,28	4,12	2,78	8,18	5,03	29,63	108
	1	3	5	1	4	5	18	15	56	4,90
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203
	214	392	252	361	97	180	220	298	189	100

Ressources et mesures de protection juridique

Tableau C16 : Ressources (population 1)

RESSOURCES	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Aucune res-source	13 6,07	22 5,61	9 3,57	19 5,26	4 4,12	5 2,78	6 2,73	13 4,36	6 3,17	97 4,40
AAH	111 51,87	246 62,76	178 70,63	258 71,47	61 62,89	136 75,56	184 83,64	214 71,81	163 86,24	1 551 70,40
Diverses res-sources	4 1,87	8 2,04	5 1,98	10 2,77	9 3,09	1 0,56	-	4 1,34	1 0,53	36 1,63
Pension invalidité	30 14,02	53 13,52	31 12,30	46 12,74	18 18,56	21 11,67	16 7,27	33 11,07	9 4,76	257 11,67
RMI	13 6,07	8 2,04	5 1,98	3 0,83	4 4,12	2 1,11	-	-	2 1,06	37 1,68
Retraite	20 9,35	32 8,16	17 6,75	15 4,16	6 6,19	12 6,67	14 6,36	27 9,06	8 4,23	151 6,85
Salaires / IJ	23 10,75	23 5,87	7 2,78	10 2,77	1 1,03	3 1,67	-	7 2,35	-	74 3,36
ENSEMBLE	100	392	252	361	100	180	220	298	189	2 203
		100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau C17 : Mesures de protection juridique (population 1)

MESURES DE PROTECTION	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Protection/ De- mande	5 2,34	13 3,32	9 3,57	12 3,32	4 4,12	8 4,44	2 0,91	8 2,68	-	61 2,77
Protection/ Sauve- garde	1 0,47	4 1,02	1 0,40	0 0	1 1,03	1 0,56	1 0,45	-	2 1,06	11 0,50
Protection/ Cura- telle	47 21,96	165 42,09	81 32,14	110 30,47	28 28,87	55 30,56	11 5	58 19,46	10 5,29	565 25,65
Protection/ Tutelle	43 20,09	142 36,22	126 50	197 54,57	51 52,58	99 55	186 84,55	204 68,46	162 85,71	1 210 54,93
Aucune protection	110 51,40	60 15,31	33 13,10	30 8,31	9 9,28	13 7,22	15 6,82	20 6,71	6 3,17	296 13,44
Non-réponses	8 3,74	8 2,04	2 0,79	12 3,32	4 4,12	4 2,22	5 2,27	8 2,68	9 4,76	60 2,72
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Le degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne

Tableau n°C18 : Prendre ses repas

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE				
Repas/ Opposant	-	-	0,40	0,55	2	7	1,11	2	0,45	1	2,12	4	0,82	18
Repas/ Dépendant	0,93	2,55	4,37	4,16	15	7	13,33	24	12,73	28	22,15	66	52,91	263
Repas/ AidePsy	3,74	2,81	14,68	20,22	73	12	15,00	27	20,45	45	14,77	44	7,94	272
Repas/Aide Matérielle	1,40	5,36	2,78	8,59	31	12	10,00	18	25,45	56	21,48	64	29,10	267
Repas/OK	93,46	89,29	77,38	65,65	237	59	60,56	109	40,45	89	40,60	121	7,94	1375
Non-réponses	0,47	-	0,40	0,83	3	-	-	-	0,45	1	0,67	2	-	8
ENSEMBLE	100	214	100	100	361	100	180	220	100	298	100	189	100	2 203

Tableau C19 : Assurer son hygiène

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Hygiène/Opposant	-	-	-	-	49	-	1	1	4	55
Hygiène/Dépendant	0,93	1,79	6,75	6,09	3,09	18,89	32,27	30,54	80,95	400
Hygiène/Aide Psy	10,75	16,07	47,22	60,39	15,46	41,67	26,36	29,87	3,70	667
Hygiène/Aide Matérielle	1,40	5,61	7,54	9,42	7,22	16,11	30,45	29,53	11,64	291
Hygiène/OK	86,45	76,28	37,70	22,99	23,71	23,33	9,55	9,06	1,06	777
Non-réponses	0,47	0,26	0,79	1,11	-	-	0,91	0,67	0,53	13
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau n°C20 : Émettre une demande de soins

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Soins/ Opposant	3 1,40	12 3,06	5 1,98	3 0,83	56 57,73	5 2,78	9 4,09	3 1,01	7 3,70	103 4,68
Soins/ Dépendant	15 7,01	43 10,97	67 26,59	128 35,46	18 18,56	90 50,00	158 71,82	202 67,79	175 92,59	896 40,67
Soins/Aide Psy	63 29,44	194 49,49	140 55,56	190 52,63	13 13,40	72 40,00	39 17,73	72 24,16	3 1,59	786 35,68
Soins/OK	132 61,68	135 34,44	37 14,68	32 8,86	6 6,19	13 7,22	11 5,00	18 6,04	-	384 17,43
Non-réponses	1 0,47	8 2,04	3 1,19	8 2,22	4 4,12	-	3 1,36	3 1,01	4 2,12	34 1,54
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C20 : Gérer son espace personnel (ranger sa chambre, ses effets personnels, etc.)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Habitat/ Opposant	0,93	-	0,40	-	42,27	1,11	-	-	2,12	50 2,27
Habitat/ Dépendant	5,14	11,73	30,95	30,75	32,99	40,56	66,36	62,75	88,89	852 38,67
Habitat/ AidePsy	18,22	27,04	33,73	47,09	7,22	26,67	13,18	11,41	0,53	519 23,56
Habitat/Aide Matérielle	5,14	16,58	19,84	14,96	7,22	20,56	15,00	18,12	3,70	318 14,43
Habitat/OK	69,16	43,37	13,10	4,99	7,22	6,11	4,09	5,03	2,65	416 18,88
Non-réponses	1,40	1,28	1,98	2,22	3,09	5,00	1,36	2,68	2,12	48 2,18
ENSEMBLE	100	214	392	361	100	180	220	298	189	2 203
										100

Tableau n°C21 : Organiser ses déplacements (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Déplacements/ Véhicule perso.	10 4,67	8 2,04	2 0,79	1 0,28	1 1,03	1 0,56	1 0,45	1 -	-	24 1,09
Déplacements/ Transp.en commun	159 74,30	275 70,15	127 50,40	145 40,17	25 25,77	49 27,22	12 5,45	30 10,07	1 0,53	823 37,36
Déplacements/ Autres	12 5,61	27 6,89	22 8,73	37 10,25	2 2,06	11 6,11	20 9,09	29 9,73	9 4,76	169 7,67
Déplacements/ Limités	30 14,02	78 19,90	100 39,68	173 47,92	67 69,07	115 63,89	184 83,64	234 78,52	164 86,67	1145 51,97
Non-réponses	1,40	1,02	0,40	1,39	2,06	2,22	1,36	1,68	7,94	15 1,91
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau n°C22 : Gérer son argent au quotidien (petits achats)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
ArgentQuot/non	-	5,61	22	46	104	51	84	197	218	907
			18,25	28,81	52,58	46,67	89,55	73,15	97,88	41,17
ArgentQuot/limité	1,40	66,58	261	167	216	33	76	19	-	848
			66,27	59,83	34,02	42,22	8,64	24,50	-	38,49
ArgentQuot/OK	98,13	26,28	103	36	37	11	14	3	-	419
			14,29	10,25	11,34	7,78	1,36	1,68	-	19,02
Non-réponses	0,47	1,53	6	3	2	6	1	2	4	29
			1,19	1,11	2,06	3,33	0,45	0,67	2,12	1,32
ENSEMBLE	100	214	392	252	361	180	220	298	189	2 203
			100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau n° C23 : Gérer un budget

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Budget/non	5 2,34	81 20,66	114 45,24	211 58,45	65 67,01	116 64,44	213 96,82	257 86,24	185 97,88	1247 56,60
Budget/Limité	17 7,94	292 74,49	120 47,62	136 37,67	25 25,77	54 30,00	7 3,18	35 11,74	-	686 31,14
Budget/OK	189 88,32	9 2,30	13 5,16	8 2,22	5 5,15	3 1,67	-	1 0,34	-	228 10,35
Non-réponses	3 1,40	10 2,55	5 1,98	6 1,66	2 2,06	7 3,89	-	5 1,68	4 2,12	42 1,91
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau n°C24 : Régler des factures (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Factures/non	56 26,17 ^z	182 46,43	209 82,94	306 84,76	86 88,66	146 81,11	217 98,64	278 93,29	184 97,35	1664 75,53
Factures/Limité	19 8,88	192 48,98	33 13,10	45 12,47	8 8,25	28 15,56	-	4,36	-	3,38 15,34
Factures/OK	134 62,62	5 1,28	3 1,19	2 0,55	1 1,03	1 0,56	-	-	-	146 6,63
Non-réponses	5 2,34	13 3,32	7 2,78	8 2,22	2 2,06	5 2,78	3 1,36	7 2,35	5 2,65	55 2,50
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Les aptitudes liées au fonctionnement intellectuel et psychique

Tableau n°C25 : Compréhension verbale

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Comprendre/ Rudiment.	1 0,47	4 1,02	6 2,38	12 3,32	12 12,37	6 3,33	46 20,91	48 16,11	140 74,07	275 12,48
Comprendre/ Perturbé	11 5,14	23 5,87	36 14,29	111 30,75	26 26,80	121 67,22	112 50,91	180 60,40	38 20,11	658 29,87
Comprendre/ Normal	202 94,39	363 92,60	207 82,14	233 64,54	59 60,82	53 29,44	54 24,55	67 22,48	8 4,23	1246 56,56
Non-réponses	-	2 0,51	3 1,19	5 1,39	-	-	8 3,64	3 1,01	3 1,59	24 1,09
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203 100

Tableau n° C26 : Expression verbale

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE	
Parler/Indicible	-	0,51	2	0,28	1	4	2	61	23	148	243
					4,12	1,11	27,73	7,72	78,31	11,03	
Parler/Perturbé	12,15	14,03	55	52,35	47	142	135	228	39	937	
					48,45	78,89	61,36	76,51	20,63	42,53	
Parler/Normal	87,38	84,69	332	45,71	45	34	14	46	1	997	
					46,39	18,89	6,36	15,44	0,53	45,26	
Non-réponses	0,47	0,77	3	1,66	1	2	10	1	1	26	
					1,03	1,11	4,55	0,34	0,53	1,18	
ENSEMBLE	100	100	392	100	97	180	220	298	189	2 203	
					100	100	100	100	100	100	

Tableau n°C27 : Attention/Concentration

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Concentration/ difficile à évaluer	7 3,27	9 2,30	12 4,76	26 7,20	18 18,56	9 7,00	89 40,45	26 8,72	154 81,48	350 15,89
Concentration/ Difficile à soutenir	10 4,67	21 5,36	49 19,44	94 26,04	25 25,77	91 50,56	82 37,27	146 48,99	27 14,29	545 24,74
Concentration/ Labile	39 18,22	132 33,67	138 54,76	187 51,80	39 40,21	75 41,67	30 13,64	114 38,26	6 3,17	760 34,50
Concentration/OK	157 73,36	225 57,40	48 19,05	47 13,02	15 15,46	4 2,22	11 5,00	10 3,36	1 0,53	518 23,51
Non-réponses	1 0,47	5 1,28	5 1,98	7 1,94	-	1 0,56	8 3,64	2 0,67	1 0,53	30 1,36
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau n°C28 : Orientation spatiale

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Espace/ difficile à évaluer	-	0,51	0,40	1,39	5	1,67	28,18	2,01	71,43	219
Espace/Fluctuant	-	0,77	0,40	0,83	13	60,56	6,82	4,36	2,65	162
Espace/Limité	0,93	1,02	4,37	10,80	12	12,22	27,73	77,52	20,63	421
Espace/OK	98,60	97,19	94,44	84,21	67	25,56	34,09	15,10	0,76	1376
Non-réponses	0,47	0,51	0,40	2,77	-	-	3,18	1,01	0,53	25
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau n°C29 : Orientation temporelle

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE	
Temps/ difficile à évaluer	0,47	1,28	5	9	15	8	15	129	8	173	363
			3,57	4,16	8,25	8,33	58,64	2,68	91,53	16,48	
Temps/Fluctuant	0,93	1,28	5	12	16	121	10	5,03	6,65	5	198
			4,76	3,32	16,49	67,22	4,65	5,03	6,65	8,99	
Temps/Limité	1,40	1,79	7	19	17	18	38	85,91	4,23	8	422
			7,54	15,51	17,53	10,00	17,27	85,91	4,23	19,16	
Temps/OK	96,26	94,13	369	210	55	24	28	5,37	0,53	1	1177
			83,33	74,24	56,70	13,33	12,73	5,37	0,53	53,43	
Non-réponses	0,93	1,53	6	2	1	2	15	1,01	1,06	2	43
			0,79	2,77	1,03	1,11	6,81	1,01	1,06	1,96	
ENSEMBLE	100	100	392	252	361	100	220	298	189	100	2 203
			100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau C30 : Mémorisation immédiate (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Mémo.Immé./ difficile à évaluer	1 0,47	2 0,51	6 2,38	13 3,60	7 7,22	5 2,78	135 61,36	6 2,01	179 94,71	354 16,07
Mémo.Immé./ Fluctuant	6 2,80	13 3,32	19 7,54	22 6,09	20 20,62	128 71,11	13 5,91	17 5,70	5 2,65	243 11,03
Mémo.Immé./ Limité	12 5,61	25 6,38	16 6,35	51 14,13	14 14,43	25 13,89	25 11,36	230 77,18	4 2,12	402 18,25
Mémo.Immé./OK	195 91,12	350 89,29	209 82,94	263 72,85	54 55,67	21 11,67	38 17,27	44 14,77	1 0,53	1175 53,34
Non-réponses	-	2 0,51	2 0,79	12 3,32	2 2,06	1 0,56	9 4,09	1 0,34	-	29 1,32
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau °C31 : Mémorisation ancienne (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Mémo.Anci./difficile à évaluer	4 1,87	13 3,32	13 5,16	41 11,36	11 11,34	27 15,00	166 75,45	22 7,38	184 97,35	481 21,83
Mémo. Anci./Fluctuant	10 4,67	12 3,06	32 12,70	21 5,82	14 14,43	103 57,22	10 4,55	21 7,05	2 1,06	225 10,21
Mémo. Anci./Limité	4 1,87	20 5,10	16 6,35	60 16,62	15 15,46	32 17,78	18 8,18	220 73,83	2 1,06	387 17,57
Mémo.Anci./OK	196 91,59	344 87,76	74,60	224 62,05	54 55,67	18 10,00	14 6,36	33 11,07	-	1071 48,62
Non-réponses	-	3 0,77	3 1,19	15 4,16	3 3,36	-	12 5,45	2 0,67	1 0,53	39 1,77
ENSEMBLE	100	392	100	361	97	180	100	298	189	2 203

Tableau C32 : Raisonnement et jugement

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Jugement/difficile à évaluer	4,21	9	18	16	27	15	21	136	19	439
		4,59	6,35	7,48	15,46	11,67	61,82	6,38	94,18	19,93
Jugement/Fluctuant	25,23	54	98	160	62	28	91	20	33	547
		25,00	63,49	17,17	28,87	50,56	9,09	11,07	0,53	24,83
Jugement/Limité	15,89	34	130	54	237	48	65	53	238	866
		33,16	21,43	65,65	49,48	36,11	24,09	79,87	3,70	39,31
Jugement/OK	51,87	111	137	18	18	2	-	2	5	293
		34,95	7,14	4,99	2,06	-	0,91	1,68	-	13,30
Non-réponses	2,80	6	9	4	17	4	3	9	3	58
		2,30	1,59	4,71	4,12	1,67	4,09	1,01	1,59	2,64
ENSEMBLE	100	214	392	252	361	97	180	220	298	2 203
		100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau C33 : Prise d'initiatives (population 1)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Initiatives/difficile à évaluer	5 2,34	14 3,57	14 5,56	12 3,32	16 16,49	23 12,78	75 34,09	23 7,72	166 87,83	348 15,80
Initiatives/Fluctuant	30 14,02	42 10,71	169 67,06	29 8,03	17 17,53	45 25,00	22 10,00	21 7,05	5 2,65	380 17,25
Initiatives/Limité	76 35,51	232 59,18	64 25,40	299 82,83	56 57,73	105 58,33	109 49,55	246 82,55	16 8,47	1203 54,61
Initiatives/OK	100 46,73	96 24,49	5 1,98	5 1,39	7 7,22	4 2,22	5 2,27	5 1,68	-	227 10,30
Non-réponses	3 1,40	8 2,04	-	16 4,43	1 1,03	3 1,67	9 4,09	3 1,01	2 1,06	45 2,04
ENSEMBLE	100	100	100	361	100	180	220	298	189	2 203

Tableau C34 : Tolérance à la frustration

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Tolère.Frust/ difficile à évaluer	7 3,27	16 4,08	6 2,38	5 1,39	5 5,15	10 5,56	30 13,64	12 4,03	103 54,50	194 8,81
Tolère.Frust/ Fluctuant	43 20,09	51 13,01	164 65,08	38 10,53	29 29,90	58 32,22	47 21,36	71 23,83	29 15,34	530 24,06
Tolère.Frust/ Limité	75 35,05	189 48,21	63 25,00	244 67,59	55 56,70	78 43,33	120 54,55	163 54,70	42 22,22	1029 46,71
Tolère.Frust/OK	85 39,72	124 31,63	17 6,75	57 15,79	6 6,19	31 17,22	14 6,36	46 15,44	13 6,88	393 17,84
Non-réponses	4 1,87	12 3,06	2 0,79	17 4,71	2 2,06	3 1,67	9 4,09	6 2,01	2 1,06	57 2,59
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau C35 : Insertion à un groupe

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
InsertionGrp/ difficile à évaluer	7 3,27	16 4,08	19 7,54	3 0,83	10 10,31	12 6,67	28 12,73	19 6,38	126 66,67	240 10,89
InsertionGrp/ Fluctuant	46 21,50	46 11,73	143 56,75	40 11,08	12 12,37	55 30,56	48 21,82	49 16,44	15 7,94	454 20,61
InsertionGrp/ Limité	74 34,58	190 48,47	60 23,81	255 70,64	62 63,92	85 47,22	119 54,09	189 63,42	47 24,87	1081 49,07
InsertionGrp/OK	83 38,79	130 33,16	25 9,92	47 13,02	8 8,25	24 13,33	17 7,73	33 11,07	-	367 16,66
Non-réponses	4 1,87	10 2,55	5 1,98	16 4,43	5 5,15	4 2,22	8 3,64	8 2,68	1 0,53	61 2,77
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Types de soins

Tableau C36 : Consultation psychiatrique

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Consultation psy- chiat./Non	5 2,34	22 5,61	3 1,19	17 4,71	4 4,12	8 4,44	35 15,91	9 3,02	46 24,34	149 6,76
Consultation psy- chiat./Oui	209 97,66	370 94,39	249 98,81	344 95,29	93 95,88	172 95,56	185 84,09	289 96,98	143 75,66	2054 93,24
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C37 : Psychothérapie individuelle

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Psycho.Indiv./ Non	142 66,36	252 64,29	168 66,67	265 73,41	82 84,54	123 68,33	184 83,64	227 76,17	174 92,06	1617 73,40
Psycho.Indiv./ Oui	72 33,64	140 35,71	84 33,33	96 26,59	15 15,46	57 31,67	36 16,36	71 23,83	15 7,94	586 26,60
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C38 : Psychothérapie de groupe

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Psycho.Groupe/ Non	193 90,19	336 85,71	218 86,51	323 89,47	81 83,51	151 83,89	203 92,27	260 87,25	180 95,24	1945 88,29
Psycho.Groupe/ Oui	21 9,81	56 14,29	34 13,49	38 10,53	16 16,49	29 16,11	17 7,73	38 12,75	9 4,76	258 11,71
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C39 : Thérapie familiale

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Thérapie fami- liale/Non	208 97,20	379 96,68	244 96,83	355 98,34	95 97,94	173 96,11	217 98,64	282 94,63	187 98,94	2140 97,14
Thérapie fami- liale/Oui	6 2,80	13 3,32	8 3,17	6 1,66	2 2,06	7 3,89	3 1,36	16 5,35	2 1,06	63 2,86
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C40 : Guidance familiale

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Guidance familiale/Non	193 90,19	3,56 90,82	221 87,70	318 88,09	93 95,88	159 88,33	198 90,00	264 88,59	179 94,71	1981 89,92
Guidance familiale/Oui	21 9,80	36 9,18	31 12,30	43 11,91	4 4,12	21 11,67	22 10,00	34 11,41	10 5,29	222 10,08
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C41 : Atelier d'activité éducative

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
AtelierAct. Educ./Non	166 77,57	286 72,96	178 70,63	266 73,68	79 81,44	139 77,22	151 68,64	228 76,51	171 90,48	1664 75,53
AtelierAct. Educ./Oui	48 22,43	106 27,04	74 29,37	95 26,32	18 18,56	41 22,78	69 31,36	70 23,49	18 9,52	539 24,47
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C42 : Psychomotricité/ Ergothérapie

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Psychomotricité/ Non	92	362	228	335	90	157	197	258	170	1992
		92,35	90,48	92,80	92,78	87,22	89,55	86,58	89,95	90,42
Psychomotricité/ Oui	8,88	30	24	26	7	23	23	40	19	211
		7,65	9,52	7,20	7,22	12,78	10,45	13,42	10,05	9,58
ENSEMBLE	100	392	252	361	97	180	220	298	189	2 203
		100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau C43 : Orthophonie

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orthophonie/ Non	99,07	391	252	359	97	178	212	291	184	2176
		99,74	100,00	99,45	100,00	98,89	96,36	97,65	97,35	98,77
Orthophonie/ Oui	0,93	1	-	2	0	2	8	7	5	27
		0,26	0,55	0,55	0	1,11	3,64	2,35	2,65	1,23
ENSEMBLE	100	392	252	361	97	180	220	298	189	2 203
		100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau C44 : Soins infirmiers

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Soins infirmiers/ Non	23 10,75	27 6,89	13 5,16	28 7,76	15 15,46	13 7,22	12 5,45	23 7,72	30 15,87	184 8,35
Soins infirmiers/ Oui	191 89,25	365 93,11	239 94,84	333 92,24	82 84,54	167 92,78	208 94,55	275 92,28	159 84,13	2019 91,65
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C45 : Groupes thérapeutiques utilisant la médiation d'une activité

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Gpes.médiat.Act/ Non	158 73,83	256 65,31	170 67,46	231 63,99	73 75,26	121 67,22	160 72,73	215 72,15	162 85,71	1546 70,18
Gpes.médiat.Act/ Oui	56 26,17	126 34,69	82 32,54	130 36,01	24 24,74	59 32,78	60 27,27	83 27,85	27 14,29	657 29,82
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C46 : Autres soins

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Autres Soins/ Non	208 97,20	380 96,94	234 92,86	339 93,91	92 94,85	163 90,56	197 89,55	283 94,97	170 89,95	2066 93,78
Autres Soins/ Oui	6 2,80	12 3,06	18 7,14	22 6,09	5 5,15	17 9,44	23 10,45	15 5,03	19 10,05	137 6,22
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C47 : Thérapie institutionnelle

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Thérap. Insti- tut./Non	143 66,82	246 62,76	123 48,81	192 53,19	58 59,79	89 49,44	118 53,64	177 59,40	120 63,49	1226 57,47
Thérap. Institut./Oui	71 33,18	146 37,24	129 51,19	169 46,81	39 40,21	91 50,56	102 46,36	121 40,60	69 36,51	937 42,53
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C48 : Recours à l'isolement

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Recours Isolement/Non	202	364	227	318	82	157	192	246	154	1960
	94,39	92,86	90,08	88,09	84,54	87,22	87,27	88,59	88,48	88,97
Recours Isolement/Oui	12	28	25	43	15	23	28	34	35	243
	5,61	7,14	9,92	11,91	15,46	12,78	12,73	11,41	18,52	11,03
ENSEMBLE	214	392	252	361	97	180	220	298	189	2 203
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau C49 : Sismothérapie

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Sismothérapie/ Non	213	387	251	358	96	177	219	295	189	2185
	99,53	98,72	99,60	99,17	98,97	98,33	99,55	98,99	100,00	99,18
Sismothérapie/ Oui	1	5	1	3	1	3	1	3	-	18
	0,47	1,28	0,40	0,83	1,03	1,67	0,45	1,01	-	0,82
ENSEMBLE	214	392	252	361	97	180	220	298	189	2 203
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau C50 : Psychotropes

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Psychotropes/ Non	48	71	40	78	19	31	48	74	45	454
	22,43	18,11	15,87	21,61	19,59	17,22	21,82	24,83	23,81	20,61
Psychotropes/ Oui	166	321	212	283	78	149	172	224	144	1749
	77,57	81,89	84,13	78,39	80,41	82,78	78,18	75,17	76,19	79,39
ENSEMBLE	100	214	100	361	100	180	100	298	189	2 203

Tableau C51 : Suivi social

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Suivi social/ Non	98	157	99	184	50	79	120	141	114	1042
	45,79	40,05	39,29	50,97	51,55	43,89	54,55	47,32	60,32	47,30
Suivi social/ Oui	116	235	153	177	47	101	100	157	75	1161
	54,21	59,95	60,71	49,03	48,45	56,11	45,45	52,68	39,68	52,70
ENSEMBLE	100	214	100	361	100	180	100	298	189	2 203

Tableau C52 : Déni de la maladie

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Déni maladie/ Non	172 80,37	317 80,87	195 77,38	273 75,62	56 57,73	122 67,78	177 80,00	238 79,87	165 87,30	1714 77,80
Déni maladie/ Oui	42 19,63	75 19,13	57 22,62	88 24,38	41 42,27	58 32,22	44 20,00	60 20,13	24 12,70	489 22,20
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau C53 : Opposant aux traitements

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Opposant Traitmt/Non	199 92,99	364 92,86	228 90,48	319 88,37	65 67,01	158 87,78	205 93,18	274 91,95	183 96,83	1995 90,56
Opposant Traitmt/Oui	15 7,01	28 7,14	24 9,52	42 11,63	32 32,99	22 12,22	15 6,82	24 8,05	6 3,17	208 9,44
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Entourage social

Tableau C54 : Existence d'un père (père vivant à la connaissance de l'équipe soignante)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Père/Non	153 71,50	268 68,37	164 65,08	258 71,47	77 79,38	129 71,67	159 72,27	243 81,54	134 70,90	1585 71,95
Père/ Oui	61 28,50	124 31,63	88 34,92	103 28,53	20 20,62	51 28,33	61 27,73	55 18,46	55 29,10	618 28,05
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C55 : Existence d'une mère (mère vivante à la connaissance de l'équipe soignante)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Mère/Non	99 46,26	201 51,28	111 44,05	177 49,03	65 67,01	94 52,22	119 54,09	200 67,11	109 57,67	1175 53,34
Mère/ Oui	110 53,74	191 48,72	141 55,95	184 50,97	32 32,99	86 47,78	101 45,91	98 32,89	80 42,33	1028 46,66
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C56: Existence d'un conjoint (conjoint vivant à la connaissance de l'équipe soignante)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Conjoint/Non	195 91,12	360 91,84	238 94,44	346 95,84	94 96,91	169 93,89	214 97,27	280 93,96	186 98,41	2082 94,51
Conjoint/Oui	19 8,88	32 8,16	14 5,56	15 4,16	3 3,09	11 6,11	6 2,73	18 6,04	3 1,59	121 5,49
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C57 : Existence d'enfant(s) (enfants vivants à la connaissance de l'équipe soignante)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Enfant/Non	169 78,97	306 78,06	203 80,56	318 88,09	84 86,60	144 80,00	198 90,00	235 78,86	181 95,77	1838 83,43
Enfant/Oui	45 21,03	86 21,94	49 19,44	43 11,91	13 13,40	36 20,00	22 10,00	63 21,14	8 4,23	365 16,57
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C58 : Existence d'une fratrie (frère et/ou sœur vivants à la connaissance de l'équipe soignante)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Frère-Sœur/Non	87 40,65	156 39,80	90 35,71	133 36,84	46 47,42	76 42,22	83 37,73	124 41,61	91 48,15	886 40,22
Frère-Sœur/Oui	127 59,35	236 60,20	162 64,29	228 63,16	51 52,58	104 57,78	137 62,27	174 58,39	98 51,85	1317 59,78
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C59 : Pas de famille (variable synthétique sur l'existence d'au moins un membre de la famille nucléaire)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Pas de famille/Non	181 84,58	345 88,01	234 92,86	318 88,09	73 75,26	152 84,44	182 82,73	246 82,55	135 71,43	1866 84,70
Pas de famille/Oui	33 15,42	47 11,99	18 7,14	43 11,91	24 24,74	28 15,56	38 17,27	52 17,45	54 28,57	337 15,30
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C50 : Le patient reçoit-il des visites à l'hôpital ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Visites/Non	99 46,26	176 44,90	94 37,30	144 39,89	51 52,58	59 32,78	88 40,00	130 43,62	91 48,15	932 42,31
Visites/Oui	115 53,74	216 55,10	158 62,70	217 60,11	46 47,42	121 67,22	132 60,00	168 56,38	98 51,85	1271 57,69
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C51 : Le patient reçoit-il du courrier à l'hôpital ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Courrier/Non	89 41,59	184 46,94	111 44,05	194 53,74	52 53,61	90 50,00	157 71,36	181 60,74	160 84,66	1218 55,29
Courrier/Oui	125 58,41	208 53,06	141 55,95	167 46,26	45 46,39	90 50,00	63 28,64	117 39,26	29 15,34	985 44,71
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C52 : La famille du patient est-elle en contact avec l'équipe soignante ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Contact_fam_eq/ Non	43 20,09	84 21,43	41 16,27	71 19,67	22 22,68	32 17,78	49 22,27	71 23,83	56 29,63	469 21,29
Contact_fam_eq/ Oui	171 99,91	308 78,57	211 83,73	290 80,33	75 77,32	148 82,22	171 77,73	227 76,17	133 70,37	1734 78,71
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C53 : Au cours des sorties de l'hôpital, le patient a-t-il des contacts avec des proches ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Contact_ext/Non	55 25,70	113 28,83	78 30,95	136 37,67	46 47,42	69 38,33	130 59,09	152 51,01	138 73,02	917 41,63
Contact_ext/Oui	159 74,30	279 71,17	174 69,05	225 62,33	51 52,58	111 61,67	90 40,91	146 48,99	51 26,98	1286 58,37
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C54: Le patient entretient-il des relations avec des personnes rencontrées dans le cadre d'une activité professionnelle ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Rel.Travail/Non	169 78,97	323 82,40	225 89,29	333 92,24	91 93,81	162 90,00	208 94,55	273 91,61	184 97,35	1968 89,33
Rel.Travail/Oui	45 21,03	69 17,60	27 10,71	28 7,76	6 6,19	18 10,00	12 5,45	25 8,39	5 2,65	235 10,67
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C55 : Le patient entretient-il des relations avec des personnes rencontrées dans le cadre d'une activité de loisirs ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Rel.Loists/Non	91 42,52	196 50,00	133 52,78	220 60,94	74 76,29	111 61,67	159 72,27	219 73,49	167 88,36	1370 62,19
Rel.Loists/Oui	123 57,48	196 50,00	119 47,22	141 39,06	23 23,71	69 38,33	61 27,73	79 26,51	22 11,64	833 37,81
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Tableau C56 : La patient entretient-il d'autres relations sociales (voisinage, amis, tec.)

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Rel.Sociales/Non	49 22,90	129 32,91	108 42,86	204 56,51	54 55,67	107 59,44	169 76,82	210 70,47	172 91,01	1202 54,56
Rel.Sociales/Oui	165 77,10	263 67,09	144 57,14	157 43,49	43 44,33	73 40,56	51 23,18	88 29,53	17 8,99	1001 45,44
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C57 : Variable synthétique sur l'existence de relations sociales en général

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Pas_relations/ Non	172 80,37	284 72,45	166 65,87	195 54,02	49 50,52	93 51,67	79 35,91	117 39,26	27 14,29	1182 53,65
Pas_relations/ Oui	42 19,63	108 27,55	86 34,13	166 45,98	48 49,48	87 48,33	141 64,09	181 60,74	162 85,71	1021 46,35
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Orientations par le passé

Tableau C58 : Dans le cadre d'un projet d'orientation, l'hébergement surveillé est-il préconisé par l'équipe soignante ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Pré-co.Hébg.Surv./Non	66 30,84	121 30,87	64 25,40	99 27,42	32 32,99	49 27,22	69 31,36	83 27,85	44 23,28	627 28,46
Pré-co.Hébg.Surv./Oui	148 69,16	271 69,13	188 74,60	262 72,58	65 67,01	131 72,78	151 68,64	215 72,15	145 76,72	1576 71,54
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C59 : Dans le cadre d'un projet d'orientation, des soins psychiatriques sont-ils préconisés par l'équipe soignante ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Préco.SoinPsy./Non	18 8,41	51 13,01	24 9,52	34 9,42	6 6,19	17 9,44	33 15,00	30 10,07	24 12,70	237 10,76
Préco.SoinPsy./Oui	196 91,59	341 86,99	228 90,48	327 90,58	91 93,81	163 90,56	187 85,00	268 89,93	165 87,30	1966 89,24
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C60 : Dans le cadre d'un projet d'orientation, des soins somatiques sont-ils préconisés par l'équipe soignante ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Préco.SoinSoma./ Non	137 64,02	249 63,52	163 64,68	246 68,14	60 61,86	115 63,89	142 64,55	188 63,09	113 59,79	1413 64,14
Préco.SoinSoma./ Oui	77 35,98	143 36,48	89 35,32	115 31,86	37 38,15	65 36,11	78 35,45	110 36,91	76 40,21	790 35,86
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C61 : Dans le cadre d'un projet d'orientation, une aide à la vie quotidienne est-elle préconisée par l'équipe soignante ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Préco.VieQuotid./ Non	43 20,09	87 22,19	48 19,05	68 18,84	17 17,53	35 19,44	57 25,91	68 22,82	34 17,99	457 20,74
Préco.VieQuotid./ Oui	171 79,91	305 77,81	204 80,95	293 81,16	80 82,47	145 81,56	163 74,09	230 77,18	155 82,01	1746 79,26
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C62 : Dans le cadre d'un projet d'orientation, un accompagnement social est-il préconisé par l'équipe soignante ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Préco.AccompSoc/ Non	29 13,55	72 18,37	30 11,90	49 13,57	11 11,34	32 17,78	46 20,91	49 16,44	33 17,46	351 15,93
Préco.AccompSoc/ Oui	185 86,45	320 81,63	222 88,10	312 86,43	86 88,66	148 82,22	174 79,09	249 83,56	156 82,54	1852 84,07
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C63 : Y a-t-il des projets d'orientation antérieurs qui ont échoué ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
EchecsProjets/ Non	104 48,60	177 45,15	133 52,78	139 38,50	31 31,96	72 40,00	112 50,91	139 46,64	87 46,03	994 45,12
EchecsProjets/ Oui	110 51,40	215 54,85	119 47,22	222 61,50	66 68,04	108 60,00	108 49,09	159 53,36	102 53,97	1209 54,88
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C64 : Si oui, cet échec est-il dû à l'absence de structures adaptées ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Abs.Sstructures/ Non	180 84,11	330 84,18	221 87,70	300 83,10	79 81,44	150 83,33	183 83,18	258 86,58	154 81,48	1855 84,20
Abs.Sstructures/ Oui	34 15,89	62 15,82	31 12,30	61 16,90	18 18,56	30 16,67	37 16,82	40 13,42	35 18,52	348 15,80
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C65 : Si oui, cet échec est-il dû à un manque de places ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
ManquePlaces/Non	192 89,72	336 85,71	219 86,90	301 83,38	85 87,63	158 87,78	201 91,36	277 92,95	163 86,24	1932 87,70
ManquePlaces/Oui	22 10,28	56 14,29	33 13,10	60 16,62	12 12,37	22 12,22	19 8,64	21 7,05	26 13,76	271 12,30
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C66 : Si oui, cet échec est-il dû à des problèmes liés au patient ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Pbs.Patient/ Non	130 60,75	248 63,27	158 62,70	206 57,06	48 49,48	111 61,67	138 62,73	179 60,07	121 64,02	1339 60,78
Pbs.Patient/ Oui	84 39,25	144 36,73	94 37,30	155 42,94	49 50,52	69 38,33	82 37,27	119 39,93	68 35,98	864 39,22
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C67 : Si oui, cet échec est-il dû à une opposition des proches ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Oppos.Proches/ Non	201 93,93	361 92,09	239 94,84	328 90,86	89 91,75	156 86,67	209 95,00	272 91,28	172 91,01	2027 92,01
Oppos.Proches/ Oui	13 6,07	31 7,91	13 5,16	33 9,14	8 8,25	24 13,33	11 5,00	26 8,72	17 8,99	176 7,99
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C68 : Si oui, cet échec est-il dû à une inadéquation de la structure aux besoins du patient ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Inadeq.Besoins/ Non	199 92,99	364 92,86	239 94,84	332 91,97	89 91,75	165 91,67	202 91,82	264 88,59	166 87,83	2020 91,69
Inadeq.Besoins/ Oui	15 7,01	28 7,14	13 5,16	29 8,03	8 8,25	15 8,33	18 8,18	34 11,41	23 22,17	183 8,31
ENSEMBLE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	2 203

Projet d'orientation en cours

Tableau C69 : Y a-t-il un projet d'orientation en cours ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Projet hébergement	76 35,51	203 51,79	153 60,71	239 66,20	67 69,07	125 69,44	144 65,45	222 74,50	146 77,25	1375 62,41
Projet d'orient. en milieu ordinaire	82 38,32	95 24,23	30 11,90	28 7,76	7 7,22	9 5,00	4 1,82	8 2,68	2 1,06	265 12,03
Pas de projet	56 26,17	94 23,98	69 27,38	94 26,04	23 23,71	46 25,56	72 32,73	68 22,82	41 21,69	563 25,56
ENSEMBLE	100	214	100	361	97	180	220	298	189	2 203

Tableau C70 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation en milieu ordinaire sans aide ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
MOSansAide/Non	136 63,55	303 77,30	225 89,29	336 93,07	90 92,78	172 95,56	217 98,64	290 97,32	188 99,47	1957 88,83
MOSansAide/Oui	78 36,45	89 22,70	27 10,71	25 6,93	7 7,22	8 4,44	3 1,36	8 2,68	1 0,53	246 11,17
ENSEMBLE	100	392	100	361	97	180	220	298	189	2 203

Tableau C71 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation en milieu ordinaire avec aide ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
MOavecAide/Non	209 97,66	387 98,72	251 99,60	358 99,17	97 100,00	180 100,00	220 100,00	297 99,66	188 99,47	2187 99,27
MOavecAide/Oui	5 2,34	5 1,28	1 0,40	3 0,83	-	-	-	1 0,34	1 0,53	16 0,73
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C72 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation en milieu ordinaire avec des consultations psychiatriques à domicile ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
MOConsultVad/ Non	180 84,11	342 87,24	237 94,05	339 93,91	92 94,85	173 96,11	217 98,64	292 97,99	188 99,47	2060 93,51
MOConsultVad/ Oui	34 15,89	50 12,76	15 5,95	22 6,09	5 5,15	7 3,89	3 1,36	6 2,01	1 0,53	143 6,49
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C73 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation en milieu ordinaire avec des soins séquentielles de type CATT, CMP, etc. ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
MOSoinSéquent./ Non	166 76,57	325 82,91	235 93,25	345 95,57	92 94,85	172 95,56	218 99,09	293 98,32	188 99,47	2034 92,33
MOSoinSéquent./ Oui	48 22,43	67 17,09	17 6,75	16 4,43	5 5,15	8 4,44	2 0,91	5 1,68	1 0,53	169 7,67
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C76 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers un appartement thérapeutique ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien- AptThérap./Non	203 94,86	371 94,64	242 96,03	344 95,29	95 97,94	176 97,78	220 100,00	293 98,32	189 100,00	2133 96,82
Orien- AptThérap./Oui	11 5,14	21 5,36	10 3,97	17 4,71	2 2,06	4 2,22	-	5 1,68	-	70 3,78
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C77 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers un placement familial ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien- Plac.Fam./Non	203 94,86	370 94,39	233 92,46	330 91,41	93 95,88	156 86,67	202 91,82	269 90,27	181 95,77	2037 92,46
Orien- Plac.Fam./Non	11 5,14	22 5,61	19 7,54	31 8,59	4 4,12	24 13,33	18 8,18	29 9,73	8 4,23	166 7,54
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau C78 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers un long séjour ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien- LongSéjour/Non	209 97,66	286 98,47	240 95,24	339 93,91	94 96,91	164 91,11	210 95,45	269 90,27	171 90,48	2082 94,51
Orien- LongSéjour/Oui	5 2,34	6 1,53	12 4,76	22 6,09	3 3,09	16 8,89	10 4,55	29 9,73	18 9,52	121 5,49
ENSEMBLE	100 214	100 392	100 252	100 361	100 97	100 180	100 220	100 298	100 189	100 2 203

Tableau C79 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers une MAS ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien-MAS/Non	213 99,53	384 97,96	241 95,63	316 87,53	81 83,51	166 92,22	157 71,36	239 80,20	78 41,27	1875 85,11
Orien-MAS/Oui	1 0,47	8 2,04	11 4,37	45 12,47	16 16,49	14 7,78	63 28,64	59 19,80	111 58,73	328 14,89
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C80 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers une maison de retraite ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien- Mais.Reotr./Non	201 93,93	350 89,29	216 85,71	328 90,86	72 74,23	144 80,00	185 84,09	231 77,52	172 91,01	1899 86,20
Orien-Mais.Reotr./Oui	13 6,07	42 10,71	36 14,29	33 9,14	25 25,77	36 20,00	35 15,91	67 22,48	17 8,99	304 13,80
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C81 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers une autre structure ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien-Autre/Non	206 96,26	362 92,35	238 94,84	334 92,52	83 85,57	167 92,78	210 95,45	284 95,30	187 98,94	2071 94,01
Orien-Autre/Oui	8 3,74	30 7,65	14 5,56	27 7,48	14 14,43	13 7,22	10 4,55	14 4,70	2 1,06	132 5,99
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C82 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers un CHRS ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien-CHRS/Non	211 98,60	390 99,49	250 99,21	355 98,34	94 96,91	180 100,00	220 100,00	296 99,33	188 99,47	2184 99,14
Orien-CHRS/Oui	3 1,40	2 0,51	2 0,79	6 1,66	3 3,09	-	-	2 0,67	1 0,53	19 0,86
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C83 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers un appartement associatif ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien-App.Ass./Non	210 98,13	369 94,13	247 98,02	351 97,23	97 100,00	178 98,89	218 99,09	297 99,66	189 100,00	2156 97,87
Orien-App.Ass./Oui	4 1,87	23 5,87	5 1,98	10 2,77	-	2 1,11	2 0,91	1 0,34	-	47 2,13
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

Tableau C84 : Si un projet d'orientation existe, prévoit-il une orientation vers des foyers pour personnes handicapées (foyers d'hébergement, de vie, FDT) ?

	CLASSE 1/9	CLASSE 2/9	CLASSE 3/9	CLASSE 4/9	CLASSE 5/9	CLASSE 6/9	CLASSE 7/9	CLASSE 8/9	CLASSE 9/9	ENSEMBLE
Orien-Foyers/Non	191 89,25	336 85,71	198 78,57	287 79,50	89 91,75	151 83,89	198 90,00	265 88,93	184 97,35	1899 86,20
Orien-Foyers/Oui	23 10,75	56 14,29	54 21,43	74 20,50	8 8,25	29 16,11	22 10,00	33 11,07	5 2,65	304 13,80
ENSEMBLE	214 100	392 100	252 100	361 100	97 100	180 100	220 100	298 100	189 100	2 203 100

ANNEXE 8

COMITE DE PILOTAGE

Nom	Établissement
Monsieur BARREYRE Jean-Yves	CREAI Île-de-France
Monsieur BLANCHARD	DDASS de Seine-Saint-Denis
Monsieur BONGRAND Éric	DDASS de Paris
Monsieur BURNIER Jean-Pierre	UHRIF
Docteur CAILLAULT	Hôpital de Nanterre chef de projet
Monsieur CANNEVA	Président de l'UNAFAM
Docteur Ken-Roger DANIS	FHP-IdF
Docteur DEHGAN	ADIMPSY
Madame FINKELSTEIN Claude	Présidente de la FNAPPSY
Madame GEIDEL Marie-Claude	CRAMIF
Madame le docteur GUIRAUDIE	MISP - DDASS de Paris
Monsieur Yves GUITON	FEHAP Île-de-France
Madame JUNQUA Hélène	Directrice adjointe – DDASS du Val-de-Marne
Madame LACOSTE Élisabeth	Cadre infirmier Association des infirmières générales en santé mentale EPS de Ville Évrard
Docteur LEONARDI	Clinique Château du Bel Air
Madame L'HELGOUALC'H	Directrice adjointe – DRASSIF
Docteur MASSE Gérard	Mission nationale d'appui en santé mentale
Monsieur MEILLIER Francis	SRHP cliniques privées Île-de-France
Monsieur MORDELET Patrick	Président de l'ADESM
Madame PERRIER Dominique	DPM AP-HP
Monsieur le Président UNAPEI	UNAPEI
Docteur RENO	Président de la conférence régionale des présidents de CME des hôpitaux généraux CH Poissy Saint Germain
Madame THORAL Fabienne	URIOPSS Île-de-France
Docteur TRUTT Bernard	Médecin conseil régional SMAMIF
Docteur VIALARD Alain	Président de la conférence régionale des présidents de CME de CHS
Madame WEBER Nathalie	CRAMIF

COMITE TECHNIQUE

Docteur CAILLAULT – Hôpital de Nanterre – Chef de projet

Nom	Établissement
Monsieur BARREYRE Jean-Yves	CREAI Île-de-France
Madame BLANCHARD	Cadre Infirmier secteur 78GO3 CHI Les Mureaux
Docteur BURONFOSSE Anne	DIM AP-HP
Docteur CAIRE	Psychiatre hospitalier CH de Maison Blanche
Madame CORNET Micheline	Cadre infirmier Secteur 75GOB Hôpital d'Esquirol
Docteur DAOUD Véronique	DIM Établissement public de santé de Ville Évrard
Monsieur DEBICHE Michel	Cadre infirmier supérieur EPS Barthélemy Durand
Docteur ECHE Patrick	DIM CH Perray-Vaucluse
Madame LACOSTE Élisabeth	Cadre infirmier EPS Ville Évrard
Docteur LUSIGNAN	Directeur médical Clinique Jeanne d'Arc à St Mandé
Docteur MOHR	DIM – CH Sainte-Anne
Docteur PARENT	DIM – CH Argenteuil
Madame PEINTRE Carole	CREAI Île-de-France
Docteur PEYRON-FOURCADE Isabelle	DIM – CH Eaubonne
Docteur RAMOS	Psychiatre hospitalier CH Paul Guiraud
Docteur RAUZY Monique	Psychiatre DIM Hôpital Albert Chenevier
Madame SARAGOUSSI Sarah	Cadre assistante sociale
Monsieur SOLANS	CRAMIF
Docteur TORRE Sylvie	SMAMIF