

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>

L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale

Magali Coldefy, Clément Nestrigue (Irdes)

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge.

A partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

La France, comme la plupart des pays occidentaux, s'est engagée depuis les années 1970 dans une politique de désinstitutionnalisation psychiatrique, visant à réduire l'hospitalisation à temps plein et développer des prises en charge alternatives, en ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet au plus près du lieu de vie du patient. La durée moyenne d'hospitalisation dans l'année a été divisée par plus de deux depuis les années 1980, atteignant 53 jours en 2012 (Source : Statistique annuelle des établis-

sements de santé-SAE, Drees). Malgré cette diminution importante associée à une réduction équivalente des capacités d'hospitalisation dans la discipline, une proportion non négligeable de patients restent hospitalisés durablement en psychiatrie (sur une année ou plus) du fait de la lourdeur de leur pathologie mais aussi du défaut d'une prise en charge alternative. Les hospitalisations dites « au long cours » en psychiatrie, définies ici comme une hospitalisation supérieure ou égale à 292 jours dans l'année, continus ou non,

associée à une présence en hospitalisation l'année précédente, ont concerné près de 12 700 patients en 2011¹, soit 0,8 % des patients pris en charge dans les établisse-

¹ Selon le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) 2011, 12 700 patients sont hospitalisés à temps plein plus de 292 jours (continus ou non, quel que soit l'établissement d'hospitalisation) sur l'année 2011 et présents en 2010. Sont exclus : les patients en sortie d'essai toute l'année, les patients pris en charge en unités pour malades difficiles, les détenus et personnes jugées pénalement irresponsables, considérés comme relevant d'une autre problématique, soit environ 600 individus.

ments de santé ayant une autorisation en psychiatrie. Malgré leur faible poids dans la file active, ces hospitalisations constituent un quart des journées d'hospitalisation et occupent ainsi un quart des lits, ce qui représente un poids majeur dans les ressources, l'activité et l'organisation des soins des établissements de santé. Par ailleurs, nombre de ces séjours longs sont considérés par les professionnels de santé comme des hospitalisations inadéquates. En effet, une prise en charge hospitalière sur une longue durée n'est pas imposée par une indication thérapeutique mais davantage symptomatique du cloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux ou de l'absence et du manque de réponses sociales ou médicosociales adaptées (Berichel *et al.*, 2006, Duhamel, 2007, Mission nationale d'appui en santé mentale, 2011). Le maintien à l'hôpital sur une longue période apparaît d'autant plus décalé que les capacités d'hospitalisation, tout comme la durée moyenne de séjour, n'ont cessé de diminuer et que les soins ambulatoires se sont fortement développés en psychiatrie (*op. cit.*). En 2011, 77 % des patients suivis en psychiatrie dans les établissements de santé l'ont été exclusivement en ambulatoire (Drees, 2013). Ces hospitalisations de longue durée, dont l'impact économique est conséquent, constituent un enjeu fort dans l'organisation de l'offre de soins et sa coordination avec le secteur social et médicosocial, mais aussi en termes de qualité de vie et de prise en charge proposée aux patients.

Cette étude décrit la population hospitalisée au long cours en psychiatrie dans les établissements de santé métropolitains et cherche à expliquer la variabilité du recours à ces prises en charge hospitalières de longue durée entre territoires de santé. Ces derniers constituent l'échelle de planification sanitaire utilisée par les Agences régionales de santé (ARS) pour l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins (Sros). A partir de l'exploitation du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et la mobilisation de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude tente de répondre aux questionnements suivants : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

Description de la population concernée

Une surreprésentation des hommes et des patients âgés de 30 à 60 ans

La grande majorité (64 %) des patients hospitalisés en psychiatrie au long cours sont des hommes. Cette prédomi-

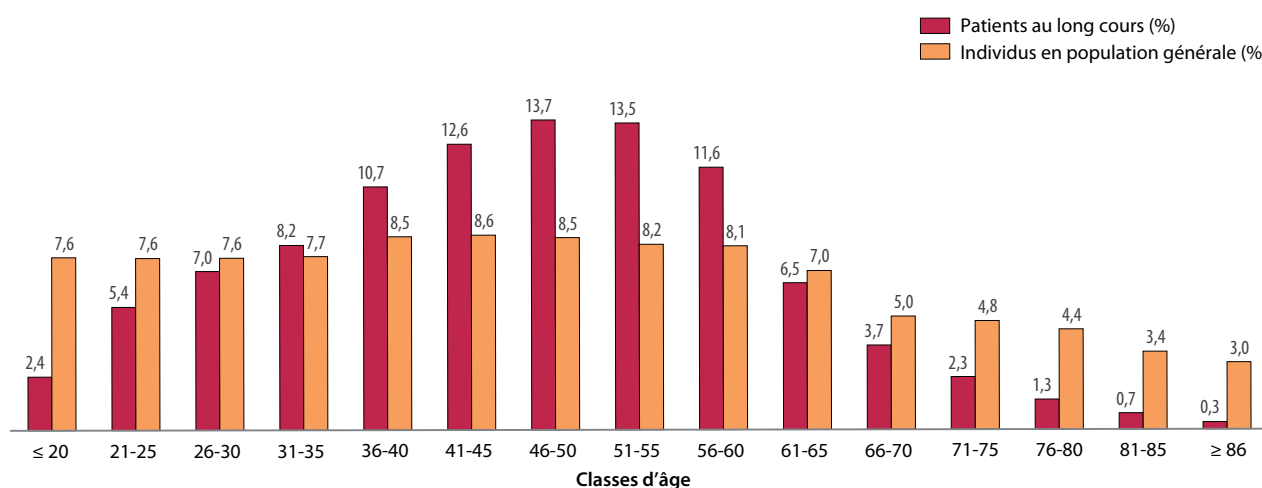
Cet article s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche de l'Irdes visant à décrire et analyser la variabilité des soins sans consentement et des hospitalisations au long cours en psychiatrie. Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la Direction générale de la santé (DGS), de la Mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRe-Drees), de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), du Régime social des indépendants (RSI), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), dans le cadre de l'appel à recherches lancé par l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) en 2011.

nance masculine est observée dans plusieurs études régionales, de manière plus ou moins marquée selon les territoires (68 % pour l'Aquitaine, 73 % pour la Gironde, 60 % pour l'Île-de-France) [Brun-Rousseau, 2007]. L'âge moyen de ces patients est de 47 ans et ne diffère pas de l'âge moyen observé chez l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie.

Une surreprésentation des patients âgés de 30 à 60 ans par rapport à la population générale est observée (graphique 1). En revanche, pour les plus de 60 ans, les patients au long cours sont sous-représentés (15 % *versus* 27 % en population générale). Là encore, cette sous-représentation est un phénomène constaté dans plusieurs études régionales (Brun-Rousseau, 2007).

G1

Répartition par classe d'âge des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie par rapport à la population générale



Sources : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) 2011 ; Recensement général de la population, Insee 2010.

Champ : France métropolitaine.

 Télécharger les données

G2

Une partie importante des personnes atteignant 60 ans est en effet orientée vers des structures pour personnes âgées telles que les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Par ailleurs, plusieurs études ont montré que les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères connaissent une espérance de vie inférieure de dix à vingt ans à la population générale, pouvant expliquer en partie leur sous-représentation après 60 ans (Chesney *et al.*, 2014 ; Charrel *et al.*, 2013 ; Lawrence *et al.*, 2010 ; Harris et Barraclough, 1998).

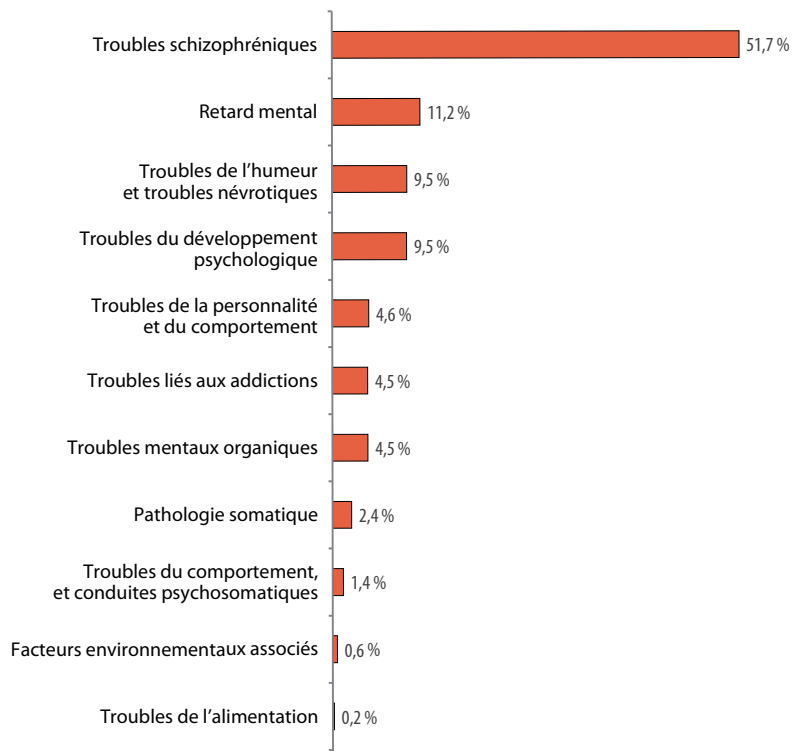
Plus de la moitié des patients hospitalisés au long cours souffre de troubles schizophréniques

En considérant le diagnostic « dominant »² des patients – échelle hiérarchique des diagnostics utilisée et validée dans le cadre des travaux de l'Observatoire des longs cours de la région Aquitaine qui permet d'affecter un unique diagnostic pour chaque patient –, plus de la moitié des patients hospitalisés au long cours souffre de troubles schizophréniques (graphique 2). Si c'est le diagnostic majoritaire des patients pris en charge au long cours, il est largement surreprésenté (52 % *versus* 22 %) par rapport à la prévalence de ce diagnostic parmi l'ensemble des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie. Chez ces derniers, ce sont les troubles de l'humeur et troubles névrotiques qui arrivent en première position (44 % des patients hospitalisés en psychiatrie en 2011).

Les autres diagnostics le plus fréquemment rencontrés chez les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie sont ceux de retard mental (11 %) et de troubles du développement psychologique (essentiellement autisme et troubles envahissants du développement) [9 %].

² Lorsqu'un patient présente des diagnostics principaux différents au cours de l'année, un seul diagnostic « dominant » est sélectionné en appliquant la hiérarchie suivante : Troubles schizophréniques (codes CIM10 F2) / Troubles du développement psychologique (F8) / Troubles mentaux organiques (F0)/Troubles de l'humeur et troubles névrotiques (F3 et F4) / Troubles de l'alimentation (F50) / Troubles de la personnalité et du comportement (F6) / Troubles liés aux addictions (F1) / Troubles du comportement et conduites psychosomatiques (F9 et F5 hors F50) / Retard mental (F7) / Facteurs environnementaux associés (codes en Z).

Répartition des diagnostics « dominants » des patients hospitalisés au long cours en 2011



Source : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) 2011 ; Recensement général de la population, Insee 2010.

Champ : France métropolitaine.

 Télécharger les données

La fréquence des diagnostics observés chez les patients hospitalisés au long cours varie selon les régions et les territoires

En Alsace, Lorraine et Picardie, par exemple, les patients atteints de schizophrénie représentent moins de 40 % des patients hospitalisés au long cours alors qu'en Auvergne, Corse et Midi-Pyrénées, ils représentent plus de 60 % de cette population. Dans les trois premières régions, plus de 28 % des hospitalisés au long cours ont reçu un diagnostic de retard mental ou trouble envahissant du développement. Dans l'étude Aquitaine de 1999 (Benetier, Brun-Rousseau, 2003), seuls 40 % des patients hospitalisés au long cours souffraient de troubles schizophréniques et les psychoses infantiles (troubles envahissants du développement) représentaient 22 % des diagnostics rencontrés dans la région (atteignant même 38 % pour la Gironde). Selon ces mêmes auteurs, « la psychose masculine est en effet source d'hospitalisation prolongée, vraisemblablement du fait de la fréquence

des troubles du comportement qui y sont associés, troubles toujours difficilement acceptables dans les établissements autres que psychiatriques, qu'ils soient du champ sanitaire ou médicosocial (...). »

A l'échelle des territoires de santé – au nombre de 106, ils recouvrent dans de nombreuses régions les limites départementales – (Coldefy et Lucas, 2012), la part de patients hospitalisés au long cours pour troubles schizophréniques varie de moins de 40 % dans un cinquième des territoires à plus de 65 % dans le dernier quintile. De même, la part de patients hospitalisés au long cours souffrant de retard mental ou de trouble envahissant du développement est inférieure à 10 % dans un quart des territoires mais supérieure à 25 % dans un autre quart, et atteint plus de 40 % dans des territoires tels que la Dordogne, la Meurthe et Moselle, l'Aisne et l'Yonne, indiquant différents types de populations hospitalisées au long cours associés à des besoins de soins et d'accompagnement eux aussi différents.

Les patients hospitalisés au long cours : une population hétérogène à l'autonomie variable

La dépendance des patients peut être appréciée dans le Rim-P à travers l'échelle Activités de la vie quotidienne (AVQ) [encadré Sources et méthode] qui mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante : habillage ou toilette, déplacements et locomotion, alimentation, continence³. Seul un quart des patients hospitalisés au long cours s'avère complètement autonome sur le plan physique, résultat similaire à la situation observée en Aquitaine en 1999 (Brun-Rousseau, 2007). En revanche, 12 % des patients

sont lourdement dépendants, nécessitant l'assistance physique majeure d'une tierce personne pour réaliser les gestes élémentaires du quotidien et 15 % nécessitent une assistance physique partielle pour réaliser ces activités de la vie courante.

Les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ne constituent pas une population homogène en termes de diagnostics, de niveaux de dépendance, et donc de besoins de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social. A partir d'une analyse des correspondances multiples combinée à une classification ascendante hiérarchique (encadré Sources et méthode), nous pouvons distin-

guer trois principaux groupes de patients hospitalisés au long cours en psychiatrie en 2011 :

- Le premier groupe représente plus de la moitié des personnes hospitalisées au long cours en 2011. Il s'agit de patients majoritairement masculins, d'âge moyen (77 % ont entre 30 et 60 ans), souffrant de troubles schizophréniques, faiblement dépendants, pouvant faire l'objet à un moment de leur prise en charge d'une hospitalisation sans consentement.
- Le second groupe rassemble 23 % des patients hospitalisés au long cours en 2011. Il s'agit pour une partie d'entre eux de « nouveaux patients au long cours » dans le sens où pour ces patients, l'ancienneté du séjour est souvent inférieure à un an. Les patients de ce groupe sont plus âgés, comptent majoritairement des femmes, souffrent de troubles de l'humeur, de troubles addictifs, de troubles mentaux organiques (démences notamment) ou de troubles de la personnalité et du comportement, et sont moyennement dépendants.
- Le troisième groupe compte 25 % des patients hospitalisés au long cours une année donnée. Il s'agit de patients relativement jeunes, plus lourdement dépendants selon la grille AVQ, souffrant majoritairement de retard mental ou de troubles du développement psychologique. Pour 32 % d'entre eux, le séjour a débuté il y a plus de cinq ans (14 % plus de dix ans).

Ces différents types de patients au long cours appellent des réponses différentes en termes de prise en charge, avec des poids variables des acteurs sanitaires et sociaux ou médicosociaux dans l'accompagnement de ces patients au cours du temps.

Une prise en charge majoritairement effectuée dans les établissements spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale.

80 % des patients hospitalisés au long cours sont pris en charge dans un établissement monodisciplinaire, spécialisé dans

SOURCES ET MÉTHODE

Cette étude s'appuie essentiellement sur l'exploitation des données du **Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P)**, mis en place en 2007 et exploité pour cette étude sur l'année 2011. Ce recueil permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice de malades par les établissements de santé, en hospitalisation complète ou partielle comme en ambulatoire. Il permet également de décrire les caractéristiques des patients et l'ensemble de leur prise en charge au sein des établissements. L'existence d'un identifiant national permet de chaîner les patients suivis dans plusieurs établissements.

Les patients hospitalisés au long cours ont été définis de la manière suivante :

- Patients ayant eu au moins 292 jours continus ou non d'hospitalisation à temps plein (y compris en centre de crise et de postcure) en 2011 et présents en hospitalisation à temps plein l'année précédente, quel que soit l'établissement d'hospitalisation.
- Ont été exclus de l'étude les patients hospitalisés en unités pour malades difficiles, les détenus et personnes jugées pénalement irresponsables, qui relèvent d'une autre problématique. De même pour la partie de l'étude relative à l'analyse de la variabilité territoriale du recours aux hospitalisations au long cours, les patients exclusivement hospitalisés sans leur consentement ont été retirés du total.

Du fait de l'absence de données remontées par les établissements de santé de la Nièvre, des Deux-Sèvres et des départements d'outre-mer, ces départements n'ont pas pu être intégrés à l'analyse.

La **typologie de patients hospitalisés au long cours** a été réalisée en combinant une analyse des correspondances multiples et une classification ascendante hiérarchique. 16 variables actives ont été considérées relatives aux caractéristiques démographiques et cliniques des patients (sexe, âge, diagnostics, niveau de dépendance) ainsi qu'à leur prise en charge (ancienneté du séjour, mode légal d'hospitalisation). Les caractéristiques des établissements d'accueil (statut juridique, établissement mono ou pluridisciplinaire) ont été placées en variables illustratives. Les coordonnées des deux premiers axes factoriels ont été utilisées pour construire la classification, ils résument à eux seuls 78 % de l'information contenue dans la base constituée. L'analyse du dendrogramme nous a amenés à retenir le découpage en trois classes de patients.

Pour analyser la variabilité du taux de recours aux hospitalisations au long cours, d'autres sources de données ont été mobilisées. Elles permettent de

caractériser l'offre et l'organisation des soins hospitaliers (**Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** et **Rapports d'activité de psychiatrie**, enquêtes réalisées par la Drees), l'offre médicosociale en direction des personnes en situation de handicap psychique (**enquête Établissements sociaux (ES)** de la Drees), ainsi que l'existence de conseils locaux de santé mentale et de groupes d'entraide mutuelle (**Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)**). Les données du **Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniiram)** ont été mobilisées pour mesurer à la fois l'offre de soins de ville (médecins généralistes et psychiatres libéraux) et la prévalence de la prise en charge de la maladie mentale (à travers des indicateurs de consommation de soins) afin d'approcher l'état de santé de la population. Enfin, les données du **recensement de population de l'Insee** ont été utilisées pour construire les indicateurs mobilisés (dénominateur populationnel) ainsi que pour qualifier le contexte socio-économique et géographique des territoires. L'ensemble des sources et indicateurs construits est détaillé dans un rapport à paraître sur les disparités d'offre de soins en psychiatrie (Coldefy, Le Neindre, 2014).

Le **taux de patients hospitalisés au long cours** rapporte le nombre de patients hospitalisés tels que définis précédemment à la population âgée de 16 ans ou plus du territoire de santé ou département de résidence du patient. Ce taux a fait l'objet d'une **standardisation selon le sexe et l'âge**.

Pour expliquer la variabilité de ces taux de recours, un **modèle multivarié par estimation des moindres carrés ordinaires** a été utilisé. La sélection des variables à intégrer dans le modèle a été effectuée dans un premier temps sur la base des hypothèses initiales sur les déterminants de la variabilité, puis dans un deuxième temps, selon la méthode statistique *stepwise*. Les résultats de la régression font apparaître un fort pouvoir explicatif du modèle avec un coefficient de détermination permettant d'expliquer 52 % de la variabilité du taux de recours à l'hospitalisation au long cours au niveau des territoires de santé. De manière à éviter une certaine redondance d'information dans le modèle, et ainsi les conséquences négatives se situant à la fois sur le plan statistique et sur celui de l'interprétation des coefficients, l'absence de colinéarité entre les régresseurs a été vérifiée à travers le facteur d'influence de la variance. Les tests usuels de Durbin Watson et de White attestent respectivement de l'absence d'auto-corrélation et d'hétéroscédasticité.

³ Le niveau de dépendance est également évalué dans cette grille à travers les variables de comportement et de communication, mais selon les experts rencontrés, la cotation de ces items est très variable selon les équipes soignantes et n'est pas utilisée ici.

la prise en charge des maladies mentales, alors que ces établissements reçoivent 69 % de l'ensemble de la patientèle psychiatrique. C'est le cas des établissements publics comme privés. Ainsi, les cliniques privées accueillent 12 % des patients hospitalisés au long cours alors qu'elles ne prennent en charge que 6 % de la file active totale suivie en établissements de santé pour des troubles psychiatriques. Ceci s'explique du fait qu'une partie des cliniques s'est spécialisée dans les soins de postcure et de réadaptation sociale. Les séjours de postcure doivent permettre une transition entre l'hospitalisation lors de la phase aiguë de la maladie et le retour à domicile par un suivi médical, psychologique, éducatif et social proposant un accompagnement progressif vers l'autonomie. Ils visent la réinsertion sociale des individus et le retour à une existence autonome.

Pour 10 % des patients, l'hospitalisation au long cours s'est réalisée sur plusieurs établissements. Certains semblent s'être spécialisés dans l'accueil des patients au long cours : 20 % des établissements concentrent en effet 60 % de ces patients. C'est notamment le cas de certaines cliniques privées ou centres de postcure au statut d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dont plus de 30 % de la file active est hospitalisée plus de 80 % de l'année. Un seul établissement public est dans ce cas et cet établissement s'est spécialisé dans l'accueil sur le long terme de patients chroniques dont la lourdeur de la pathologie empêche tout projet de sortie.

Les patients hospitalisés au long cours diffèrent selon le statut de l'établissement d'accueil. Ceux accueillis dans les cliniques privées sont davantage des patients du premier groupe identifié dans la typologie précédemment présentée, soit des patients souffrant de troubles schizophréniques faiblement dépendants alors que le troisième groupe identifié, celui des personnes lourdement dépendantes et souffrant de retard mental ou troubles envahissants du développement, est quasiment absent des cliniques et essentiellement pris en charge dans des établissements publics ou Espic spécialisés.

Variabilités territoriales du recours à l'hospitalisation au long cours

Le taux de recours moyen des hospitalisations au long cours est de 17 pour 100 000 habitants avec un écart de 1 à 30 selon le territoire de santé

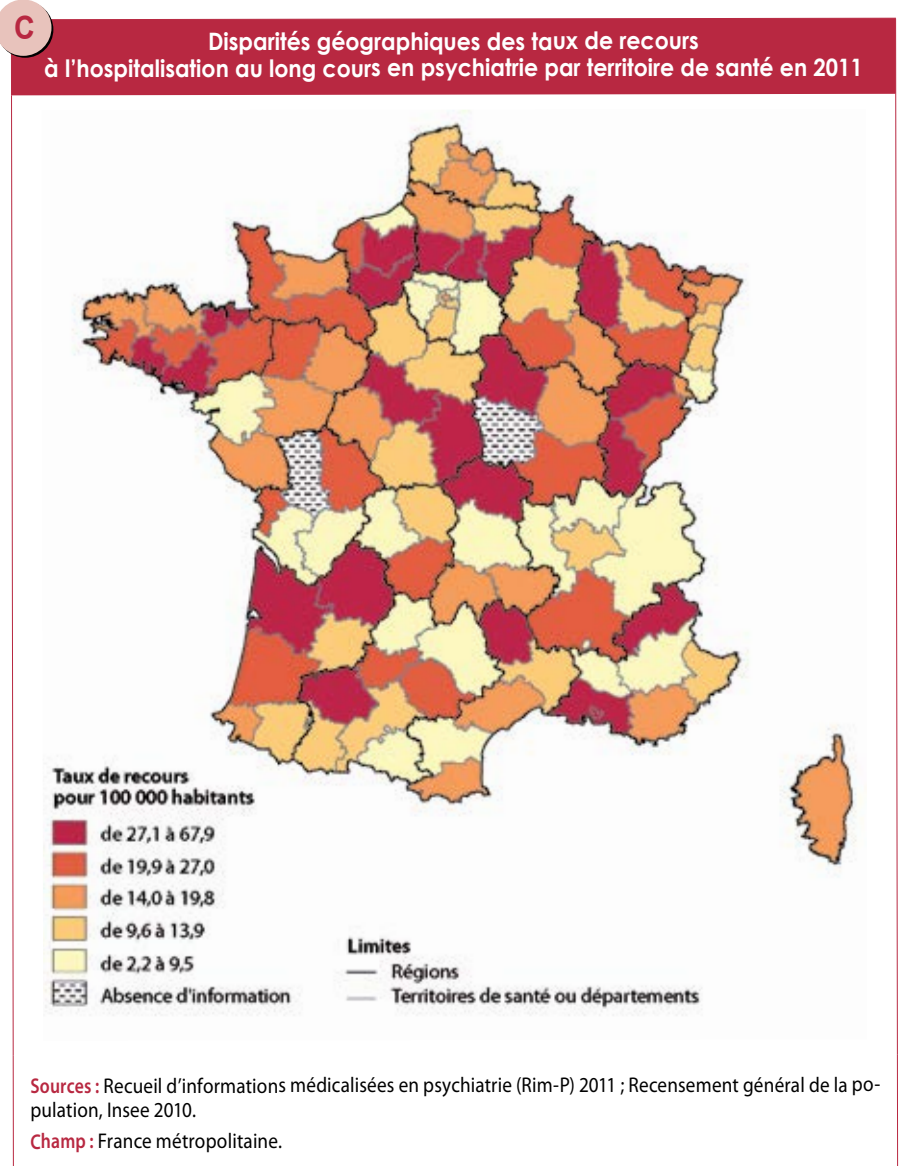
La variabilité des taux de recours⁴ à l'hospitalisation au long cours est mesurée au niveau du territoire de santé (ou département lorsqu'un territoire regroupe plusieurs départements) de résidence du patient⁵. Notons que 16 % des patients hospitalisés au long cours le sont dans un

territoire ou département différent de leur lieu de résidence. Certains territoires apparaissent en effet particulièrement attractifs pour ces populations. Il s'agit notamment du Loir-et-Cher, du Val de Marne et des Hauts-de-Seine, dans lesquels plus de la moitié des patients hospitalisés au long cours est originaire d'un autre département. Outre leur pertinence en termes de planification des soins, les 106 territoires de santé constituent un niveau d'analyse permettant de produire un échantillon robuste statistiquement.

En tenant compte des caractéristiques démographiques (âge et sexe) propres à chaque territoire de santé, le taux de

⁴ Nombre de patients hospitalisés au long cours dans l'année rapporté à la population âgée de 16 ans et plus.

⁵ Le territoire de santé de résidence du patient a été préféré au territoire d'hospitalisation afin de privilégier l'approche populationnelle liée à la planification des soins.



recours moyen des hospitalisations au long cours est de 17,1 pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus. L'écart type est de 10,6 pour 100 000 habitants, soit un coefficient de variation de 62 %. Le taux de recours varie ainsi de 2,2 (Alpes-de-Haute-Provence) à 68 pour 100 000 habitants (Haute-Saône), soit un rapport de 1 à 30 (Carte). En supprimant les premier et dernier quintiles de la distribution des taux de recours, ce rapport reste conséquent puisqu'il s'établit de 1 à 9.

Déterminants de la variabilité du recours à l'hospitalisation au long cours

La revue de la littérature et les échanges avec les experts nous ont amenés à retenir trois grandes dimensions potentiellement explicatives de la variabilité du recours à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé. La première dimension mobilisée dans notre modèle explicatif est l'offre et l'organisation des soins psychiatriques au sein des territoires. Les capacités d'hospitalisation, les ressources humaines, la diversité des prises en charge proposées, le développement des alternatives à l'hospitalisation


ainsi que les interactions entre les différents acteurs du champ vont se combiner pour jouer sur le recours à l'hospitalisation au long cours. La seconde dimension mobilisée dans notre modèle est celle de l'offre sociale et médicosociale des territoires, car une partie des patients hospitalisés au long cours le sont parfois du fait de l'insuffisance d'une offre médicosociale plus adaptée à leurs besoins. La troisième dimension mobilisée est celle du contexte socio-économique du territoire. Pour pallier le manque d'informations individuelles sur les caractéristiques socio-économiques des patients pouvant expliquer une hospitalisation prolongée (isolement familial et social, précarité, absence de logement...), nous avons cherché à l'approcher dans le modèle à un niveau écologique en caractérisant les territoires en termes de défavorisation et de fragmentation sociales. Ces trois grandes dimensions ont été traduites en un grand nombre d'indicateurs simples ou complexes (Coldefy, Le Neindre, à paraître) et ont été testées dans le modèle. Afin de déterminer le rôle de chacune des dimensions dans l'explication de la variabilité observée, un modèle multivarié a été réalisé (Tableau).

La densité de lits en hospitalisation temps plein est le facteur le plus explicatif de la variabilité du recours à l'hospitalisation au long cours

Parmi les variables introduites relatives à l'offre et à l'organisation des soins au sein des territoires, la densité de lits en hospitalisation temps plein en psychiatrie joue un rôle majeur dans l'explication de la variabilité des taux d'hospitalisation au long cours (32 % de la variabilité est expliquée par cette variable). Toutes choses égales par ailleurs, plus l'offre de lits en hospitalisation temps plein sur le territoire est importante, plus le recours à l'hospitalisation au long cours est élevé et inversement. Une moindre contrainte sur la gestion des lits des établissements peut ainsi créer des conditions peu incitatives à la sortie des patients (Vigneron et Haas, 2013). À l'inverse, dans un territoire où les capacités d'hospitalisation en psychiatrie sont plus réduites, les équipes soignantes vont avoir tout intérêt à favoriser la fluidité des parcours et à éviter les séjours prolongés en organisant la sortie d'hospitalisation des patients.

L'offre hospitalière publique spécialisée ou en Espic produit plus de séjours longs

Le statut des établissements semble également contribuer à expliquer la variabilité du taux de recours. Lorsque l'offre hospitalière en psychiatrie est majoritairement proposée par des établissements privés d'intérêt collectif (Espic) et des établissements publics, notamment spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales, les taux de recours à l'hospitalisation au long cours apparaissent plus élevés. Cela est en partie lié à l'histoire de ces établissements et à leur implantation géographique initiale dans des territoires plus ruraux (Coldefy, 2010). Les établissements spécialisés dans la prise en charge de la maladie mentale publics et les Espics sont souvent issus de la loi de 1838 préconisant la création d'un « asile » par département. Ces établissements se retrouvent souvent seuls en situation de monopole de prise en charge de la psychiatrie sur leur territoire et de relatif isolement avec une offre de ville, une offre d'amont et d'aval moins développées. Nous retrouvons ici ce qu'observaient Vigneron et Haas dans leur étude sur les séjours longs du court séjour (2013).

Estimation des déterminants du taux de recours à l'hospitalisation au long cours			
		Coefficient	p value
Offre de soins			
Densité de lits en hospitalisation temps plein		0,22700	<0,0001 ***
Densité de salariés médicaux		-1,16092	<0,0001 ***
Part de lits	Privé lucratif	Réf.	
	Public général	0,11947	0,0446 **
	Public spécialisé	0,17310	0,0017 ***
	Espic ^a	0,20194	0,0012 ***
Offre médico sociale			
Densité d'adultes avec troubles psychiques accueillis dans les services et structures médicosociaux	-0,09726	0,0475 **	
Densité psychiatres/psychologues	2,20818	0,0017 ***	
Caractéristiques socio-économiques			
Indicateur « Favorisation sociale »		0,28061	0,8489 ns
Indicateur « Fragmentation sociale »		0,17499	0,8983 ns
Part de la population résidant dans les « communes isolées »		-0,38560	0,0028 ***
R ²		52 %	
*** : p < 1 % ; ** : p < 5 % ; * : p < 10 %			
^a Établissements de santé privés d'intérêt collectif.			
Sources : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) 2011 ; Recensement général de la population, Insee 2010.			
Champ : France métropolitaine.		 Télécharger les données	

En revanche, le modèle fait ensuite apparaître que, toutes choses égales par ailleurs, les territoires avec une forte densité de personnel médical au sein des établissements de santé sont associés à des taux d'hospitalisation au long cours plus faibles. Une offre médicale plus importante au sein des établissements permettrait ainsi de réduire le recours aux hospitalisations de longue durée et, inversement, une densité plus faible de personnel médical augmenterait le recours à l'hospitalisation au long cours, ce type de prise en charge mobilisant moins de ressources médicales. Il y a là un impact en termes de qualité de prise en charge, faute de ressources suffisantes, le projet de soins et de vie du patient est revisité moins fréquemment.

Plus l'offre médico-sociale est importante sur un territoire, plus le taux d'hospitalisation au long cours diminue

La seconde dimension introduite dans le modèle tient à l'offre médico-sociale en direction des personnes souffrant de handicap psychique sur les territoires. Une des hypothèses fréquemment avancées par les acteurs de terrain pour expliquer le fort taux de recours aux hospitalisations au long cours dans certains territoires est celle d'un défaut d'offre médico-sociale alternative pour accueillir ces personnes qui ne relèveraient plus d'une prise en charge sanitaire.

Dans notre modèle, la densité d'adultes souffrant de troubles psychiques accueillis dans les structures médico-sociales, estimée à partir des données de l'enquête Etablissements sociaux (ES) de la Drees, apparaît significative au seuil de 5 % dans l'explication de la variabilité du taux de recours à l'hospitalisation au long cours. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, plus cette densité est élevée, plus le taux de recours diminue. Ce résultat va dans le sens du discours des acteurs de terrain : dans les territoires accueillant une densité supérieure de personnes souffrant de troubles psychiques dans le secteur médico-social, le taux de recours à l'hospitalisation au long cours est plus faible. Cependant, la contribution du secteur médicosocial reste très faible par rapport à la variabilité expliquée par la densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie.

D'autre part, une densité plus élevée de psychiatres et de psychologues exerçant dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des adultes souffrant de troubles psychiques contribue à augmenter le taux d'hospitalisation au long cours au sein des territoires de santé. Ce résultat semble a priori contre-intuitif, l'hypothèse initiale étant que lorsque le secteur médico-social est doté de personnels spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiques, l'accueil des personnes dans ces structures et les passerelles entre secteurs sanitaire et médico-social s'en trouveraient facilités. Le résultat du modèle irait plutôt dans le sens d'un effet concurrentiel, frictionnel entre les deux secteurs, l'implantation de professionnels de santé dans le secteur médico-social développant une offre parallèle mais non complémentaire à celle du secteur sanitaire. Cela peut également signifier que l'existence de l'offre n'en assure pas l'utilisation optimale, cette dernière nécessitant d'étroites coordinations (Vigneron et Haas, 2013).

A l'échelle des territoires de santé, le contexte socio-économique n'influence pas le recours à l'hospitalisation au long cours

La troisième dimension introduite dans le modèle concerne le contexte socio-économique et géographique dans lequel opèrent les pratiques d'hospitalisation, une des hypothèses émises étant que les séjours prolongés peuvent parfois être une réponse à des situations d'isolement et d'exclusion sociale (absence ou difficulté de maintien dans un logement, support familial et social déficient ou absent).

A partir de là, le modèle teste deux indicateurs socio-économiques à l'échelle des territoires : l'indicateur de (dé)favorisation sociale qui tient compte du niveau de revenu, d'éducation, des catégories socio-professionnelles et du chômage (adapté de Rey *et al.*, 2011) ; et l'indicateur de fragmentation sociale qui tient compte du statut marital, de l'isolement du ménage, de la stabilité résidentielle, des migrations ou du type d'habitat entre autres et vise à qualifier la faiblesse des liens sociaux dans un territoire (adapté de Ivory *et al.*, 2012).

Les résultats ne font apparaître aucun effet des caractéristiques socio-économiques

dans l'explication de la variabilité du recours à l'hospitalisation au long cours au niveau des territoires de santé. L'introduction d'indicateurs simples (tels que la part de ménages isolés, de chômeurs ou autres) en lieu et place des indicateurs synthétiques ne modifie pas ce résultat. Cette absence d'effet peut surprendre car la précarité ou l'isolement social sont fréquemment évoqués dans la littérature comme des éléments concourant à la prolongation d'une hospitalisation. Ce résultat peut s'expliquer par l'échelle à laquelle ces informations sont mesurées : les caractéristiques socio-économiques sont en effet très disparates au sein d'un même territoire de santé. Plus de 80 % des territoires de santé ont un coefficient de variation de l'indicateur de fragmentation sociale supérieur à 30 %, ce qui signifie que pour ces territoires, l'indicateur est fortement dispersé autour de la moyenne. Concernant l'indicateur de défavorisation sociale, celui-ci varie dans un rapport minimum du simple au double sur près de 80 % des territoires. La caractérisation du contexte socio-économique à l'échelle des territoires de santé masque donc d'importantes disparités infraterritoriales, pouvant expliquer en partie l'absence de ce déterminant dans le modèle explicatif.

La seule variable de contexte qui semble jouer un rôle est relative au contexte géographique. Plus la proportion de population vivant dans des communes isolées, hors influence des pôles urbains augmente, plus le recours à l'hospitalisation au long cours diminue. Là encore, ce résultat demande à être exploré davantage, cette dimension géographique du contexte pouvant cacher des spécificités sociales ou culturelles mal prises en compte dans les variables socio-économiques telles qu'un soutien familial ou social plus important, un éloignement des services faisant diminuer le recours à l'hospitalisation.

* * *

La variabilité du recours à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé apparaît, dans cette étude, fortement influencée par l'offre de soins hospitalière spécialisée et, notamment, par la densité de lits en hospitalisation temps plein qui constitue un élément clé de la variabilité entre les territoires. Plus les capacités d'hospitalisation

sont importantes sur un territoire, plus le recours aux hospitalisations au long cours est important. À l'inverse, des ressources supérieures en personnel médical dans ces établissements vont réduire le recours aux hospitalisations prolongées. Ce résultat pose en effet question en termes d'équité et de qualité de prise en charge pour les populations concernées. L'existence d'une offre médicosociale sur le territoire tend à réduire ce recours mais son effet est plus limité, voire contrasté. Plus que la quantité d'offre médicosociale, ce sont les coordinations existant entre acteurs sanitaires et médicosociaux qui agissent pour réduire le recours aux hospitalisations de longue durée. Ces interactions sont toutefois difficilement mesurables dans le cadre d'une analyse quantitative de ce type. Par ailleurs, le système d'information du secteur médico-social est nettement moins développé

que pour le secteur sanitaire, ce qui limite l'usage que l'on peut en faire. De plus, un grand nombre de services d'accompagnement – structures d'hébergement de type associatif notamment – n'est pas recensé par le système d'information national (appartements municipaux, appartements associatifs, maisons relais...). Répartis inégalement sur le territoire, ils proposent en certains lieux une solution adaptée à la prise en charge de patients chroniques au long cours.

L'absence de contribution des caractéristiques socio-économiques des territoires mérite d'être analysée plus finement. À l'échelle du territoire de santé, la caractérisation du contexte socio-économique est plus difficile à appréhender et moins précise car la variabilité peut être importante au sein même de chacun des territoires. En

effet, le taux de chômage d'un territoire de santé (ou département) ne reflète pas la disparité des taux de chômage constatée à l'échelle des différentes communes ou divers quartiers de ces communes. Même si le contexte socio-économique n'est pas forcément un facteur explicatif du recours à l'hospitalisation au long cours, il est plus difficile de l'appréhender dans une modélisation à l'échelle des territoires de santé et cela nécessiterait de disposer de données individuelles. Plusieurs études locales en cours cherchent à aborder plus finement ces dimensions individuelles ainsi que la trajectoire de ces patients qui s'inscrivent sur plusieurs années. Les résultats de ces études viendront utilement compléter cette approche nationale quantitative des populations hospitalisées au long cours en psychiatrie. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Benetier M.P., Brun-Rousseau H. (2003). « Les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine. Admissions du 1^{er} au 14 octobre 2000 : caractéristiques du séjour hospitalier et de la prise en charge d'amont et d'aval ». *ERSM-ARH*, 101 p.
- Berichel V., Bescond A., Caucase M., Cheriot L., Darin J.P., Duhamel B., François L., Le Goff K., Melin E., Mougne-Girard B. (2006). *Aspects de l'articulation entre sanitaire, médicosocial et social en psychiatrie et en santé mentale (patients adultes)*. ENSP, Rennes.
- Brun-Rousseau H. (2007). « La prise en charge des patients hospitalisés au long cours dans la région Aquitaine : les apports d'un système d'information régionalisé ». Partie II. *Santé Mentale*, La Documentation Française; 183-91.
- Charrel C.L., Plancke L., Genin M., Defromont L., Ducrocq F., Vaiva G., Danel T. (2014). "Mortality of People Suffering from Mental Illness: A Study of a Cohort of Patients Hospitalised in Psychiatry in the North of France", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Chesney E., Goodwin G.M., Fazel S. (2014). "Risks of All-Cause and Suicide Mortality in Mental Disorders: a Meta-Review", *World Psychiatry*, 13(2), pp.153-160.
- Coldefy M., Le Neindre C. (2014). « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique ». Rapport Irdes à paraître.
- Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. (2012). « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé. Évolution de 2003 à 2011 ». *Questions d'économie de la santé*, n°175.
- Coldefy M. (2010). « De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France, Thèse de doctorat de géographie ». Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 519 p.
- Drees, *Panorama des établissements de santé*, Collection Etudes et Statistiques, 2013.
- Duhamel B. (2007). « Les « inadéquations » d'hospitalisation au long cours en psychiatrie : stratégie d'établissement et actions institutionnelles autour de l'exemple de l'EPSM Montperrin », Mémoire ENSP.
- Harris E.C., Barraclough B. (1998). "Excess Mortality of Mental Disorder". *The British Journal of Psychiatry*, 173, pp.11-53.
- Ivory V., Witten K., Salmond C., Lin E.Y., Quan You R., Blakely T., (2012). "The New Zealand Index of Neighbourhood Social Fragmentation: Integrating Theory and Data". *Environment and Planning A*, vol. 44, n° 4, pp. 972-988.
- Lawrence D., Kisely S., and Pais J. (2010). "The Epidemiology of Excess Mortality in People with Mental Illness". *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 12: 752-760.
- Mission nationale d'appui en santé mentale (2011). « Guide pour une démarche plurielle de conduite de changement, comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisés en psychiatrie ».
- Rey G., Rican S., et Jouglu E. (2011). « Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice du désavantage social ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 8-9, pp. 87-90.
- Vigneron E., Haas S. (2013). *Les séjours longs du court séjour : une approche territoriale*. Paris, Fehap, 140 p.

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

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relecteurs : Anne Penneau, Marc Perronnin • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) •

Dépôt légal : novembre 2014 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.