

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf>

La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011

Magali Coldefy, Clément Nestrigue (Irdes)

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile.

A partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

La schizophrénie est une pathologie mentale sévère, commençant généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle est caractérisée par un ensemble de symptômes très variables : les plus impressionnants sont les délires et les hallucinations, mais les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives. Avec une prévalence vie entière moyenne de 1 % de la population (McGrath, Susser, 2009), la schizophrénie est la plus répandue des psychoses*

de l'adulte. Elle toucherait en France de 1 à 2 % de la population adulte, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). L'incidence annuelle se situe autour de 1,5 pour 10 000 cas (Haute couverture *et al.*, 2006), les dernières études montrant des variations importantes selon les lieux (McGrath *et al.*, 2008).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le

plus d'invalidité. De fait, la schizophrénie est un facteur majeur de désocialisation et de précarité, et l'espérance de vie des patients est en moyenne de dix ans inférieure à celle de la population générale en raison du taux de suicide élevé et d'une plus grande fréquence des pathologies somatiques respiratoires, cardiovasculaires et infectieuses (Guelfi, Rouillon,

* Les termes signalés par un astérisque sont définis dans l'encadré Définitions p. 2.

2012). Actuellement, il est admis que le pronostic dépend surtout de la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhésion aux prises en charge proposées. Un diagnostic précoce et le recours aux nouveaux médicaments antipsychotiques, la réduction de l'hospitalisation à long terme et une assistance psychiatrique améliorée, ont permis de modifier considérablement l'évolution à long terme de la maladie (Llorca, 2004). Aujourd'hui, une prise en charge adaptée permet d'obtenir une rémission durable chez un tiers des cas (Andreasen *et al.*, 2005).

Par ailleurs, la schizophrénie est une maladie lourde en termes de souffrance pour la personne et ses proches, mais également en termes de coûts pour la société. Du fait de ses caractéristiques spécifiques (apparition précoce, évolution souvent

chronique, taux élevés d'hospitalisation et des soins visant la réhabilitation, taux élevé d'incapacité, maintien dans l'emploi difficile), la schizophrénie est la plus coûteuse des pathologies mentales (Zeidler *et al.*, 2012). On estime son coût à 1,1 % des dépenses nationales de santé (Charrier *et al.*, 2013).

Cette étude vise à mieux connaître cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. La première partie propose une description de la patientèle suivie en établissement de santé pour des troubles schizophréniques, et de sa prise en charge. La deuxième partie de l'étude s'intéresse plus spécifiquement aux différences de prises en charge observées entre établissements. La schizophrénie est une pathologie complexe, les différentes phases de la maladie et ses diverses formes

RÈPÈRES

Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux développés par l'Irdes sur les disparités de prise en charge en psychiatrie. Cette première publication sur la schizophrénie s'intègre dans un projet de recherche financé par la Drees visant à dresser un état des lieux de la prise en charge de la dépression et de la schizophrénie en établissement de santé en France et de ses disparités territoriales. Elle fait suite à deux publications issues de ce projet, l'une sur la prise en charge de la dépression (Coldefy, Nestrigue, 2013) et l'autre sur les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie (Coldefy, Le Neindre, 2014).

symptomatiques nécessitent de faire appel à une large gamme de modalités de prises en charge, depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et au suivi ambulatoire. L'exploitation des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), mis en place en 2007, permet d'apporter un éclairage national sur cette population et sa prise en charge sanitaire en établissement.

Une population plutôt masculine qui recourt davantage à l'hospitalisation

Cinquième motif de recours en psychiatrie, la schizophrénie est en revanche la première pathologie en termes d'activité des établissements de santé

En 2011, 9 % des patients suivis en établissements de santé autorisés en psychiatrie l'ont été pour des troubles schizophréniques (codes CIM10 F20, hors F20.8), soit plus de 130 000¹ patients âgés de 16 ans ou plus. Ils arrivent ainsi derrière les troubles dépressifs*, les troubles névrotiques*, les facteurs influençant l'état de santé et les troubles liés à l'addiction (graphique 1) qui ont concerné davantage de patients en 2011.

¹ Selon que l'on utilise l'identifiant national anonyme généré pour les personnes ayant été hospitalisées à temps plein ou temps partiel ou l'identifiant permanent patient interne à chaque établissement, le chiffre varie de 132 500 à 136 700 patients pouvant inclure des doublons, des patients ayant fréquenté plusieurs établissements.

DÉFINITIONS

La schizophrénie est un trouble psychiatrique sévère et très invalidant appartenant à la catégorie diagnostique des psychoses délirantes chroniques. Débutant généralement à l'adolescence, la schizophrénie se caractérise par une rupture de contact avec le monde environnant, un retrait de la réalité et une pensée autistique. Ses principales manifestations sont des délires, des hallucinations visuelles ou auditives, des perturbations du cours de la pensée et de l'affectivité à long terme... Avec le temps, cette maladie devient chronique et entraîne un handicap psychologique majeur.

Les psychoses relèvent de la maladie mentale. Elles entraînent, par périodes, une incapacité à discerner le réel de l'irréel. Elles se traduisent par des hallucinations et des délires.

Les troubles dépressifs sont des troubles de l'humeur qui s'inscrivent dans la durée et, selon leur intensité, peuvent avoir des incidences négatives sur la vie quotidienne. Ils se manifestent par une humeur triste, une perte d'intérêt, une baisse d'énergie, d'estime et de confiance en soi.

Les troubles névrotiques sont des troubles mentaux sans altération du sens de la réalité. Le comportement peut être perturbé tout en restant socialement acceptable et sans être complètement désorganisé. Les principales manifestations en sont une anxiété excessive, des symptômes hystériques, des phobies, des symptômes obsessionnels et compulsifs, la dépression.

Les modalités de prise en charge en psychiatrie

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie adulte, mobilisés ou non de façon exclusive, peuvent être distingués : l'ambulatoire, le temps complet, et le temps partiel.

L'ambulatoire définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Le plus souvent, les malades sont vus dans le cadre de consultations en Centre médico-psychologique (CMP). Les CMP sont des unités d'accueil et de coordination des soins. Ils organisent toutes les actions extrahospitalières des équipes soignantes en les articulant avec les unités d'hospitalisation, en termes de prévention, de diagnostic et de soins, et d'interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile (ex. structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, etc.).

La psychiatrie de liaison, c'est-à-dire les soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique (de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)), constitue la seconde grande modalité de prise en charge ambulatoire.

La prise en charge à temps complet se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein. Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, qui requièrent des soins intensifs. Les autres modes de recours à temps complet prennent place tant à l'hôpital qu'en dehors, principalement dans les structures suivantes : centre de posture, hospitalisation à domicile, appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique.

Les prises en charge à temps partiel se font au sein de structures hospitalières, plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit. Parmi elles : l'hôpital de jour prodigue des soins polyvalents et intensifs durant la journée; l'hôpital de nuit consiste en une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit; les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques dispensent des activités thérapeutiques et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale, ou l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale. A partir de 2003, l'activité des CATTP est décrite en tant que prise en charge ambulatoire dans le Rim-P.

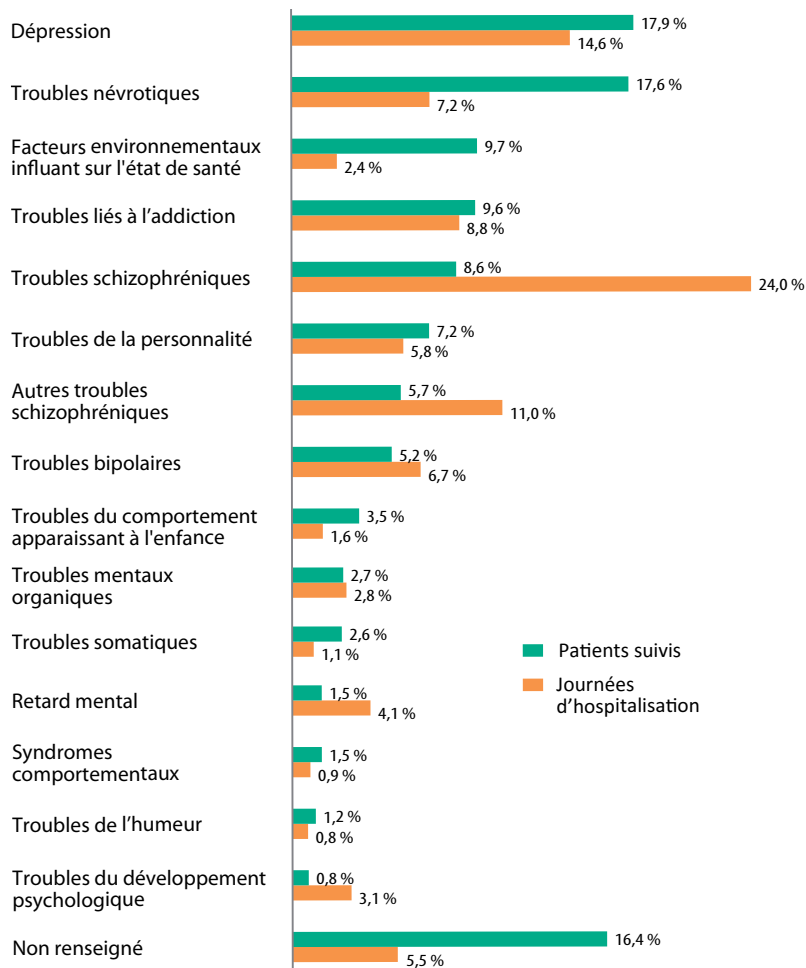
Cette pathologie est ainsi le cinquième motif de recours en psychiatrie en établissement de santé, mais le premier en termes

d'activité pour les établissements, avec un quart des journées d'hospitalisation attribuables à ces patients. Le suivi se fait

majoritairement en ambulatoire au sein des établissements, sous forme notamment de consultations au centre médicopsychologique (CMP). La gravité de certains épisodes de la maladie rendant incompatible le maintien à domicile, l'importance du risque suicidaire ou hétéro-agressif, la mise en observation ou la mise en place d'un traitement complexe, les rechutes fréquentes vont cependant nécessiter une hospitalisation à temps plein dans l'année pour la moitié d'entre eux. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), l'hospitalisation du sujet souffrant de schizophrénie obéit à plusieurs objectifs : protéger le patient et autrui, améliorer l'état de santé du patient, réévaluer le traitement si nécessaire, instaurer ou renforcer la relation thérapeutique.

G1

Diagnostiques principaux pris en charge en psychiatrie en établissements de santé en 2011 (en patients et journées)



Source : Rim-P 2011.

Champ : France métropolitaine.

Télécharger les données.

Une survenue de la maladie plus précoce chez les hommes que chez les femmes, une précocité observée aussi dans le recours aux établissements de santé

La schizophrénie est connue pour toucher plus souvent les hommes, à la fois en termes d'incidence (sex ratio de 1,4 hommes pour 1 femme), de prévalence (sex ratio de 3 pour 2) et de niveau de sévérité. Les premiers symptômes schizophréniques apparaissent le plus souvent entre 23 et 26 ans et l'âge de la première manifestation est également différent pour les hommes et les femmes, avec une survenue plus précoce de trois à cinq ans chez les premiers (Abel *et al.*, 2010, Rossler, 2011).

Ces éléments observés en population générale se retrouvent dans les données du Rim-P sur les patients suivis en établisse-

SOURCES

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

Le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) a été mis en place en 2006 dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie. Il vient ainsi compléter les programmes médicalisés des systèmes d'information (PMSI) développés dans les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour décrire d'un point de vue médico-économique l'activité hospitalière des établissements de santé. La montée en charge du dispositif ces dernières années, en l'absence de tarification à l'activité associée, rend possible une première photographie de la prise en charge de la schizophrénie en France

et de sa variabilité entre les établissements et les territoires. Une analyse de la qualité et de l'exploitabilité des données afin d'étudier les disparités de prise en charge en psychiatrie a été réalisée en 2012 (Coldefy *et al.*, 2012) et conclut à la possible (et nécessaire) utilisation de ces données à condition de prendre en compte certaines précautions.

En 2011, 95 % des établissements de santé (soit 552) ont remonté leurs données à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). En termes de journées, venues ou actes, l'exhaustivité du recueil est de 98 % pour les journées d'hospitalisation temps plein et les venues en temps partiel, et de 80 % pour l'activité ambulatoire en Centre médico-psycholo-

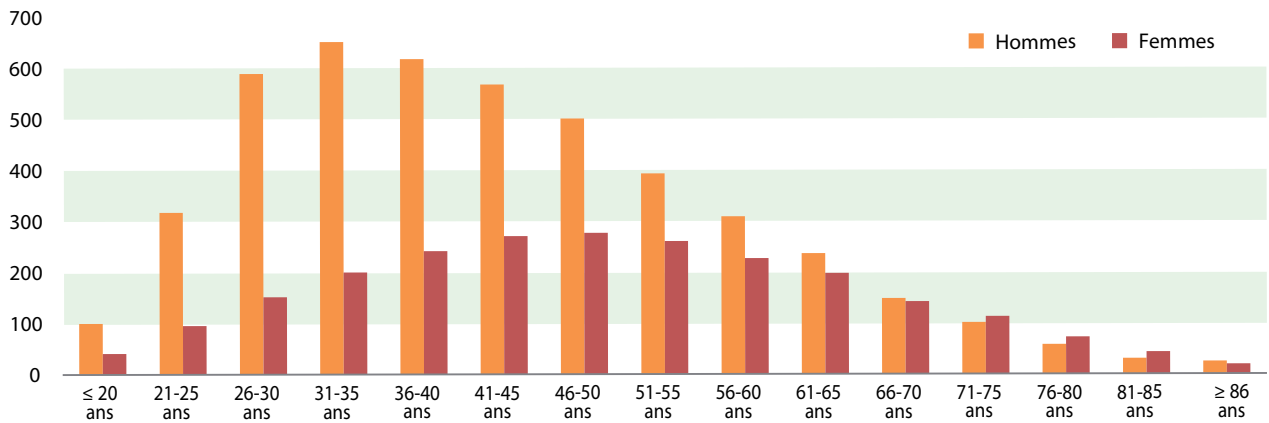
gique (CMP), lorsque l'on compare les données du Rim-P à celles de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Les données présentées dans l'étude ne font pas l'objet de redressements statistiques. Les effectifs sont donc légèrement sous-estimés. Ont été inclus dans la base l'ensemble des patients âgés de 16 ans ou plus pris en charge en 2011 dans un établissement de santé métropolitain ayant une autorisation d'activité en psychiatrie.

Les patients suivis pour trouble schizophrénique ont été identifiés par l'existence d'au moins un diagnostic principal de schizophrénie déclaré par les équipes de soins (codes Cim-10 : F20, hors F208).

G2

Taux de recours pour troubles schizophréniques en établissements de santé par sexe et âge en 2011



Sources : Rim-P 2011, Insee RP 2011.

Champ : France métropolitaine

[Télécharger les données.](#)

ments de santé. Le caractère plus précoce et plus sévère des manifestations de la schizophrénie chez les hommes fait qu'ils sont majoritaires au sein des établissements, soit 66 % des patients suivis pour ce motif en 2011. Par ailleurs, si l'âge moyen du recours aux soins hospitaliers pour troubles schizophréniques est de 44 ans et atteint son maximum (429 pour 100 000 habitants) pour la tranche d'âge des 36-40 ans, l'analyse des taux de recours par classe d'âge en fonction du sexe laisse apparaître de fortes disparités (graphique 2). Conformément aux données de la littérature sur la précocité de la survenue de la maladie chez les hommes, le taux de recours chez ces derniers est maximal pour la tranche d'âge 31-35 ans (pour un âge moyen de 42 ans), alors que celui des femmes est maximal pour la tranche d'âge 46-50 ans (pour un âge moyen de 48 ans).

Un recours fréquent à l'hospitalisation par rapport aux autres troubles psychiatriques malgré la prédominance de la prise en charge ambulatoire

La schizophrénie est une pathologie complexe nécessitant de recourir à différentes modalités de soins qui répondent aux différentes phases de la maladie. En 2011, près de la moitié des patients souffrant de schizophrénie et pris en charge en établissement de santé est suivie exclusivement en ambulatoire, sous la forme de consultations. Cette proportion est inférieure à l'ensemble des patients suivis en psychiatrie en 2011, ces derniers étant près de

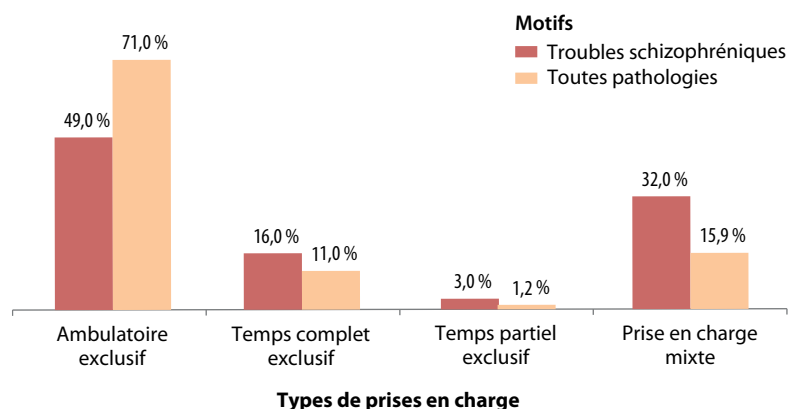
71 % à bénéficier de soins exclusivement ambulatoires (graphique 3). En revanche, en tenant compte de la prise en charge ambulatoire, exclusive ou non, celle-ci reste prédominante dans le suivi des patients souffrant de troubles schizophréniques puisque 84 % d'entre eux en bénéficient, confirmant ainsi le mouvement de désinstitutionalisation des soins psychiatriques (Verdoux, 2007 ; Roelandt, 2010 ; Kunitoh, 2013 ; Becker, Kilian, 2006).

La relative faiblesse de la prise en charge exclusive en ambulatoire se fait au bénéfice de l'hospitalisation et de prises en charge mixtes, combinant soins ambula-

toires à temps partiel et complet. Un tiers des patients suivis en établissement de santé pour des troubles schizophréniques a bénéficié à la fois de prises en charge ambulatoires, à temps partiel et complet, soit deux fois plus que la patientèle totale, et 16 % ont été exclusivement pris en charge à temps complet (contre 11 % pour la patientèle totale). Ces résultats montrent que si la prise en charge ambulatoire reste prédominante pour les sujets vivant avec un trouble schizophrénique, le recours à l'hospitalisation est plus fréquemment nécessaire que pour les autres pathologies psychiatriques.

G3

Types de prises en charge des troubles schizophréniques en établissements de santé en 2011



Source : Rim-P 2011.

Champ : France métropolitaine.

[Télécharger les données.](#)

Les hospitalisations se font avant tout sous la forme d'une hospitalisation libre. Seuls 13 % des patients ont dû être à un moment de l'année hospitalisés sans leur consentement, la pathologie pouvant altérer la conscience du trouble et du besoin de soin et donc l'observance au traitement (graphique 4). 70 % de ces hospitalisations sont faites à la demande d'un tiers et 29 % à la demande d'un représentant de l'Etat².

Du fait du caractère souvent chronique et sur le long terme de la prise en charge des pathologies psychiatriques, il est usuel en psychiatrie de privilégier la Durée moyenne annuelle d'hospitalisation (DMAH) correspondant au cumul des durées de séjours plutôt qu'à la Durée moyenne de séjour (DMS). La récurrence des hospitalisations, qu'elle réponde

à une stratégie thérapeutique de prise en charge séquentielle ou non, est en effet fréquente en psychiatrie, et d'autant plus dans le cadre de la prise en charge de la schizophrénie.

Le caractère aigu et évolutif de la maladie, la fréquence des rechutes font que la durée annuelle d'hospitalisation de ces patients est élevée avec 83 jours en moyenne dans l'année (contre 49 pour la file active totale), et des réadmissions également plus fréquentes au cours de l'année. La DMAH est ainsi près de deux fois supérieure à la DMS (45 jours en moyenne). Par ailleurs, 10 % des patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie sont hospitalisés au long cours plus de 292 jours dans l'année (Coldefy, Nestrigue, 2014).

Près de deux tiers des patients suivis pour des troubles schizophréniques ont recours à des consultations médicales en ambulatoire et près d'un tiers à un suivi de sa situation sociale

Les prises en charge ambulatoires réalisées en établissement de santé en psychiatrie peuvent prendre différentes formes : consultations médicales, entretiens soignants avec un psychologue ou un infirmier, accompagnement social, soins de groupe (en Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), notamment), soins à domicile ou en institution, interventions en unité somatique, etc.

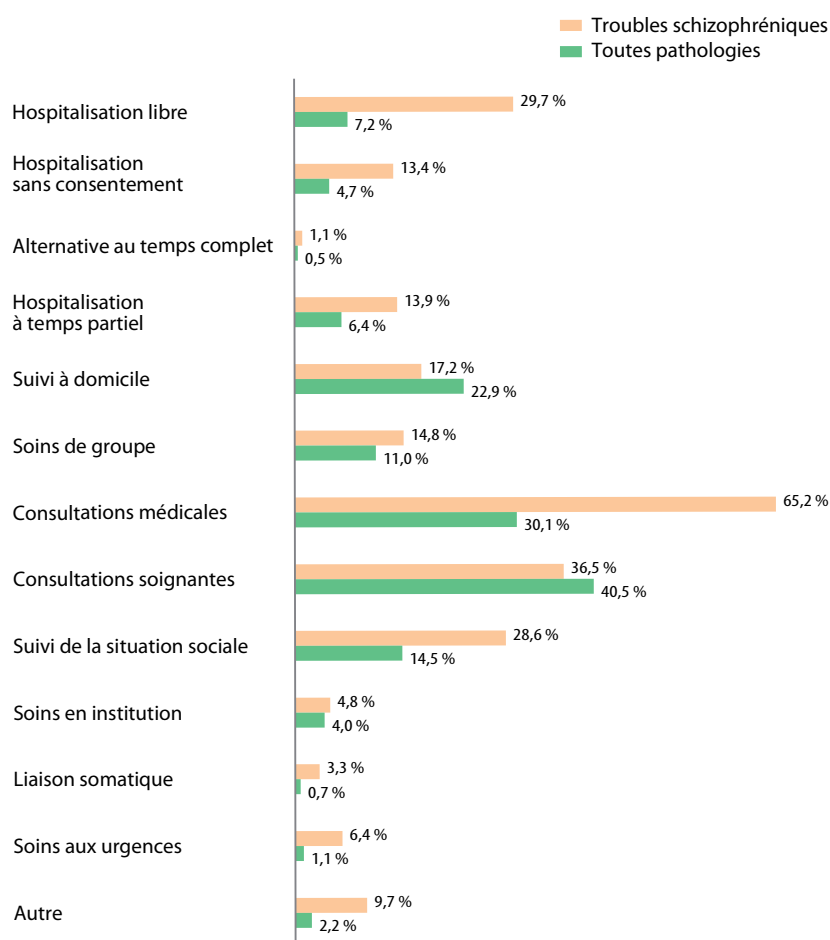
Les patients souffrant de troubles schizophréniques recourent souvent à ces différentes modalités de soins. Les consultations médicales restent le type de prises en charge le plus commun puisque près des deux tiers des patients y ont recours (proportionnellement plus de deux fois plus que la patientèle totale), avec cependant un nombre moyen de consultations annuelles inférieures à celui observé pour la patientèle totale suivie en psychiatrie (6 consultations en moyenne contre 8 pour la patientèle totale).

Les consultations soignantes, réalisées par les infirmiers et les psychologues, ont concerné 36 % des patients (contre 41 % pour la patientèle totale) [graphique 4]. Contrairement aux consultations médicales, la fréquence de ces consultations est très élevée et deux fois supérieure à celle de l'ensemble de la file active suivie en psychiatrie, avec 14 entretiens moyens par an avec un psychologue ou un infirmier.

Un accompagnement social est également plus fréquemment observé chez les patients suivis pour des troubles schizophréniques. Ainsi, près d'un tiers des patients y a eu accès en 2011 (contre 15 % seulement pour la patientèle totale) [graphique 4], avec une moyenne de 7 démarches ou entretiens par an (contre 5 pour la patientèle totale). Les conséquences potentiellement désocialisantes de la pathologie expliquent en partie ce résultat. Plusieurs études ont en effet montré l'importance du retentissement social et professionnel négatif pour

G4

Modalités de prise en charge des patients suivis pour troubles schizophréniques en établissements de santé en 2011



Source : Rim-P 2011.

Champ : France métropolitaine.

Télécharger les données.

² Pour plus d'informations sur les populations prises en charge sans consentement en psychiatrie, cf. Coldefy, Nestrigue, 2013 ; Coldefy, Tartour, 2015.

ces personnes, avec une proportion plus importante de ménages isolés et des conditions plus précaires (absence d'emploi, bas revenus) [Thornicroft *et al.*, 2004].

Le suivi à domicile et les soins de groupe sont également une prise en charge mobilisée par les patients suivis pour troubles schizophréniques. Ces derniers sont respectivement 17 % (contre 23 % pour la patientèle totale) et 15 % (contre 11 % pour la patientèle totale) à y recourir (graphique 4).

Toutes ces actions répondent à la complexité de la pathologie et à son évolution qui imposent des modalités de prise en charge multiples, variées et rapprochées afin de répondre aux attentes des patients et de leurs besoins selon leurs parcours. C'est en partie pour ces objectifs qu'a été pensée la politique de sectorisation psychiatrique et plus globalement, à l'international, les soins communautaires visant à réduire l'hospitalisation et à maintenir le patient dans son lieu de vie (Petitjean, 2010a, 2010, Verdoux, 2007 ; Roelandt, 2010 ; Becker, Kilian, 2006 ; Manderscheid, *et al.*, 2009 ; WHO, 1998).

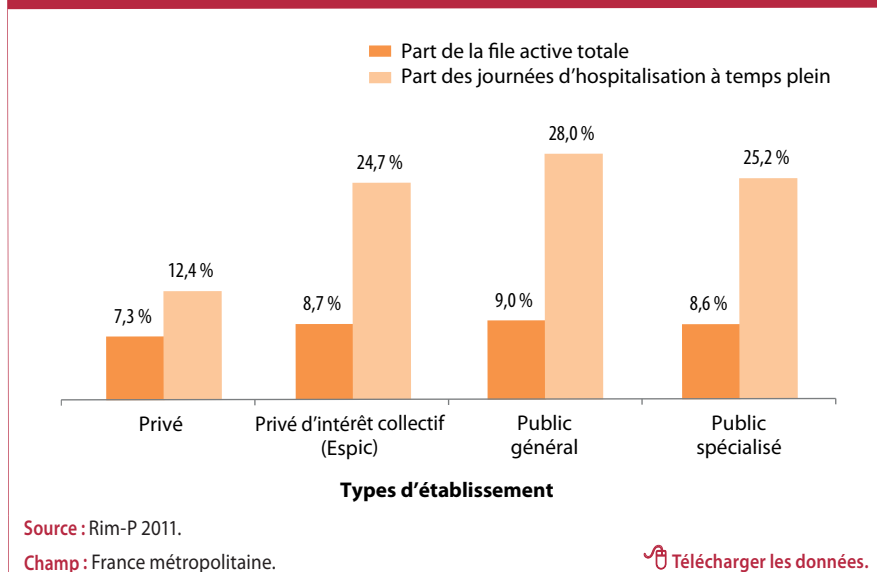
Des prises en charge variables selon les établissements

La proportion de patients souffrant de troubles schizophréniques est similaire dans les établissements publics, privés, pluri ou mono-disciplinaires, mais les prises en charge y sont différentes

Les patients souffrant de troubles schizophréniques sont pris en charge pour leur grande majorité (83 %) dans les établissements publics (spécialisés et pluridisciplinaires). Les établissements privés d'intérêt collectif (Espic) et privés à but lucratif accueillent respectivement 12 et 5 % des patients ayant reçu un tel diagnostic. Ces proportions diffèrent peu de celles de la file active totale des patients suivis en psychiatrie. Ainsi, quel que soit le statut ou la catégorie d'établissement, la proportion d'adultes accueillis souffrant de troubles schizophréniques est relativement homogène au sein des établissements de santé. Elle est légèrement inférieure dans les établissements privés à but lucratif où

G5

Parts des patients atteints troubles schizophréniques pris en charge dans les établissements privés et publics et des journées d'hospitalisation à temps plein en 2011



elle atteint 7 % contre 9 % dans les établissements publics ou les Espic, spécialisés ou non dans la lutte contre les maladies mentales (graphique 5). Cette relative homogénéité cache d'importantes différences, liées notamment à la structure d'activité différente des établissements selon leurs missions et statuts, ainsi qu'aux populations accueillies. Les établissements publics et Espic proposent, dans le cadre des missions associées à la sectorisation psychiatrique, une prise en charge intégrée alliant soins ambulatoires (en CMP, à domicile, en unité somatique...), à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit, atelier thérapeutique) et à temps complet (hospitalisation temps plein, appartement thérapeutique, centre de crise, postcure, etc.). Cette prise en charge intégrée est gérée par une même équipe de soins assurant la continuité du suivi. Ainsi, la file active totale des patients suivis dans ces établissements est plus hétérogène, mêlant des patients dont le suivi est exclusivement ambulatoire (71 %) à des patients aux prises en charge exclusivement hospitalières ou mixtes. Les établissements privés à but lucratif proposent quant à eux une prise en charge exclusivement hospitalière plus ponctuelle, le suivi ambulatoire étant réalisé en ville ou dans le secteur public par d'autres acteurs, mais non intégré au sein de l'établissement. De fait, la file active totale des établissements privés compte exclusivement des patients pris en charge en hospitalisation temps plein ou

partiel. La comparaison des populations et prises en charge entre établissements est donc complexe et limitée.

Alors que la proportion de patients accueillis souffrant de troubles schizophréniques est relativement similaire entre type d'établissements, l'activité attribuable à la prise en charge de la schizophrénie au sein des établissements est très variable. Dans les établissements publics et les Espic, 28 et 25 % des journées d'hospitalisation sont attribuables à la prise en charge de la schizophrénie. Dans le secteur privé à but lucratif, elles ne représentent que 12 % des journées. Cela s'explique en partie par les missions différentes associées aux établissements, ainsi qu'aux caractéristiques des populations suivies à pathologie égale (environnement et caractéristiques sociales, niveau de sévérité, ancienneté de la maladie). Les données cliniques et sociales individuelles disponibles dans le Rim-P ne permettent pas d'aller plus loin dans cette partie de l'analyse.

Des durées d'hospitalisation variables entre établissements

En 2011, les patients souffrant de troubles schizophréniques sont hospitalisés en moyenne 83 jours dans l'année. Cette DMAH varie fortement selon le type d'établissement d'accueil. Elle est inférieure dans les établissements publics pluridisciplinaires (centres hospitaliers

généraux et universitaires) et dans les établissements privés à but lucratif, avec respectivement 75 et 78 jours. Elle atteint 85 jours dans les établissements publics spécialisés et 97 jours dans les Espic.

Ces valeurs moyennes sont à nuancer car elles cachent des durées différentes d'hospitalisation selon les établissements. Les établissements ayant à répondre à une mission de service public (accueil des urgences, des populations précaires, etc.) présentent une plus grande hétérogénéité dans les durées d'hospitalisation, une partie des séjours correspondant à de la réponse à l'urgence, de la gestion de crise, alors qu'une autre partie concerne des prises en charge au long cours à l'année. Dans le secteur privé, l'activité est davantage programmée, les séjours sont moins hétérogènes, les séjours courts (inférieurs à 10 jours) sont moins fréquents (10 %) que dans le secteur public (25 %) du fait du caractère programmé et non urgent de la

prise en charge. A l'inverse, les séjours très longs, supérieurs à 300 jours, sont davantage représentés dans les Espic (12 %) et les établissements publics spécialisés (11 %) que dans les établissements privés (7 %).

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

Ce différentiel entre DMAH peut être mis en regard des taux de réhospitalisation observés par établissement. Celui-ci est très inférieur dans les établissements publics spécialisés qui présentent une DMAH moyenne (graphique 6). Comme cela avait déjà été montré pour la prise en charge de la dépression (Coldefy, Nestrigue, 2013), le statut et le caractère spécialisé ou non de l'établissement jouent plus sur les pratiques d'hospitalisation (en termes de durée et de réhospitalisation) que la sévérité des troubles ou le type de

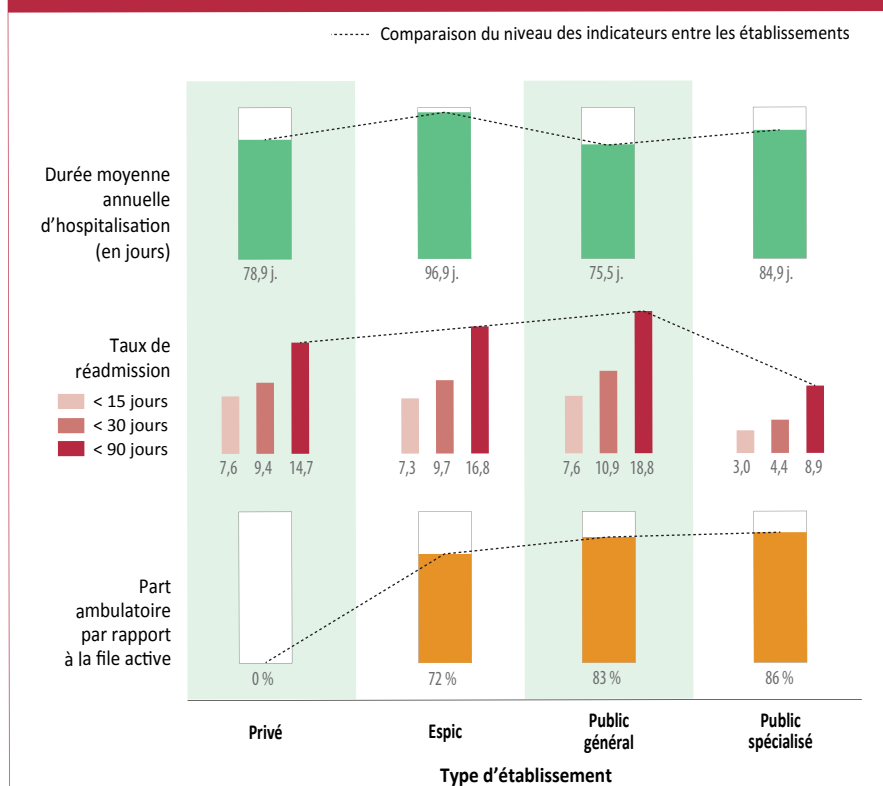
pathologie. Les établissements publics spécialisés associent plus fréquemment une DMAH courte ou moyenne et un taux de réhospitalisation faible. Les services psychiatriques implantés dans les centres hospitaliers généraux associent quant à eux plus fréquemment une DMAH courte à des taux de réadmission élevés, et les Espics des durées longues à des taux de réhospitalisation élevés.

Ces résultats questionnent l'efficacité et la qualité des soins proposée par les différents établissements. Les disparités en termes de moyens ainsi que de développement inégal des alternatives à l'hospitalisation – de type prise en charge ambulatoire pour assurer la continuité des soins des patients et limiter l'hospitalisation – vont impacter les prises en charge proposées aux patients. L'observation des différentes modalités de prises en charge en fonction du type d'établissements montre que les taux de recours aux prises en charge ambulatoires (consultations médicales, consultations soignantes, suivi de la situation sociale, les soins de groupe et à domicile) sont systématiquement plus importants pour les patients fréquentant les établissements publics spécialisés que pour les autres. Cette observation va dans le sens d'un suivi ambulatoire permettant de réduire la durée et la fréquence de l'hospitalisation et témoigne de l'intérêt de la politique de sectorisation. Les établissements privés à but lucratif ne proposant pas une prise en charge intégrée rendent la comparaison difficile, les prises en charge réalisées en ville n'étant pas observables *via* les données mobilisées ici.

Pathologie complexe, la schizophrénie, plus que d'autres troubles psychiatriques, nécessite un suivi rapproché, souvent intense et de long terme. La prise en charge peut varier en termes d'intensité et de diversité en fonction des différentes phases de la pathologie, de son ancienneté, de sa sévérité, mais aussi des caractéristiques sociales et de l'environnement du patient. Même si, pour la moitié des patients pris en charge, le suivi se fait exclusivement en ambulatoire, le recours à l'hospitalisation est largement supérieur à celui observé pour les autres pathologies psychiatriques. Par ailleurs, cette étude a mis en évidence, comme pour la dépression, des différences

G6

Durée d'hospitalisation, taux de réadmission et part ambulatoire des patients suivis pour troubles schizophréniques selon le type d'établissement en 2011



Lecture : La durée annuelle d'hospitalisation et le taux de réadmission sont des indicateurs utilisés pour caractériser la qualité des prises en charge en santé. Dans le champ de la psychiatrie, la part de patients pris en charge en ambulatoire est à prendre en compte pour expliquer ces indicateurs et leurs relations.

Source : Rim-P 2011.

Champ : France métropolitaine.

Télécharger les données.

notables dans la prise en charge selon le type d'établissements. Ces différences interrogent en termes d'équité des soins pour les personnes concernées.

Si cette première étude apporte de nouvelles connaissances sur la réalité de la prise en charge de la schizophrénie au sein des établissements de santé, elle ouvre d'autres

questions, notamment sur l'évolution à plus long terme de la prise en charge et du parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Les données mobilisées ici ne permettent pas d'analyser le parcours de soins dans son ensemble, il s'agit d'une première étape. Une approche longitudinale du parcours de soins de la personne nécessiterait, dans un premier

temps, d'apparier ces données avec les données de consommation de soins de ville, et plus avant, d'aborder le rôle du secteur médico-social et social dans le parcours du patient. ♦

Les auteurs tiennent à remercier Nadia Younès pour sa relecture attentive, constructive et stimulante.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Abel K.M., Drake R., Goldstein J.M. (2010). "Sex Differences in Schizophrenia", *International Rev. psychiatry*, 22(5):417-28.
- Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M. *et al.* (2005). "Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus", *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-9
- Becker T., Kilian R. (2006). "Psychiatric Services for People with Severe Mental Illness across Western Europe: What Can Be Generalized from Current Knowledge about Differences in Provision, Costs and Outcomes of Mental Health Care?" *Acta Psychiatrica Scand.*, suppl 426, 9-16
- Charrier C., Chevreul K., Durand-Zaleski I. (2013). « Le coût de la schizophrénie : revue de la littérature internationale », *L'Encéphale*, Volume 39, Supplément 1, Pages S49-S56.
- Coldefy M., Nestrigue C. (2013). « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 191, octobre.
- Coldefy M., Nestrigue C. (2014). « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 202, octobre.
- Coldefy M., Nestrigue C. (2013). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 193, décembre.
- Coldefy M., Tartour T. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 205, janvier.
- Guelfi J.D., Rouillon F. (sous la dir.) (2012). *Manuel de psychiatrie*, 2^e édition, Elsevier Masson.
- HAS (2007). « Guide Affection de longue durée, Schizophrénies », juin 2007.
- Llorca P.M. (2004). « La schizophrénie ». Encyclopédie Orphanet, <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- Hautecouverture S., Limosin F., Rouillon F. (2006). « Epidémiologie des troubles schizophréniques ». *Presse Med* 2006;35:461-8.
- Kunitoh N. (2013). "From Hospital to the Community: The Influence of Desinstitutionalisation on Discharged Long-stay Psychiatric Patients", *Psychiatry Clin Neurosci* Becker.
- Manderscheid R.W., Atay J.E., Crider R.A. (2009). "Changing Trends in State Psychiatric Hospital Use from 2002 to 2005", *Psychiatric services*, 60(1):29-34.
- McGrath J., Susser E.S. (2009). "New Directions in the Epidemiology of Schizophrenia", *Med. J Aust.*, 16, 190 (4 Suppl): S7-9.
- McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J. (2008). "Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence and Mortality", *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.
- Petitjean F. (2010a). « Les schizophrènes et le secteur », *La lettre du psychiatre*, vol.VI, n° 2.
- Petitjean F. (2010b). "The Sectorization System in France", *Int. Journal of Mental health*, 38, 28-42.
- Rössler W. (2011). « Epidémiologie de la schizophrénie, Forum Med. Suisse », 11(48) :885-888.
- Roelandt J.L. (2010). « De la psychiatrie vers la santé mentale », *Information psychiatrique*, 86 : 777-83.
- Thornicroft G., Tansella M., Becker T., *et al.* (2004). "The Personal Impact of Schizophrenia in Europe". *Schizophr Res*; 69: pp. 125-132.
- Verdoux H. (2007). "The Current State of Adult Mental Health Care in France", *Eur. Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257(2):64-70.
- WHO (1998). "Schizophrenia and Public Health" (www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf)
- Zeidler J., Slawik L., Fleischmann J., Greiner W. (2012). "The Costs of Schizophrenia and Predictors of Hospitalisation from the Statutory Health Insurance Perspective", *Health Economics Review*, 2:9 doi:10.1186/2191-1991-2-9.