

Editorial

Ces dernières années, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) a mis l'accent sur les traitements psychiatriques en publiant un guide pour la planification et l'encouragement de programmes modélisés. Une importance prioritaire a été donnée aux efforts déployés dans le sens de traitements psychiatriques «intégrés», c'est-à-dire de l'optimisation et de l'harmonisation des formes de soins et d'assistance stationnaires, semi-stationnaires, ambulatoires et mixtes. La CDS a organisé à cet effet plusieurs colloques spécialisés, et récemment encore un colloque sur les programmes modélisés et expérimentaux.

Une des questions discutées dans ce contexte était celle de la «sortie de clinique psychiatrique orientée sur les besoins des patients». Il s'agissait donc précisément des thèmes «heavy use» et «porte tournante» dont traite l'Obsan dans le présent bulletin. En référence au projet «Efficacité et effectivité des coûts de la planification de la sortie des patients en fonction de leurs besoins, et monitoring pour personnes recourant beaucoup au système de prise en charge psychiatrique (NODPAM)», le débat a porté sur les mesures et retours d'informations qui seraient propres à réduire le taux de réadmission des «heavy users». D'une manière ou d'une autre, cette thématique devra encore être intensivement développée en Suisse. Pour ce faire, nous pourrions également profiter des expériences acquises par cinq cliniques allemandes participant au projet NODPAM. Une procédure coordonnée entre les cantons intéressés est en train de se mettre en place.

Franz Wyss
Directeur du projet «Planification de la psychiatrie», Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS)

L'évolution des traitements psychiatriques stationnaires en Suisse

Evolutions en psychiatrie intra muros en Suisse

Dans le domaine des soins psychiatriques en Suisse, le nombre des lits destinés à des séjours hospitaliers a notablement diminué tout au long des dernières décennies alors que l'offre de soins ambulatoires et semi-ambulatoires s'est développée. La durée de séjour des patients dans les cliniques a fortement diminué. Les «établissements d'internement» d'autrefois sont devenus des hôpitaux modernes traitant des cas aigus de maladies psychiques et axés sur les soins de proximité.

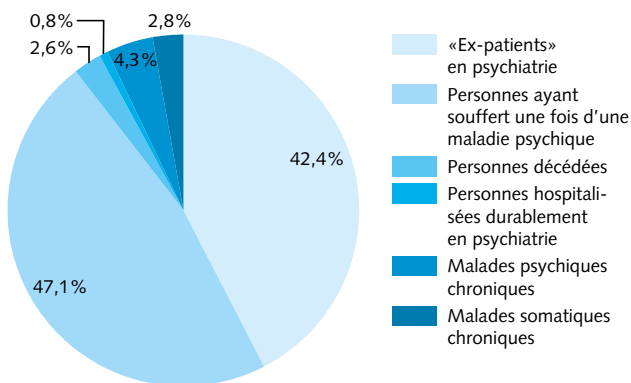
Malgré la diminution de l'offre de lits, un léger accroissement du nombre de patients et une nette augmentation du nombre d'hospitalisations (plusieurs hospitalisations peuvent concerner le même patient) ont été enregistrés ces dernières années en psychiatrie. Cela reflète de nouvelles conceptions des soins faisant appel à une collaboration intensifiée entre diverses institutions spécialisées. Les hospitalisations de longue durée sont remplacées par des séjours répétés mais plus courts, et des soins médicaux de proximité sont garantis. Cette approche favorise l'intégration sociale de nombreuses personnes, cependant certains patients pourraient trouver difficile de devoir changer d'institution.

Dans la littérature spécialisée, il est assez souvent fait état de la crainte qu'un groupe de patients toujours plus important n'en vienne à absorber des ressources disproportionnées en sollicitant toujours plus la psychiatrie stationnaire aiguë (= «heavy user»). On constate également la crainte, compte tenu de l'évolution décrite, que des patients insuffisamment stabilisés ne sortent de l'hôpital et ne doivent y être réadmis peu de temps après dans un état de décompensation psychique (= «porte tournante»). La présente publication résume deux études qui ont été consacrées à ces phénomènes en Suisse.

«Heavy use» dans la psychiatrie stationnaire en Suisse?

Pour analyser le phénomène de «heavy use» dans la psychiatrie en Suisse, on a examiné le nombre, la durée et la séquence temporelle des hospitalisations. Les 154'000 personnes concernées ont été statistiquement réparties en six catégories de patients identifiés par des types similaires de suivi de traitements psychiatriques et somatiques (voir figure 1). La délimitation entre forte et faible consommation de ressources a ensuite fait l'objet d'une estimation pragmatique.

Recours aux prestations intra muros, de 2003 à 2005
(des personnes ayant souffert d'une maladie psychique entre 1998 et 2005) **Fig. 1**



Source: Obsan, dossier 12, Frick, U. et Frick, H. (2010)

Près de 90% des patients en psychiatrie ne présentaient qu'une consommation de ressources jugée faible, donc *aucune caractéristique de «heavy use»*:

- *Ex-patients en psychiatrie (42%)*: au moins un diagnostic principal psychiatrique entre 1998 et 2005; entre 2003 et 2005, plus aucun séjour *psychiatrique*, mais au moins un séjour *somatique*;
- *Personnes ayant souffert une fois d'une maladie psychique (47%)*: un ou plusieurs séjour/s en *psychiatrie* stationnaire entre 2003 et 2005, mais aucun autre séjour *psychiatrique* avant ni après la phase aiguë.

Seuls 8% des patients se distinguaient par une forte consommation des ressources et pourraient éventuellement être désignés comme «*heavy users*».

- *Personnes souffrant de maladie psychique chronique (4%)*: chaque trimestre entre 2003 et 2005, avec une probabilité de 30 à 60% en *psychiatrie* stationnaire. Diagnostics les plus fréquents: schizophrénie (F2), troubles imputables à des substances (F1) et troubles affectifs (F3);
- *Personnes hospitalisées durablement en psychiatrie (1%)*: chaque trimestre entre 2003 et 2005, avec une probabilité proche de 100% en *psychiatrie* stationnaire. Plus de la moitié de ces patients souffraient de schizophrénie (F2);

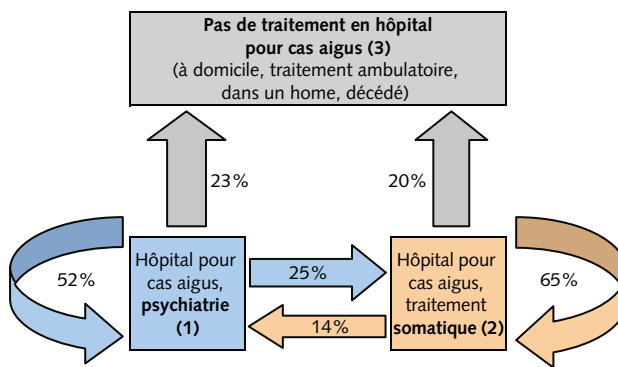
- *Personnes souffrant de maladie somatique chronique (3%)*: chaque trimestre entre 2003 et 2005, avec une probabilité de 30 à 60% en *traitement somatique aigu* stationnaire. Diagnostics *psychiatriques* les plus fréquents de ces patients hospitalisés dans des unités de soins somatiques: troubles imputables à des substances (F1) et troubles affectifs (F3).

Il restait finalement 3% des patients qui, entre 1998 et 2005, avaient été l'objet d'au moins un *diagnostic principal* psychiatrique et qui sont *décédés* dans un établissement hospitalier pour maladies aiguës entre 2003 et 2005.

«Porte tournante» dans la psychiatrie stationnaire en Suisse?

La recherche sur l'effet dit de «porte tournante» se concentre essentiellement sur les réhospitalisations et leurs causes (qui peuvent également résider dans le système de traitement lui-même). Un système de traitement avec effet de porte tournante peut être illustré par le modèle suivant: les patients des hôpitaux psychiatriques passent rapidement d'un domaine à l'autre: traitement *psychiatrique* stationnaire (1), traitement *somatique* stationnaire (2) ou un domaine «*pas de traitement en hôpital pour cas aigus*» (3) (voir figure 2).

Taux moyen de passage dans des établissements de soins aigus, de 2003 à 2006
(des personnes ayant souffert d'une maladie psychique entre 1998 et 2006) **Fig. 2**



Quelle: Obsan Dossier 12, Frick, U. und Frick, H. (2010)

L'examen de la question concernant l'effet de «porte tournante» a porté sur 185'000 personnes. Les résultats ont été les suivants (il s'agit toujours de valeurs moyennes):

- Chez les personnes souffrant de maladie psychique ayant fait un séjour en hôpital *somatique*, la probabilité d'un nouveau séjour, immédiatement successif, en hôpital *somatique* était de l'ordre de 65%;

- La chance que de tels patients ne fassent *plus de nouveau séjour* dans un établissement hospitalier était de l'ordre de 20% et la probabilité d'une hospitalisation *psychiatrique* ultérieure de 14%;
- Chez les personnes souffrant de maladie psychique ayant fait un séjour en hôpital *psychiatrique*, la probabilité d'un nouveau séjour, immédiatement successif, *en hôpital psychiatrique* était de l'ordre de 52%;
- La chance que de tels patients ne doivent ensuite *plus faire aucun séjour* dans un établissement hospitalier était de l'ordre de 23%; par contre, la probabilité d'une hospitalisation *somatique* immédiatement successive était de l'ordre de 25%.

Chez les personnes ayant déjà souffert de maladie psychique, une réhospitalisation *somatique* est donc nettement plus probable qu'une réhospitalisation *psychiatrique*. De même, après une hospitalisation *psychiatrique*, les chances de n'avoir plus besoin de nouvelle hospitalisation sont plus grandes qu'après une hospitalisation *somatique*. Le passage d'un système de traitement psychiatrique à un système de traitement somatique est également bien plus fréquent que l'inverse. Tout ceci souligne les besoins élevés en traitements somatiques de ces patients, dont on connaissait certes les risques élevés de morbidité et de mortalité, mais non l'ampleur des ressources que nécessitent leurs soins.

L'analyse détaillée des réhospitalisations de personnes ayant déjà souffert de maladie psychique aboutit aux résultats suivants:

- Un très petit groupe de patients présente dès le début une fréquence élevée et relativement stable des traitements, avec une période assez courte extra muros. Ces personnes sont réhospitalisées à plusieurs reprises, ce qui n'est pas le cas de la majorité des autres patients. Le risque d'un tel cursus à caractère chronique est accru dans les cas de troubles psychiques organiques (F0), de schizophrénie (F2) et de troubles de la personnalité (F6). Un début de maladie avant l'âge de 30 ans ou une première hospitalisation psychiatrique à un âge supérieur à 70 ans sont également des facteurs défavorables. Sur les quatre années analysées, il s'avère que, pour cette catégorie de patients aussi, les intervalles entre deux hospitalisations augmentent considérablement.
- D'autres études ont montré, pour ce petit groupe de patients, que le système de traitement réagit, après deux ou trois épisodes de traitement psychiatrique intra muros, par un plus bas seuil de réadmission. Cela sert les intérêts des patients en question, mais suscite également, vu de l'intérieur du système de traitement, l'impression d'un effet de «porte tournante» allant s'accroissant.

Les données

Les résultats ci-après sont basés sur les données de la statistique médicale des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Dans cette statistique, qui enregistre depuis 1998 toutes les hospitalisations dans les établissements hospitaliers de Suisse, l'OFS recense des informations sociodémographiques concernant les patients, telles que l'âge, le sexe et la région de domicile, des données administratives, comme le type d'assurance ou le lieu de séjour avant l'hospitalisation, ainsi que des informations médicales, telles que les diagnostics et les traitements.

A ces «données minimales» s'ajoutent d'autres informations, que les hôpitaux et cliniques fournissent à titre volontaire sur les traitements psychiatriques. Ces variables supplémentaires contiennent des informations sur la personne, le genre d'admission, le type de traitement, médication comprise, et sur la sortie. Vu le caractère facultatif de leur livraison, l'enregistrement de ces données supplémentaires ne couvre qu'environ les deux tiers des cas psychiatriques.

Les hospitalisations sont relevées au moment de la sortie de l'hôpital, anonymisées et munies d'un code de liaison. Grâce à ce code, toutes les hospitalisations (cas) d'une et même personne (anonyme) sont affectées à cette même personne (anonyme), et cela même si ces hospitalisations ont eu lieu à différentes années, dans des hôpitaux différents ou dans des cantons différents.

Un cas psychiatrique stationnaire est défini ici comme séjour stationnaire de plus de 24 heures dans une clinique psychiatrique (code K21), dans la division psychiatrique d'un hôpital somatique (M500) ou dans une division somatique d'un hôpital avec diagnostic principal psychiatrique (selon ICD-10; diagnostic principal F).

Les travaux à la base du thème «heavy use» incluent toutes les personnes ayant fait l'objet d'au moins un diagnostic F dans un hôpital de Suisse entre 1998 et 2005 et d'au moins un traitement stationnaire (somatique ou psychiatrique) entre 2003 et 2005. Pour l'estimation de l'effet «porte tournante», la période considérée a été étendue à l'année 2006.

Publications

On trouvera de plus amples informations dans les rapports de recherche ci-après:

- Frick, U. & Frick, H. (2010). «Heavy Use» in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Obsan Dossier 11). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Frick, U. & Frick, H. (2010). «Drehtüre» in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Mythos oder empirische Realität? (Obsan Dossier 12). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Ces deux publications peuvent être consultées sous forme électronique à l'adresse internet: www.obsan.ch > Publications

Bilan concernant les thèmes «heavy use» et «porte tournante» en psychiatrie intra muros:

- Vu la manière dont elles sollicitent l'offre de traitements stationnaires en psychiatrie, 4% des personnes souffrant de maladie psychique chronique ne sont pas sans évoquer la notion de «heavy user». Considéré sur trois années et pour l'ensemble de la Suisse, le nombre de patients de cette catégorie, quelque 6500, est relativement faible. En outre, si l'on inclut dans l'analyse d'autres aspects médicaux et sociodémographiques, on constate que les patients de ce groupe présentent, eux aussi, un type de comportement plausible en fait de sollicitation des ressources, et que celle-ci n'a rien de déplacé ni d'excessif. Des interventions particulièrement précoces ou sur mesure permettraient de mieux cibler l'offre destinée à ces personnes, voire d'atténuer le besoin d'intervention.
- Le concept de «heavy use» en psychiatrie dépend dans une large mesure de questions méthodologiques. Si la notion de «heavy use» n'est utilisée qu'en lien avec une mise à contribution *inconvenante* des ressources et qu'il est reconnu que les patients ont des besoins de soins complètement différents, il n'existe alors pratiquement pas de «heavy use» dans la psychiatrie stationnaire en Suisse. L'exception est constituée par le pourcentage de personnes hospitalisées pour une longue durée, lesquelles pourraient bien ne pas être à leur place dans le secteur de la *psychiatrie aiguë*.
- De même, l'effet de «porte tournante» n'est pas une caractéristique importante du système de traitement psychiatrique en Suisse. D'une part, la grande majorité des patients quittent le système après une crise unique. D'autre part, même en ce qui concerne les cas chroniques, relativement peu nombreux, les intervalles entre deux séjours intra muros se sont clairement allongés ces dernières années.
- Les raisons de cette évolution positive en Suisse tiennent vraisemblablement à l'extension de l'offre psychiatrique ambulatoire, à un accroissement de l'efficacité des thérapies et aux changements touchant la composition du groupe des personnes malades (les troubles dépressifs effectivement curables sont en effet plus fréquemment traités).

Paul Camenzind et Ulrich Frick

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leurs planifications, leurs prises de décisions et leurs actions. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

Paul Camenzind (Obsan), Ulrich Frick
(ISGF Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich)

Référence bibliographique

Camenzind, P. & Frick, U. (2010). *L'évolution des traitements psychiatriques stationnaires en Suisse* (Obsan Bulletin 3/2010). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Office fédéral de la statistique
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Graphisme/Layout

DIAM, Prepress / Print, OFS

Commande

Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch
Numéro de commande: 1034-1003
Cette publication est également disponible en allemand
(Numéro de commande: 1033-1003)

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications

© Obsan 2010