

« Structures de prise en charge et trajectoires des patients schizophrènes »

Robert Launois(1-2), Christian Portafax(1), Alexandre Coffi Ménégnibêto(2), Céline Pribil(1), Jeanne Reboul-Marty(1)

In Association d'Econométrie Appliquée. Maîtrise de la Complexité en Santé. Proceedings, Lyon 1998 ; 231-235

(1) Institut de Recherche et d'Evaluation Médicale et Economique - UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny

(2) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

RESUME

Deux bases de données ont été analysées, la première regroupe 884 patients qui ont été suivis de façon prospective pendant les années 1993 à 1995 sur le Site 1, la seconde porte sur 1 863 patients suivis de 1990 à 1995 sur le Site 2. Ces bases renferment des données mensuelles de consommations de soins de patients schizophrènes. Le nombre de jours d'hospitalisation "complètes (HC), de jour (HJ) ou de nuit (HN) " et d'actes ambulatoires "nombre de consultations de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et d'assistante sociale" y sont décrits. Ces cohortes dynamiques ont été analysées sur 6 périodes d'un semestre et transformées en cohortes fixes en ne retenant que les patients qui ont eu au moins un contact par semestre pendant une période de suivi de 1993 à 1995, soit 400 patients sur le Site 1 et 405 sur le Site 2.

Les variables quantitatives étudiées : hospitalisations complètes, de jour et de nuit ainsi que le nombre de contacts ambulatoires ont été utilisés pour construire un indicateur d'intensité de prise en charge. Cet indicateur a été combiné avec le lieu de domiciliation des malades : hôpital, domicile substitutif ou domicile privé pour distinguer 5 filières de prise en charge des malades au sein du secteur en fonction de leur lieu de résidence et de l'intensité des soins dont ils bénéficient. L'une est centrée sur l'hôpital et les 4 autres correspondent à un suivi en milieu communautaire, soit au domicile du patient, soit en domicile substitutif. Les soins prodigués dans ces deux contextes ont été différenciés en prise en charge intensive et en prise en charge courante en fonction de l'importance des moyens mobilisés. Faute de données cliniques dans les bases, la rechute, qui est un élément déterminant de l'orientation des patients dans le système de soins, a été définie par la variation relative de la consommation des soins d'un semestre sur l'autre. Trois états cliniques ont été distingués à l'aide de ce critère : Rechute, Non-rechute et Chronicisé. L'analyse des bases en fonction des modes de prise en charge et de l'état clinique des patients a permis d'estimer les probabilités de transition d'un mode à l'autre ainsi que les coûts correspondants.

Mots clés : Schizophrénie, structures de prise en charge, trajectoires des patients.

1. POSITION DU PROBLEME

La schizophrénie touche approximativement 20 millions d'individus dans le monde.

Les études épidémiologiques suggèrent que le nombre de cas prévalents varie de 0,6 à 17 / 1 000 individus et que le taux d'incidence annuel varie de 0,11 à 0,7 / 1 000. Il semble qu'il existe d'importantes variations géographiques de la prévalence et de l'incidence, même s'il apparaît que les taux calculés sont sensibles à la fois à la méthodologie employée et aux différences culturelles et géographiques qui peuvent affecter l'évolution de la maladie.

L'étude Cognos donne des estimations de l'incidence et de la prévalence de la maladie jusqu'en l'an 2005. Ces estimations sont basées sur les données des études internationales de l'O.M.S. Les taux de prévalence sont estimés grâce aux études de prévalence en population générale et à l'hôpital pour la prévalence de la population traitée.

D'après les résultats de cette étude, le taux de prévalence dans la population adulte française est de 1 cas pour 100 individus, et le taux d'incidence est stable à 2 cas pour 1 000. Parmi ces nouveaux cas dans l'année, environ 40 % sont âgés de 25 à 44 ans. Enfin, il apparaît que seulement 50 % des schizophrènes reçoivent des soins psychiatriques.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif de l'étude est d'identifier pour une indication donnée, la schizophrénie, l'importance des efforts déployés en faveur des malades, leur coût et leur incidence sur le parcours du schizophrène entre les divers modes de prises en charge. L'étude doit permettre de reconstituer les trajectoires de prise en charge des malades en structures de santé mentale ouvertes et fermées et d'analyser leurs conséquences économiques en termes d'efficience.

3. METHODES

Deux bases de données décrivant les modes de prise en charge en France des schizophrènes ont été analysées. Les probabilités de transition d'un mode de prise en charge à l'autre selon l'état clinique, ainsi que les coûts de prise en charge d'un patient par semestre en ont été déduits.

- La première est une étude prospective de suivi des patients schizophrènes pris en charge sur le site 1 pendant les années 1993 à 1995. Cette base inclut jusqu'à 600 patients au cours d'un seul semestre.
- La deuxième est aussi une étude prospective, mais la durée de suivi des schizophrènes est beaucoup plus longue, puisqu'elle débute en 1990, pour finir fin 1995. Cette base construite sur le site 2 inclut 1853 patients durant toute cette période.

Le contenu des bases est constitué de données mensuelles de consommation de soins des patients schizophrènes. Le nombre de jours d'hospitalisation (complète, de jour ou de nuit) et d'actes ambulatoires (nombre de consultations de médecins, de psychiatres, d'infirmiers ou d'assistantes sociales) consommés y sont décrits.

Ces deux cohortes ouvertes ont été transformées a posteriori en cohortes fermées, afin d'éliminer les perdus de vue, et d'avoir une durée de suivi des patients suffisamment longue (au minimum 3 ans)

3.1 Paramètres caractéristiques

Les variables quantitatives étudiées sont soit issues de la base brute, mais regroupées par semestre, soit calculées a posteriori.

- Durée d'hospitalisation complète en jours HC, qui inclut, sur le site 2, le nombre de jours en appartement thérapeutique (AT) et en hôpital à temps plein (TP).
- Nombre de contacts avec l'hôpital de jour HJ.
- Nombre de contacts avec l'hôpital de nuit HN.
- Nombre de contacts avec l'ensemble des structures ambulatoires AMB(t).
- PPEC (indicateur du poids de la prise charge construit à partir du nombre de contacts pondérés par un coefficient différent selon la nature de la structure considérée) :

$$\mathbf{PPEC(t) = hc(t)*4+hj(t)*2+hn(t)*2+amb(t)}$$
 avec $hc(t)=AT(t)+TP(t)$ dans le cas de la base du site 2.
- Age à l'inclusion dans la cohorte au premier semestre 1993.

3.2 Classification des patients en fonction du mode de prise en charge

Cette classification a été réalisée rétrospectivement au moment de l'analyse des bases de données selon les cinq modes de prise en charge retenus. Le premier, qui est la prise en charge à l'hôpital, est défini par une durée d'hospitalisation complète (HC) de plus de 120 jours, soit plus de 4 mois à l'hôpital au cours d'un semestre. Les quatre autres modalités sont définies selon que le patient est pris en charge en institution ou au domicile au cours du semestre, mais aussi selon le degré d'intensité de sa prise en charge.

Tableau 1 - Identification des modes de prise en charge en fonction du lieu de résidence et de l'intensité des soins

Prise en charge à l'hôpital	HC > 120 jours
Prise en charge intensive en institution (ICC)	HC ≤ 120 et SSI > 0 et indicateur ppec > 120
Prise en charge légère en institution (MCC)	HC ≤ 30 et SSI > 0 et indicateur ppec ≤ 120
Prise en charge intensive à domicile (IPC)	HC ≤ 120 et SSI = 0 et indicateur ppec > 120
Prise en charge légère à domicile (MPC)	HC ≤ 30 et SSI = 0 et indicateur ppec ≤ 120

HC = hospitalisation complète, SSI = prise en charge en institution, PPEC = indice de lourdeur de la prise en charge thérapeutique

3.3 Classification des patients selon le statut clinique

Il s'agit de déterminer a posteriori si le patient peut être considéré comme étant en rechute au cours d'un semestre. Trois états cliniques possibles ont été retenus : en rechute, en non rechute et chronicisé au long cours. En raison de l'absence de données cliniques concernant chaque patient dans les bases de données, la classification a été réalisée à l'aide de l'indicateur de prise en charge au semestre t , et de sa variation relative entre les semestres t et $t-1$.

$$vrpc(t / t - 1) = \frac{ppec(t) - ppec(t - 1)}{ppec(t - 1)}$$

Tableau 2 - Définition de la rechute

Rechute	si $vrpc > 1$ ou ($vrpc > 0, 2$ et $50 < ppec < 400$) ou ($vrpc > 0, 1$ et $400 \leq ppec$)
Stable	si $vrpc < -0, 1$ ou ($vrpc \leq 0, 2$ et $ppec < 400$) ou ($vrpc \leq 1$ et $ppec \leq 50$)
Chronicisé	si $-0, 1 < vrpc < 0, 1$ et $400 \leq ppec$

3.4 Méthode de calcul des coûts

La valorisation des ressources consommées est la seconde étape de l'estimation du coût de prise en charge. Le coût horaire par catégorie d'intervenant est obtenu à partir des masses salariales de référence de l'exercice précédent et des masses horaires de référence. Ceci suppose que l'on dispose pour les structures considérées des grilles d'affectation des personnels du ou des secteurs.

Le coût unitaire d'une journée d'hospitalisation et d'un acte par catégorie d'intervenant ont pu être établis et utilisés conjointement pour valoriser les ressources consommées sur les sites 1 et 2. Trois coûts unitaires de journée d'hospitalisation ont été définis : le coût d'une journée d'hospitalisation complète s'élève à 1 397,25 F ; celui d'une journée d'hospitalisation de jour à 975,55 F et celui d'une hospitalisation de nuit à 487,60 F.

Les coûts unitaires des actes des intervenants ont également été calculés, et se répartissent comme suit : l'acte d'un médecin a un coût de 220,56 F ; l'acte d'un infirmier est valorisé à 262,29 F ; celui d'un psychologue à 125,95 F et celui d'une assistante sociale à 400,00 F.

4. RESULTATS

Les résultats des bases des deux sites sont présentés. Pour chacune d'elles, une description de la distribution des variables caractéristiques, des moyennes des consommations de soins, des trajectoires des patients, selon les modes de prise en charge et des coûts de prise en charge par patients, a été effectuée.

4.1 Effectifs par catégorie et trajectoires des patients

Le taux de rechutants par semestre s'élève, sur le site 1, à près de 13 %. La proportion de patients stables est de 69 %, alors que les malades chronicisés représentent en moyenne 18 % des effectifs. Plus de la moitié des patients bénéficie d'une prise en charge légère au domicile, et environ 21 % sont hospitalisés pendant plus de 120 jours par semestre. On constate que seulement 21,62 % des rechutants sont inclus dans la catégorie hôpital, les deux tiers étant pris en charge à domicile (d'une manière intensive ou légère). Cette proportion est sensiblement peu inférieure à celle des patients stables, puisque 75 % d'entre eux sont également pris en charge à leur domicile. Enfin, la quasi-totalité des patients chronicisés (99,2 %) bénéficie d'une hospitalisation complète de plus de 120 jours par semestre.

Les trajectoires des patients, à travers les modes de prise en charge entre chaque semestre, ont été recherchées. Les résultats montrent que, d'une manière générale, une majorité de patients ne quitte pas son groupe de prise en charge entre 2 semestres (par exemple, entre le premier semestre et le deuxième semestre 1993, 74 patients sur les 80 de la catégorie hôpital ne changeront pas de groupe de prise en charge).

La répartition des patients selon l'état clinique sur le site 2 est différente de celle du site 1. Le taux de rechute semestriel est ici de 20,5 %, et 78,2 % des patients sont considérés comme stables ou en rémission, alors que seulement 1,3 % sont considérés comme chroniques avec une forte consommation de soins. Plus de 80 % des schizophrènes sont pris en charge à domicile et seulement 1,9 % d'entre eux sont classés dans la catégorie hôpital. La proportion de rechutants pris en charge à l'hôpital est elle aussi très faible, puisque seulement 6 % sont concernés. Comme pour la base du site 1, les trajectoires des patients à travers les modes de prise en charge ont été décrites. La répartition des patients semble différente de celle du site 1, mais la relative stabilité des effectifs de passage d'un groupe à l'autre entre deux semestres, semble préservée.

4.2 Coûts par patient traité

Le coût moyen semestriel de prise en charge d'un patient a ensuite été établi par le rapport des coûts totaux à l'effectif moyen de la strate de classification considérée, multiplié par le nombre de semestre. Ce coût moyen est établi, selon le groupe de prise en charge et l'état clinique du patient. Ce coût s'élève, sur le site 1, à 98 257 F par semestre pour un patient en rechute, à 22 351 F pour un patient stable, et à 251 549 F pour un patient chronicisé.

Le coût cumulé sur 3 ans de la cohorte du site 2 est beaucoup plus faible que celui observé dans la base du site 1, puisqu'il n'est que de 47 millions de francs, versus 147 millions. Cette différence s'explique par une répartition des effectifs des patients selon les groupes, qui diffère selon les sites. Le groupe de prise en charge à l'hôpital, correspondant à une hospitalisation complète de plus de 120 jours, est toujours faiblement représenté sur le site 2. Les coûts totaux en sont donc fortement diminués. Ainsi, sur le site 2, le coût total de prise en charge à l'hôpital ne représente plus que 20 % des coûts totaux, alors que sur le site 1, il représente les $\frac{3}{4}$ des coûts de la cohorte. Le coût de traitement d'un patient en rechute, sans distinction de son mode de prise en charge s'élève à 58 701 F, celui d'un patient stable à 11 488 F et celui d'un patient chronicisé est de 176 370 F.

5. DISCUSSION

Les deux bases ont été transformées en cohortes fermées, divisées en périodes semestrielles, en fonction d'un argument clinique validé selon lequel un nouvel épisode psychotique ne peut survenir, au plus tôt que 6 mois après le premier. L'analyse des deux bases étudiées repose sur les définitions de la rechute et des modes de prise en charge que nous avons proposés. La définition de la rechute à partir de l'indicateur POIPEC a été validée. Une analyse rétrospective, menée sur le site 1 avec examen de 200 dossiers médicaux, révèle que seulement 15 % de ces dossiers n'ont pas un état clinique concordant avec nos résultats.

Les différences qui apparaissent dans les moyens mobilisés entre les sites 1 et 2 et leurs traductions monétaires relèvent d'un effet de structure, d'un effet patient et d'un effet médecin. Les équipements, la sévérité des pathologies traitées et la diversité des attitudes thérapeutiques possibles sont autant de facteurs confondants qu'il conviendrait d'identifier et de neutraliser. L'exploitation des seules bases de consommations hospitalières dans l'état actuel des données disponibles ne permet pas de déterminer le poids relatif de chacun d'entre eux.