

Les hospitalisations psychiatriques de longue durée

Situation dans le Nord - Pas-de-Calais et
focus sur la zone de Lens - Hénin-Beaumont

SOMMAIRE

Contexte de l'étude	4
Introduction	5
Objet et méthodes	6
Méthodes statistiques	7
Résultats	8
La population ayant connu un long séjour psychiatrique	8
Les patients au long cours de Lens-Hénin sont-ils différents des autres ?	10
Analyse bivariée	11
Analyse multivariée	13
Discussion	16
Conclusion	18
Annexes	19
Sigles et acronymes employés	19
Liste, construction et source des indicateurs utilisés dans les analyses statistiques.	20
Bibliographie	22
Remerciements	22
Citation recommandée	22

Contexte de l'étude

L'Agence régionale de santé (ARS) Nord - Pas-de-Calais et le Conseil général du Pas-de-Calais, avec l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), ont défini un programme expérimental visant l'amélioration des parcours en psychiatrie et santé mentale dans le secteur de Lens – Hénin-Beaumont. Après une phase diagnostique ayant permis l'identification des dysfonctionnements et des ressources de la zone d'étude, 4 « axes de progrès » ont été définis avec les nombreuses institutions associées au programme (Creai, Crehpsy, établissements de santé gérant des services de psychiatrie, APEI ...) :

« - Prévenir auprès des primo-entrants les risques de survenue d'inadéquations dans les prises en charge : à l'hôpital, en Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), mais aussi au domicile ;

- Mettre l'accent sur l'accès aux soins à partir du premier recours (Ville, CMP, services sociaux) ;

- Progresser dans la prise en compte du handicap psychique des patients présentant des troubles psychiatriques chroniques (pivot MDPH) pour aborder le parcours de vie ;

- Développer des modalités de travail en commun entre les différents intervenants (axe transversal).¹ »

Un plan d'actions, regroupées en 7 thèmes, a été retenu :

1. actions de sensibilisation tous publics, et formations croisées/stages croisés pour les personnels des secteurs psychiatriques, sociaux, médico-sociaux ... ;
2. actions de partenariat avec les médecins généralistes ;
3. constitution d'un Conseil local de santé mentale (CLSM), action sur le logement et sur les situations complexes ;
4. accompagnement du retour au domicile et/ou étayage de solutions d'accueil en milieu ordinaire ;
5. appui aux établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées psychiques ;
6. documentation des ruptures de parcours de soins ;
7. les hospitalisations au long cours inadéquates dans une perspective de nouveaux modes de sortie et de réhabilitation psychosociale.

C'est dans ce dernier registre que s'inscrit l'étude faisant l'objet du présent rapport.

La zone d'étude est située dans le département du Pas-de-Calais ; elle est peuplée d'environ 370 000 habitants et constitue une des 3 zones de proximité du territoire de santé de l'Artois – Douaisis ; elle comprend les secteurs de psychiatrie de :

- Liévin (62G13), rattaché au centre de psychothérapie Les Marronniers à Bully-les-Mines² ;

- Lens (62G14) et Avion (62G15), rattachés au Centre hospitalier de Lens ;

- Carvin (62G16) et Hénin-Beaumont (62G17), rattachés au Centre hospitalier d'Hénin-Beaumont.

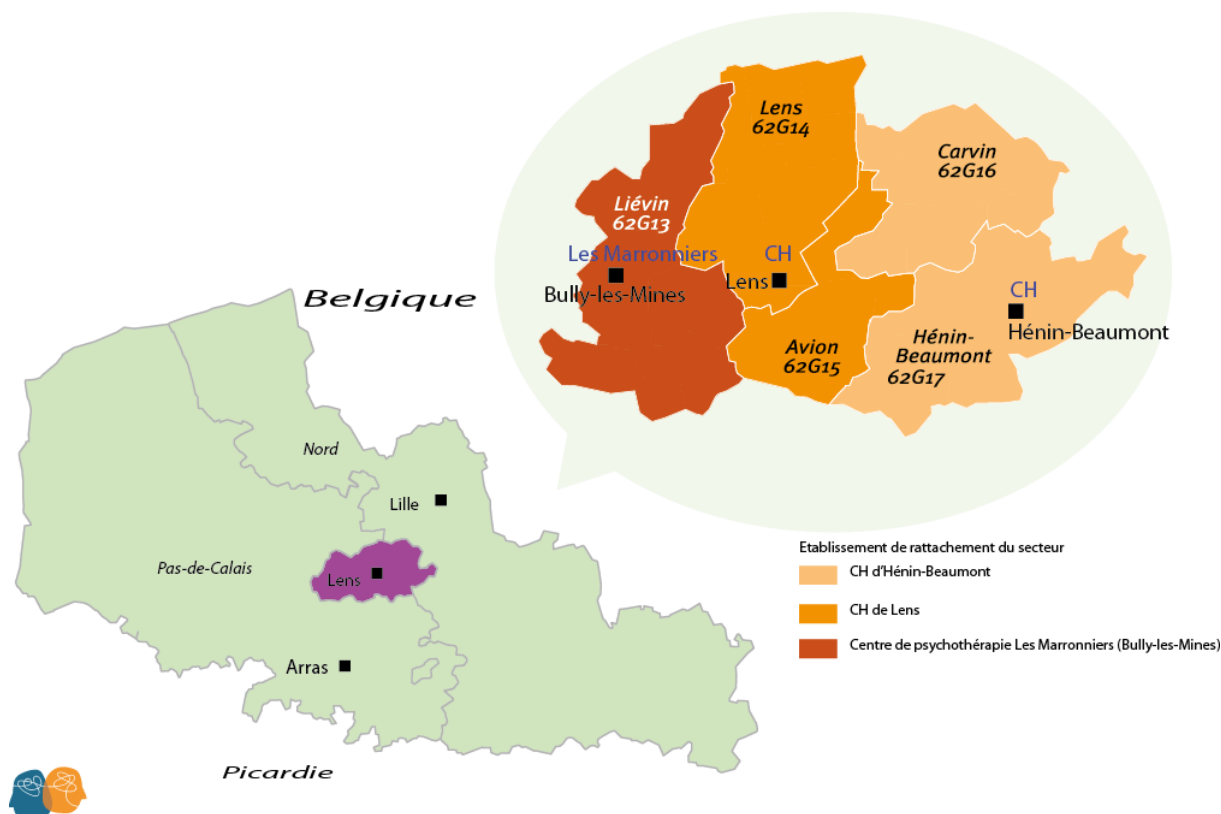
Avec près de 1000 habitants au km², la zone de Lens – Hénin connaît une densité particulièrement élevée et pas moins de 12 communes de plus de 10 000 habitants (dont 3 – Lens, Liévin et Hénin-Beaumont- en comptent plus de 25 000). La structure démographique est proche de celle de la région et du territoire de santé : la population âgée de moins de 15 ans, de 15 à 29 ans, de 30 à 44 ans et de 45 à 59 ans ont un poids équivalent (environ 1 habitant sur 5) ; les personnes âgées de 60 à 74 ans représentent quant à elles 12% de l'ensemble et celles de 75 ans ou plus 8%.

La zone d'étude reste très marquée (paysages, habitat, sociabilité ...) par son ancienne activité minière, qui a pourtant pris fin en 1990. Dans son diagnostic, l'Observatoire régional de la santé (ORS) Nord - Pas-de-Calais insiste sur les nombreuses fragilités socio-économiques et sanitaires de la zone : déclin démographique, faible niveau d'étude plus faible, fort taux de chômage ; très mauvais état de santé et surmortalité, notamment pour les décès liés à l'alcoolisme, le tabagisme, les cancers des Voies aéro-digestives supérieures (VADS) et aux maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire [15].

¹ Charte d'engagement Pour l'amélioration des parcours en psychiatrie et santé mentale dans la zone de proximité de Lens – Hénin.

² Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic) de l'Association hospitalière Nord Artois cliniques (Ahnac).

Carte 1. Zone de l'étude.



Introduction

Les longs séjours constituent un sujet d'étude ancien, abordé d'un point de vue économique (leur coût pèse dans les dépenses de santé), médical (en termes de bénéfice apporté aux patients) et social (le risque de désocialisation augmentant avec la durée). Le plus souvent, les facteurs reliés ou explicatifs des longues durées sont recherchés dans les caractéristiques socio-médicales des patients et/ou dans celles de l'organisation du système de santé (intensité et nature de l'offre sanitaire et médico-sociale).

Kastrup, en 1987 au Danemark, établit, dans une population de patients hospitalisés en psychiatrie, que l'augmentation de l'âge, les diagnostics de schizophrénie ou de démence sénile, le célibat et la résidence dans une commune de moins de 100 000 habitants sont significativement liés à des taux supérieurs de longs séjours [10]. Gigantesco, en 2009 en Italie, retrouve comme principaux prédicteurs d'un séjour long l'hospitalisation dans un établissement privé, un épisode violent durant le séjour, une absence de logement et un faible support communautaire [9]. En France, plusieurs études portant sur ce même sujet ont été menées depuis le début du XX^e siècle. Celle de Joubert, réalisée en Aquitaine, à Paris et en Rhône – Alpes, établit à 5% la part des patients en long séjour psychiatrique, dont 60% environ présentant une schizophrénie [9].

Chapireau souligne que les approches peuvent être de 2 types : les coupes transversales concernant des séjours en cours, parmi lesquels sont recherchés ceux qui ont débuté depuis un temps considéré comme long ; les études rétrospectives quant à elles recherchent si le parcours d'une personne comprend un séjour long, qu'il soit achevé ou non [8]. Dans l'exploitation secondaire de l'étude *Handicap, incapacités, dépendance* portant sur les personnes hospitalisées en psychiatrie, Chapireau distingue l'ancienneté du parcours dans ces services et la durée du séjour en cours ; dans le groupe ayant la plus grande ancienneté (4 ans et plus), seuls 7% avaient réintégré un domicile indépendant à 2 ans [8].

La schizophrénie est le 1^{er} diagnostic retrouvé chez les patients connaissant des longs séjours psychiatriques [7, 10], mais une étude italienne ne retrouve pas d'odds ratios significatifs sur les diagnostics [9], alors que Kastrup, dans son étude déjà ancienne au Danemark enregistre plus de cas de démence (un tiers) que de schizophrénie (un quart) parmi les patients au long cours [11]. La

dépendance des patients est une des variables explicatives des longs séjours soulignée dans d'autres études [3, 4].

Coldefy et Nestrigue utilisent les données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP) et estiment à 12 700 le nombre de patients ayant connu une hospitalisation psychiatrique de 292 jours ou plus en 2011, soit 0,8% des patients pris en charge dans les établissements de santé ayant une autorisation dans cette spécialité. Ils cherchent, par un modèle multivarié, à expliquer les variations des taux d'hospitalisation longue en psychiatrie en France, à l'échelon des 106 territoires de santé. Dans leur modèle, intégrant des variables sur l'offre de soins, l'offre médico-sociale et les caractéristiques socio-économiques des territoires, 52% de la variance est expliquée, dont 32% par la seule variable de densité de lits d'hospitalisation psychiatrique à temps plein ; les séjours longs sont proportionnellement plus longs lorsque les lits par habitant sont plus nombreux. A l'inverse, les auteurs ne retrouvent pas d'effet significatif de la défavorisation et de la fragmentation sociale dans la variation des taux [6].

Objet et méthodes

La présente étude vise à quantifier et décrire les personnes domiciliées dans la zone de Lens – Hénin et dans le reste du Nord - Pas-de-Calais³ étant restées longuement hospitalisées à plein temps en service de psychiatrie, ainsi qu'à rechercher les facteurs prédictifs de ces longs séjours, définis comme des **périodes d'hospitalisation psychiatrique à temps complet de 292 jours ou plus durant la période 2011-2013**, soit environ 10 mois⁴. Tout comme l'étude de Coldefy et Nestrigue [6], elle a été réalisée à partir des séjours décrits par le RimP, recueil mis en place par le Ministère français de la santé en 2006 dans l'ensemble des services de psychiatrie, publics et privés. Dans les bases de données constituées, chaque séjour hospitalier est décrit, notamment par le lieu où il se déroule (établissement et service), sa durée, le mois où il s'achève, l'origine et la destination du patient, l'identifiant anonyme de l'individu, l'âge, le sexe, le code postal de résidence, les diagnostics (principal et associés) codés selon la Cim-10, et le niveau d'autonomie dans 6 domaines de la vie quotidienne.

A partir des séjours concernant des personnes de 16 ans et plus domiciliées dans le Nord - Pas-de-Calais (à la première hospitalisation) durant les années 2011 à 2013, nous avons constitué une base d'individus hospitalisés, décrits par un résumé des informations contenues dans la base des séjours : variables individuelles décrites plus haut, 10 variables binaires de diagnostics, construites à partir des 2 ou 3 premiers caractères des codes Cim-10 (Fo, lorsqu'au moins un diagnostic, principal ou associé, Fo avait été codé en diagnostic, F1, ..., F99).

Un score de dépendance a été construit à partir des variables d'autonomie dans 6 domaines de la vie quotidienne : habillage ou toilette, déplacements et locomotion, alimentation, continence, comportement et communication, selon la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) ; ce score regroupe la population en 4 modalités : 0 (indépendance complète), 1 (supervision ou arrangement), 2 (assistance partielle) et 3 (assistance totale) [12, pp 30-31].

Le statut de l'établissement de prise en charge, le fait d'avoir été hospitalisé sous contrainte ou d'avoir connu un isolement thérapeutique durant la période 2011-2013 ont également été d'autres variables pour lesquelles l'effet sur les hospitalisations de longue durée a été recherché.

Deux indices de défavorisation, l'une matérielle, l'autre sociale, inspirés des indices proposés par Pampalon [13] ont été calculés, à l'échelon des codes géographiques du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), à partir de 6 indicateurs issus des données de recensement de la population de l'Insee, de l'année 2011 :

- pour la dimension matérielle : absence de diplôme (part des personnes de 15 ans et plus non scolarisée sans diplôme), chômage (taux de chômage parmi la population non scolarisée de 15 ans et plus) et revenus (revenu médian par unité de consommation des ménages) ;
- pour la dimension sociale : veuvage-divorce (part des personnes de 15 ans ou plus veuves ou divorcées), isolement (part des personnes de 15 ans et plus vivant seules) et monoparentalité (part des familles monoparentales).

³ Afin de disposer d'une plus grande puissance statistique, l'ensemble de la population régionale hospitalisée à temps complet en psychiatrie a été prise en compte, mais les chiffres de la zone d'étude sont présentés dans chacun des tableaux.

⁴ La variable à expliquer est binaire : avoir connu, ou non, au moins un séjour de cette durée.

Les indicateurs n'ayant pas la même unité de mesure (exemple : le revenu moyen et le taux de chômage), les données ont été normalisées (centrées-réduites). Une analyse en composante principale a permis de regrouper ces indicateurs en deux dimensions : matérielle et sociale. Pour chaque composante, une note factorielle a été affectée, puis un regroupement en quartiles a été opéré.

Une série de variables écologiques, décrites au niveau de l'établissement, du secteur de psychiatrie ou de la zone géographique de résidence du patient (code PMSI), ont été intégrées dans l'analyse dans le but de rechercher leur influence sur le taux d'hospitalisations de longue durée.

Au niveau de l'établissement (N=21), pour 100 000 habitants :

- Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie à temps complet.
- Densité d'autres lits ou places de psychiatrie à temps complet.

Au niveau du secteur de psychiatrie adulte (N=60)⁵, pour 100 000 habitants :

- Intensité des actes ambulatoires en Centres médico-psychologiques (CMP).
- Intensité des actes ambulatoires au domicile des patients.
- Intensité des actes ambulatoires dans des lieux autres que CMP et domicile⁶.

Au niveau du code géographique PMSI⁷ de résidence du patient (N=388) :

- Indice de défavorisation sociale.
- Indice de défavorisation matérielle.
- Type d'unité urbaine.

Les variables, initiales ou construites, sont présentées en détail p 20.
--

Méthodes statistiques

Le plan d'analyse a comporté 3 parties.

1. Le nombre de patients concernés par un séjour de longue durée et le nombre de journées correspondant à leurs séjours longs ont été calculés, et une comparaison entre les patients pris en charge dans les secteurs de psychiatrie adulte, de Lens – Hénin, d'une part, du reste de la région, d'autre part (les différences ont fait l'objet d'un test du khi2.

2. Dans un second temps, une analyse bivariable a été menée et le test du khi2 employé pour tester la significativité statistique des écarts de taux d'hospitalisation longue selon les modalités des variables individuelles décrites plus haut.

3. Enfin, nous avons procédé à une analyse multiniveaux :

- individuel : âge, sexe, pathologies psychiatriques⁸, niveau de dépendance (en 4 niveaux, de l'indépendance à la dépendance totale, hospitalisation non libre (au moins une durant la période d'étude ou non), ancienneté dans le dispositif psychiatrique⁹ et isolement thérapeutique (au moins une mesure durant la période d'étude ou non) ;

- code géographique : rang de défavorisation sociale (en 4 niveaux)¹⁰ et de défavorisation matérielle (en 4 niveaux)¹¹ ; taille de l'unité urbaine d'appartenance, en 4 niveaux (< 10 000, 10-49 999, 50 000-99 999 et 100 000 habitants ou +)

⁵ Le secteur désigne à la fois le territoire d'intervention et l'équipe de psychiatrie publique qui a en charge la prévention et les soins.

⁶ La part des actes ambulatoires pour les secteurs (62G14, 62G15) de Lens - Hénin ont été estimés à partir des données de la Statistique d'activité des établissements (SAE) de l'année 2012 (l'activité ambulatoire n'a pas été renseignée dans le RimP pour le CH Lens - Hénin en 2011-2013).

⁷ Le code PMSI équivaut au code postal excepté dans les grandes communes où un seul code PMSI est attribué, même si plusieurs codes postaux sont utilisés dans la commune (comme à Dunkerque, Lille, Villeneuve d'Ascq ...)

⁸ Pour chaque diagnostic en F (Fo, F1 ... F99) une variable binaire précise s'il a été codé ou non durant les séjours de la période d'étude.

⁹ Durée depuis l'entrée en 1^{er} séjour psychiatrique du sujet.

¹⁰ La défavorisation sociale est calculée en fonction du niveau de monoparentalité dans les ménages, de veuvage-divorce et de solitude, puis classée selon le quartile de 0 à 3.

¹¹ La défavorisation matérielle est calculée en fonction du niveau de chômage, de revenu fiscal médian par unité de consommation et de population sans diplôme puis classée selon le quartile de 0 à 3.

- secteur de psychiatrie adulte : intensité des actes ambulatoires en CMP pour 100 000 habitants, intensité des actes ambulatoires à domicile pour 100 000 habitants et intensité des actes ambulatoires dans d'autres lieux pour 100 000 habitants (déciles¹²) ;

- établissement de rattachement du service : densité en lits de psychiatrie à temps complet pour 100 000 habitants, densité en autres places de psychiatrie à temps complet pour 100 000 habitants.

Le traitement des données statistiques a été réalisé avec les logiciels SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC), notamment à l'aide de la procédure Glimmix, pour la modélisation multiniveaux [16], et Excel 2007 (Microsoft, Redmond, WA).

Résultats

La population ayant connu un long séjour psychiatrique

42 030 personnes distinctes de 16 ans ou plus, domiciliées dans le Nord - Pas-de-Calais, ont été hospitalisées à temps complet en service de psychiatrie en 2011-2013 dans la région. 1 084 d'entre elles (2,6 %) ont connu dans la période au moins un séjour d'une durée au moins égale à 292 jours.

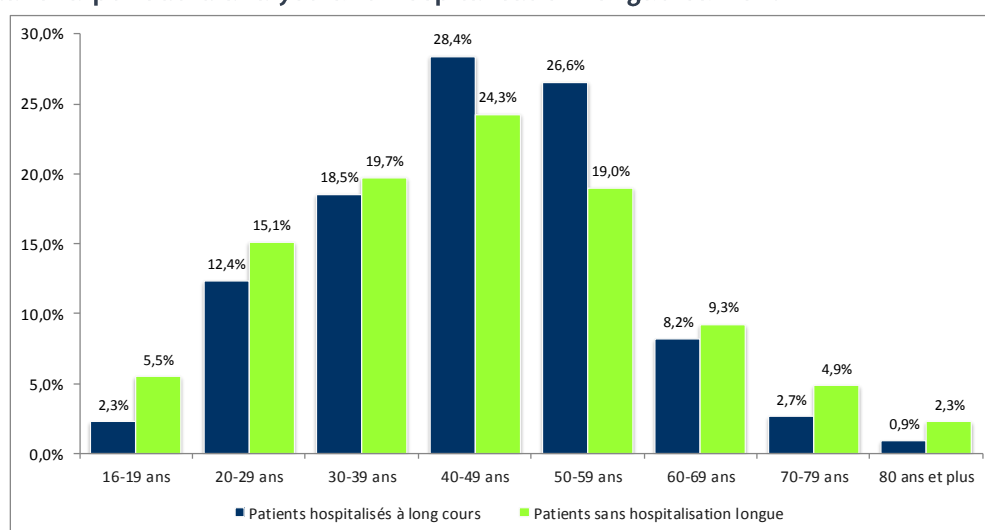
Ces séjours psychiatriques longs correspondent à 726 907 journées d'hospitalisation à temps complet, soit 22,5% du total des 3 233 602 journées de ce type enregistrées dans des services et pour des patients du Nord - Pas-de-Calais.

A un seuil de 272 jours, les 786 529 journées de séjours longs correspondent à 24,3% des mêmes 3 233 602 journées enregistrées au total.

Alors que sur l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie dans la période d'étude la proportion des hommes et des femmes est équivalente (*sex ratio* proche de 1), plus de deux tiers des patients au long cours (69,3%) sont des hommes.

L'âge moyen des personnes hospitalisées au long cours (45,1 ans $\pm$ 13,3) est légèrement supérieur à celui des autres patients hospitalisés à temps complet (44,0 ans $\pm$ 16,0 - p T-test = 0,032). Parmi les autres caractéristiques des patients au long cours (cf. Tableau 1, p 9) on peut noter une proportion importante de personnes s'étant vu poser un diagnostic de schizophrénie (52,1%), prises en charge en EPSM (58,4%) et environ un tiers présentant une dépendance légère (supervision nécessaire ; 34,8%).

Figure 1. Distribution selon l'âge des personnes hospitalisées en psychiatrie selon le fait d'avoir connu dans la période d'analyse une hospitalisation longue ou non.



Source : RimP – Traitement : F2RSM.

¹² Le 1^{er} décile est la valeur en dessous de laquelle sont situés 10% des secteurs, le 2^e 20% ...

La

Figure 1 fait apparaître une surreprésentation de la classe d'âge 40-59 ans chez les personnes en hospitalisation longue.

Tableau 1. Caractéristiques des patients ayant connu au moins un séjour à temps complet en service de psychiatrie de 292 jours ou plus. N= 1 084. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013.

Hospitalisés en		secteur de psychiatrie adulte				Autre (privé, intersecteur infanto-juvénile ...)		Total	P kh12*
		Lens-Hénin		Reste région					
Variable	Modalités	N	%	N	%	N	%	N	
<i>Ensemble</i>		95	100,0%	779	100,0%	210	100,0%	1 084	
Sexe	Hommes	68	71,6%	537	68,9%	146	69,5%	751	0,598
	Femmes	27	28,4%	242	31,1%	64	30,5%	333	
Classe d'âge	16-29 ans	19	20,0%	110	14,1%	30	14,3%	159	0,370
	30-39 ans	20	21,1%	152	19,5%	29	13,8%	201	
	40-49 ans	27	28,4%	227	29,1%	54	25,7%	308	
	50 ans et plus	29	30,5%	290	37,2%	97	46,2%	416	
Durée depuis la 1 ^{ère} hospitalisation* (en années)	1	27	28,4%	29	3,7%	3	1,4%	59	<,0001
	2	22	23,2%	214	27,5%	39	18,6%	275	
	3 et +	46	48,4%	536	68,8%	168	80,0%	750	
Fo (Troubles mentaux organiques)	Non	83	87,4%	711	91,3%	192	91,4%	986	0,213
	Oui	12	12,6%	68	8,7%	18	8,6%	98	
F1 (Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives)	Non	81	85,3%	678	87,0%	180	85,7%	939	0,623
	Oui	14	14,7%	101	13,0%	30	14,3%	145	
F2 (Schizophrénie...)	Non	34	35,8%	333	42,8%	152	72,4%	519	0,027
	Oui	61	64,2%	446	57,3%	58	27,6%	565	
F3 (Troubles de l'humeur)	Non	88	92,6%	703	90,2%	190	90,5%	981	0,454
	Oui	7	7,4%	76	9,8%	20	9,5%	103	
F4 (Troubles névrotiques...)	Non	88	92,6%	728	93,5%	199	94,8%	1 015	0,761
	Oui	7	7,4%	51	6,6%	11	5,2%	69	
F5 (Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques)	Non	94	99,0%	774	99,4%	209	99,5%	1 077	0,647
	Oui	1	1,1%	5	0,6%	1	0,5%	7	
F6 (Troubles de la personnalité...)	Non	79	83,2%	688	88,3%	178	84,8%	945	0,147
	Oui	16	16,8%	91	11,7%	32	15,2%	139	
F7 (Retard mental)	Non	76	80,0%	662	85,0%	146	69,5%	884	0,206
	Oui	19	20,0%	117	15,0%	64	30,5%	200	
F8 (Troubles du développement psychologique)	Non	90	94,7%	746	95,8%	170	81,0%	1 006	0,643
	Oui	5	5,3%	33	4,2%	40	19,1%	78	
F90-98 (Troubles du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence)	Non	95	100,0%	766	98,3%	200	95,2%	1 061	0,205
	Oui	-	0,0%	13	1,7%	10	4,8%	23	
F99 (Trouble mental sans précision)	Non	95	100,0%	754	96,8%	209	99,5%	1 058	0,076
	Oui	-	0,0%	25	3,2%	1	0,5%	26	
Zone de proximité de résidence	Lens - Hénin	5	5,3%	777	99,7%	191	91,0%	973	<,0001
	Autre zone	90	94,7%	2	0,3%	19	9,1%	111	

Hospitalisés en		secteur de psychiatrie adulte				Autre (privé, intersecteur infanto-juvénile ...)		Total	P khi2*
		Lens-Hénin		Reste région					
Score dépendance	VM	-	0,0%	11	1,4%	3	1,4%	14	<,0001
	0 (indépendance)	1	1,1%	74	9,5%	5	2,4%	80	
	1 (supervision)	22	23,2%	124	15,9%	33	15,7%	179	
	2 (assistance)	48	50,5%	238	30,6%	65	31,0%	351	
	3 (dépendance totale)	24	25,3%	332	42,6%	104	49,5%	460	
Statut de l'établissement	CH, CHRU	79	83,2%	310	39,8%	-	0,0%	389	<,0001
	EPSM	-	0,0%	469	60,2%	164	78,1%	633	
	Espic	16	16,8%	-	0,0%	19	9,1%	35	
	Clinique privée	-	0,0%	-	0,0%	27	12,9%	27	
Au moins une hospitalisation contrainte**	Non	59	62,1%	343	44,0%	195	92,9%	597	0,0008
	Oui	36	37,9%	436	56,0%	15	7,1%	487	
Au moins un isolement thérapeutique**	Non	61	64,2%	629	80,7%	194	92,4%	884	0,0002
	Oui	34	35,8%	150	19,3%	16	7,6%	200	

*Les khi2 ont été calculés entre les valeurs des secteurs de psychiatrie adulte de Lens-Hénin et celles des autres secteurs de psychiatrie adulte de la région.

** durant la période de l'étude (2011-2013).

Les patients au long cours de Lens-Hénin sont-ils différents des autres ?

Les 5 secteurs de psychiatrie adulte de la zone de proximité de Lens - Hénin prennent en charge en hospitalisation complète 2 630 personnes distinctes (dont 95 connaissent une hospitalisation longue, soit 3,6% d'entre elles).

3 903 personnes domiciliées dans cette zone de résidence connaissent au moins un séjour à temps complet, dont 111 connaissent une hospitalisation longue, soit 2,8% d'entre elles¹³.

L'écart entre les effectifs est lié aux personnes prises en charge dans la zone de proximité sans y résider, aux personnes qui y résident mais qui sont hospitalisées hors secteur et, enfin, aux patients hospitalisés dans des établissements privés lucratifs (non sectorisés).

Les patients hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie de la zone de Lens - Hénin sont 3,6% à connaître ce type d'hospitalisation par rapport à 2,9% des ceux hospitalisés dans les autres secteurs de la région (p Khi2 = 0,0301).

Il n'y a pas de différence significative en termes de sexe et de classe d'âge entre les personnes hospitalisées au long cours dans les secteurs de la zone de Lens - Hénin et ceux hospitalisés dans les autres secteurs de la région. L'âge moyen des patients hospitalisés au long cours dans les secteurs de la zone de Lens - Hénin est supérieur de 2,5 ans à celui des patients hospitalisés dans les autres secteurs régionaux (45,6 vs 43,0), cependant la différence n'est pas significative statistiquement (p T-test = 0,069).

Les patientèles au long cours diffèrent significativement (p<5%) selon les secteurs où elles sont prises en charge pour les variables suivantes :

¹³ L'écart entre les effectifs est lié aux personnes prises en charge dans la zone de proximité sans y résider, aux personnes qui y résident mais qui sont hospitalisées hors secteur et, enfin, aux patients hospitalisés dans des établissements privés lucratifs (non sectorisés).

- l'ancienneté depuis la 1^{ère} hospitalisation : la patientèle au long cours des secteurs de Lens – Hénin est beaucoup plus fréquemment récente et, par voie de conséquence, beaucoup plus rarement ancienne de 3 ans ou plus (48,4% vs 72,8%)¹⁴ ;
- le diagnostic de schizophrénie ; il est beaucoup plus présent en psychiatrie publique adulte à Lens – Hénin que dans le reste de la région (64,2% vs 52,3%) ;
- il y a à la fois beaucoup moins de patients au long cours n'ayant pas de dépendance (1,1% vs 8,3%) et de patients présentant au contraire une dépendance totale (25,3% vs 42,8%) ; ce sont les situations intermédiaires qui sont plus fréquentes dans les secteurs de la zone d'étude que dans les autres ;
- l'absence d'EPSM dans la zone de Lens – Hénin ne peut qu'introduire une différence majeure selon le type d'établissement : plus de 4 patients au long cours sur 5 sont pris en charge dans les centres hospitaliers dans la zone d'étude, alors qu'ils séjournent d'abord dans les EPSM dans le reste de la région, dans une proportion de 3 sur 5 ;
- il y a beaucoup plus fréquemment un épisode d'isolement thérapeutique chez les patients au long cours de Lens – Hénin (35,8% vs 19,3%) mais beaucoup moins d'hospitalisations contraintes (37,9% vs 56,0%) que dans les autres secteurs ;

Au total, les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie adulte dans la zone d'étude présentent des proportions plus élevées de diagnostic de schizophrénie, d'épisode d'isolement thérapeutique, d'hospitalisation libre et de situation de dépendance moyenne, mais ne se différencient pas des patients des autres secteurs sur les autres variables étudiées.

Analyse bivariée

Alors que la partie précédente portait sur les caractéristiques des patients ayant connu une hospitalisation longue, l'analyse bivariée porte sur l'influence des variables individuelles, dans la fréquence de cet événement. L'analyse est réalisée variable par variable (sexe, puis âge ...), indépendamment des autres.

Les hommes sont 2,2 fois plus nombreux que les femmes à connaître des hospitalisations de longue durée (cf Tableau 2, p 12). La part des hospitalisations longues s'accroît régulièrement avec l'âge jusqu'aux 50-59 ans pour décroître ensuite, toujours de manière régulière. L'ancienneté de la 1^{ère} hospitalisation introduit de très fortes variations de taux de séjours longs ; 0,2% des patients ayant un parcours de moins d'une année, 6,1% connaissant une ancienneté de 1 à 2 ans, puis au moins 3/4 de ceux ayant une ancienneté de 3 ans et plus connaissent une hospitalisation longue.

Si la présence d'un diagnostic donné (Fo, F1 ...) entraîne toujours une probabilité de séjour long supérieure (par rapport à l'absence du même diagnostic), on note que ce sont les patients présentant des troubles du développement (F8, 31,2%), un retard mental (F7, 12,9%), une schizophrénie (F2, 7,4%) ou une démence (Fo, 7,4%) qui, proportionnellement, sont les plus concernés. Les personnes présentant un diagnostic d'addiction (F1, 1,6%), de troubles de l'humeur (F3, 0,6%), de troubles névrotiques (F4, 0,6%), de syndromes comportementaux (F5, 0,8%) ou de troubles de la personnalité (1,9%) présentent des taux inférieurs à ceux qui n'en ont pas¹⁵. Les personnes résidant dans la zone de Lens – Hénin connaissent plus souvent des séjours longs (2,8% vs 2,6% en moyenne régionale). Le niveau de dépendance est proportionné au taux d'hospitalisation longue : les personnes les plus dépendantes connaissent des taux de séjours longs 10 fois supérieurs à celles qui sont indépendantes (7,0% vs 0,7%).

Les personnes hospitalisées en EPSM ont beaucoup plus souvent des durées d'hospitalisation supérieures à 292 jours (3,3% par rapport à 2,5% dans les centres hospitaliers par exemple). Entre le secteur adulte connaissant le plus fort taux d'hospitalisation longue (8,0%) et celui présentant le plus faible (0,6%), un rapport de 13 peut être calculé. Sans atteindre les valeurs extrêmes, les taux enregistrés dans les 5 secteurs adultes de la zone de Lens – Hénin n'en connaissent pas moins des variations de 1 à 4 (de 1,8% à 7,1%).

¹⁴ La récente informatisation d'au moins un des 3 établissements de santé de la zone d'étude contribue sans doute à cette différence, l'ancienneté n'y ayant été reprise qu'à la date de l'informatisation (et non de la 1^{ère} hospitalisation dans l'établissement).

¹⁵ Rappelons qu'une personne peut avoir différents diagnostics à l'occasion de son/ses séjours.

Enfin, les patients ayant connu une hospitalisation non libre (8,8%) ou une mesure d'isolement thérapeutique (5,0%) connaissent des niveaux de séjours longs significativement plus élevés que ceux n'ayant pas connu ces situations (respectivement 4 fois et 3 fois moins).

Tableau 2. Part des personnes hospitalisées à long cours selon sexe, âge, zone de résidence, diagnostic et statut de l'établissement. (N= 42 030).

	Séjour 292 jours ou +	Total	%	Chi2
Ensemble	1 084	42 030	2,6%	
Sexe				
Hommes	751	21 190	3,5%	<,0001
Femmes	333	20 840	1,6%	
Classe d'âge				
16-19 ans	25	2 273	1,1%	<,0001
20-29 ans	134	6 335	2,1%	
30-39 ans	201	8 273	2,4%	
40-49 ans	308	10 238	3,0%	
50-59 ans	288	8 067	3,6%	
60-69 ans	89	3 878	2,3%	
70-79 ans	29	2 016	1,4%	
80 ans et plus	10	950	1,1%	
Ancienneté depuis la 1^{ère} hospitalisation* (en années)				
1	59	36 583	0,2%	<,0001
2	275	4514	6,1%	
3	275	366	75,1%	
4	140	169	82,8%	
5-10	245	301	81,4%	
10 et +	90	97	92,8%	
F0 (Troubles mentaux organiques)				
Non	986	40 711	2,4%	<,0001
Oui	98	1 319	7,4%	
F1 (Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives)				
Non	939	32 756	2,9%	<,0001
Oui	145	9 274	1,6%	
F2 (Schizophrénie...)				
Non	519	34 439	1,5%	<,0001
Oui	565	7 591	7,4%	
F3 (Troubles de l'humeur)				
Non	981	25 364	3,9%	<,0001
Oui	103	16 666	0,6%	
F4 (Troubles névrotiques...)				
Non	1 015	30 838	3,3%	<,0001
Oui	69	11 192	0,6%	
F5 (Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques)				
Non	1 077	41 167	2,6%	0,0009
Oui	7	863	0,8%	
F6 (Troubles de la personnalité...)				
Non	945	34 541	2,7%	<,0001
Oui	139	7 489	1,9%	
F7 (Retard mental)				
Non	884	40 484	2,2%	<,0001
Oui	200	1 546	12,9%	
F8 (Troubles du développement psychologique)				
Non	1 006	41 780	2,4%	<,0001
Oui	78	250	31,2%	
F90-98 (Troubles du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence)				
Non	1 061	41 598	2,6%	<,0001
Oui	23	432	5,3%	
F99 (Trouble mental sans précision)				<,0001

	Séjour 292 jours ou +	Total	%	Khiz
Non	1 058	40 820	2,6%	
Oui	26	1 210	2,1%	
Résidence				
Lens - Hénin	111	3 903	2,8%	<,0001
Autre zone de proximité	973	38 127	2,6%	
Score dépendance				
0 (indépendance)	80	11 867	0,7%	<,0001
1 (supervision)	179	14 106	1,3%	
2 (assistance)	351	8 016	4,4%	
3 (dépendance totale)	460	6 597	7,0%	
Zone de proximité de résidence				
Arrageois	70	2 955	2,4%	
Audomarois	41	1 905	2,2%	
Boulonnais	34	1 406	2,4%	
Béthune - Bruay	104	4 146	2,5%	
Calais	31	1 732	1,8%	
Cambrésis	40	1 529	2,6%	
Douais	49	1 937	2,5%	
Dunkerquois	40	2 565	1,6%	<,0001
Flandre intérieure	81	2 130	3,8%	
Lens - Hénin	111	3 903	2,8%	
Lille	179	6 835	2,6%	
Montreuillois	35	1 418	2,5%	
Roubaix-Tourcoing	140	4 161	3,4%	
Sambre-Avesnois	52	2 177	2,4%	
Valenciennois	59	3 117	1,9%	
VM		114		
Secteur de psychiatrie adulte**¹⁶				
Minimum	-	-	0,6%	
Secteur zone étude 1	16	900	1,8%	
Secteur zone étude 2	16	627	2,6%	
Secteur zone étude 3	18	409	4,4%	
Secteur zone étude 4	19	330	5,8%	
Secteur zone étude 5	26	364	7,1%	
Maximum	-	-	8,0%	
Statut établissement				
Centre hospitalier général ou universitaire	389	15 297	2,5%	
EPSM	633	19 261	3,3%	<,0001
Espic	35	2 162	1,6%	
Clinique privée	27	5 310	0,5%	
Au moins une hospitalisation contrainte***				
Non	884	39 750	2,2%	<,0001
Oui	200	2 280	8,8%	
Au moins un isolement thérapeutique***				
Non	597	32 228	1,9%	<,0001
Oui	487	9 802	5,0%	

Analyse multivariée

Comme précisé dans la partie consacrée aux méthodes statistiques (p 7), une régression multiniveaux (individuel, zone géographique, secteur de psychiatrie adulte et établissement) a permis de calcul des rapports de cotes (odds ratios, OR) des modalités des différentes variables introduites dans le modèle (cf. tableau 2) en vue de rechercher la confirmation ou non des variables dont le rôle a été mis en évidence dans l'analyse bivariable.

Les diagnostics de troubles mentaux sans précision (F99) et de difficultés psycho-socio-économiques (Z) ont été écartés car ils n'introduisaient pas de différence significative dans l'analyse bivariable ($p > 5\%$).

¹⁶ Les secteurs de la zone d'étude sont numérotés de 1 à 5 afin de ne pas permettre leur identification.

L'ancienneté du parcours en psychiatrie constitue la variable introduisant l'OR le plus élevé : par rapport à un patient ayant connu sa 1^{ère} hospitalisation dans l'année écoulée, ceux dont l'ancienneté est de 2 ans ont 26 fois plus de risque d'avoir connu un long séjour (intervalle de confiance à 95%, IC95% : 19,08 - 36,27. $p < 0,0001$), alors que ceux dont l'ancienneté est de 3 ans ou plus ont un OR supérieur à 999. Comme vu dans l'analyse bivariée (cf. Tableau 2, p 12), le taux d'hospitalisation longue des patients présents depuis longtemps dans le système de soins est beaucoup plus élevé que chez les patients plus récents.

Le risque de connaître un séjour long augmente avec le niveau de dépendance des patients ; par rapport aux personnes autonomes, celles qui sont en situation de dépendance totale présentent un OR de 2,91, ce qui représente un surrisque proche de 3 (IC95% : 1,94 - 4,37. $p < 0,0001$).

Les patients les plus jeunes sont, à l'inverse, protégés ; ils présentent 2 fois moins de risque de connaître un séjour long que les patients de 50 ans ou plus (OR=0,53. IC95% : 0,38 - 0,75. $p = 0,0003$). En termes de diagnostic, le risque associé à la schizophrénie, décrit dans l'analyse bivariée, est retrouvé (OR=1,69. IC95% : 1,30 - 2,20. $p < 0,0001$), mais le surrisque est plus fort encore (OR=2,56) pour les patients présentant un retard mental, par rapport à ceux qui ne présentent pas ce diagnostic (IC95% : 1,91 - 3,43. $p < 0,0001$). A l'inverse, les troubles de l'humeur (F3) et névrotiques (F4) sont significativement associés à des sous-risques d'hospitalisation longue (OR=0,40 et 0,55). L'augmentation du risque avec les hospitalisations contraintes et les mesures d'isolement thérapeutique, décrit dans l'analyse bivariée, est confirmée par l'analyse multiniveaux.

Tableau 3. Modèle multiniveaux d'explication de la variable « avoir connu une hospitalisation longue » dans la période 2011-2013.

Variable	Modalité	Référence	Odds ratios (OR)	Intervalle de confiance à 95%	P
Sexe	Hommes	Femmes	1,36	1,13 - 1,64	0,001
Age	16-29 ans	50 et +	0,48	0,36 - 0,64	<,0001
	30-39 ans		0,73	0,56 - 0,94	0,016
	40-49 ans		1,05	0,84 - 1,32	0,657
Ancienneté depuis l'entrée dans l'établissement*	3 ans et +	< 3 ans	109,82	81,6 - 147,79	<,0001
Score dépendance	Supervision	Indépendance	8,10	5,73 - 11,45	<,0001
	Assistance		4,95	3,55 - 6,91	<,0001
	Dépendance totale		1,91	1,35 - 2,71	<,001
Fo (Troubles mentaux organiques)	Oui	Non	1,99	1,44 - 2,77	<,0001
F1 (Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives)	Oui	Non	0,95	0,74 - 1,22	0,687
F2 (Schizophrénie...)	Oui	Non	2,90	2,36 - 3,58	<,0001
F3 (Troubles de l'humeur)	Oui	Non	0,39	0,3 - 0,51	<,0001
F4 (Troubles névrotiques...)	Oui	Non	0,47	0,35 - 0,64	<,0001
F5 (Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques)	Oui	Non	0,79	0,31 - 2,01	0,621
F6 (Troubles de la personnalité...)	Oui	Non	1,05	0,81 - 1,37	0,714
F7 (Retard mental)	Oui	Non	2,89	2,18 - 3,84	<,0001
F8 (Troubles du développement psychologique)	Oui	Non	2,96	1,64 - 5,34	<,001
F90-98 (Troubles du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence)	Oui	Non	0,83	0,37 - 1,86	0,642
Isolement thérapeutique**	Oui	Non	2,13	1,68 - 2,72	<,0001
Hospitalisation non libre***	Oui	Non	1,80	1,48 - 2,17	<,0001

Statut	CH	Espic	3,70	0,3 - 46,26	0,310
	EPSM		2,94	0,17 - 51,15	0,460
Densité lits temps complet en psychiatrie pour 100 000 habitants	0	3	0,72	0,12 - 4,35	0,723
	1		1,34	0,3 - 6,01	0,706
	2		1,58	0,38 - 6,51	0,530
Densité autres places à temps complet pour 100 000 habitants	0	3	0,55	0,14 - 2,06	0,372
	1		1,14	0,27 - 4,79	0,859
	2		0,68	0,16 - 2,81	0,589
Intensité de consultations en CMP pour 100 000 habitants	0	3	0,99	0,46 - 2,13	0,985
	1		1,35	0,66 - 2,74	0,409
	2		0,77	0,45 - 1,33	0,351
Intensité visites domicile pour 100 000 habitants	0	3	0,89	0,56 - 1,43	0,629
	1		0,87	0,55 - 1,36	0,538
	2		0,61	0,37 - 1	0,051
Intensité autres actes ambulatoires pour 100 000 habitants****	0	3	1,58	0,9 - 2,78	0,115
	1		2,06	1,18 - 3,6	0,011
	2		1,60	0,98 - 2,61	0,063
Niveau de défavorisation sociale	0	3	0,63	0,42 - 0,95	0,027
	1		0,72	0,52 - 1	0,047
	2		0,79	0,6 - 1,04	0,096
Niveau de défavorisation matérielle	0	3	0,96	0,69 - 1,35	0,823
	1		0,89	0,63 - 1,25	0,496
	2		0,69	0,5 - 0,95	0,025
Taille de l'unité urbaine (UU), en habitants	UU < 10 000	UU 100 000 ou +	0,54	0,35 - 0,82	0,004
	UU 10 000-49 999		0,58	0,33 - 1,01	0,055
	UU 50 000-99 999		1,05	0,7 - 1,55	0,825

*Durée = (Année du séjour – année du 1^{er} séjour connu) +1. **Calculs uniquement pour les patients hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie adulte. ***durant la période de l'étude (2011-2013). **** Entretien dans un lieu extérieur (sauf domicile), tel que établissement social, scolaire, pénitentiaire ...

* Durée = (Année du séjour – année du 1^{er} séjour connu) +1

1,69 Facteur significativement relié à une probabilité supérieure

0,40 Facteur significativement relié à une probabilité inférieure

La densité de lits à temps complet de psychiatrie n'est pas significativement reliée aux variations enregistrées en termes d'hospitalisation longue, pas plus que la densité en autres places à temps complet, l'intensité des actes ambulatoires en CMP ou à domicile ; les actes ambulatoires dans d'autres lieux (établissements sociaux, scolaires, pénitentiaires ...) introduisent une différence significative dans un cas : par rapport aux services les plus actifs dans ces lieux (valeur supérieure au 3^e quartile), les services ayant une faible activité (niveau 1) ont 2,06 fois plus de probabilité de connaître des patients longuement hospitalisés (OR=2,06).

L'effet protecteur de l'intensité ambulatoire (en CMP ou dans d'autres lieux) ne s'exprime que dans ce dernier cas, et pas dans les autres.

La défavorisation sociale (variable combinant les niveaux de solitude, monoparentalité et veuvage-divorce des zones géographiques PMSI) contribue à l'augmentation des taux d'hospitalisation longue, et ce, sous un mode linéaire ; la favorisation sociale est significativement reliée à de plus faibles taux d'hospitalisation longue (les OR sont d'autant plus petits que cette défavorisation est faible).

La défavorisation matérielle (variable combinant les niveaux de chômage, de revenus et d'absence de diplôme des zones géographiques PMSI) introduit un OR avec une valeur de p inférieure à 5% (pour les

zones de niveau 2 par rapport aux zones de niveau 3, soit la défavorisation matérielle la plus forte) ; on ne note pas la « corrélation » enregistrée avec la défavorisation sociale.

Enfin, les habitants des petites unités urbaines (comptant moins de 10 000 habitants) présentent un sous-risque très marqué par rapport aux personnes résidant les plus grandes agglomérations (100 000 habitants et plus) ; l'OR de 0,54 exprime cette « protection » des hospitalisations longues. Une « corrélation » imparfaite peut être notée entre taille de l'unité urbaine et taux d'hospitalisation longue, mais des valeurs du p supérieures à 5% ne permettent pas de conclure à un effet significatif dans le cas des unités urbaines de tailles intermédiaires.

Discussion

A la demande de l'Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais, une étude sur les facteurs prédictifs des séjours longs en psychiatrie a été menée à partir des bases issues du RimP pour les années 2011 à 2013, dans le cadre du programme coordonné d'actions *Parcours en psychiatrie dans la zone de Lens - Hénin*. L'étude porte sur 42 030 personnes distinctes de 16 ans ou plus, domiciliées dans le Nord - Pas-de-Calais, et hospitalisées à temps complet en service de psychiatrie en 2011-2013 dans un établissement de la région ; la grande taille et l'exhaustivité de l'échantillon (il n'existe *a priori* pas de séjour hospitalier sans saisie dans le RimP) constituent 2 points forts de l'étude. L'absence de point de vue sur l'indication de la poursuite du séjour, de données sociales individuelles (logement, insertion, emploi, famille ...) et d'information sur les alternatives à celle-ci (place en établissement médico-social) sont par contre des limites de la source. L'orientation autorisée vers un établissement de ce type par la Maison des personnes handicapées (MDPH) constitue dans plusieurs études françaises un critère de jugement d'une inadéquation de la poursuite du séjour en psychiatrie [1, 2, 3, 4].

Nous n'avons pas intégré les éléments d'offre médico-sociale dans notre modèle multiniveaux alors que la densité en logement adapté est susceptible de permettre la sortie de patients hospitalisés et stabilisés ; cette décision par défaut à une double origine. Il est difficile d'isoler, dans la capacité des établissements médico-sociaux d'hébergement, les places adaptées à des personnes présentant un handicap psychique (certains centres ont une vocation très différente), d'une part. Leur aire de recrutement n'obéit pas à l'organisation territoriale de la psychiatrie ; calculer une densité d'offre médico-sociale au secteur n'a pas de légitimité, son recrutement n'étant pas lié au lieu de résidence des personnes admises. L'étude de l'Irdes ne confirme que partiellement l'effet de l'offre médico-sociale dans la variabilité du taux d'hospitalisation au long cours ; en effet, c'est un indicateur imparfait (la densité d'adultes souffrant de troubles psychiques accueillis dans les structures médico-sociales) qui est employé dans le modèle multivarié construit dans cette étude. En plus de l'existence de places adaptées, il convient que de réelles coopérations entre les 2 champs, psychiatrique et médico-social, soient définies pour que des sorties d'hospitalisation vers des places médico-sociales soient effectives [7].

Nous avons par contre mobilisé des données écologiques, à l'échelon des zones géographiques PMSI (pour la taille des unités urbaines et le niveau de défavorisation, sociale et matérielle). Ont été également prises en compte des données d'intensité d'autres formes de séjours psychiatriques et d'actes ambulatoires pour 100 000 habitants, qui peuvent rendre compte d'une politique alternative aux hospitalisations à temps complet.

Chez 1 084 des personnes hospitalisées à temps complet (soit 2,6% de l'ensemble), au moins un séjour de 292 jours ou plus est décrit durant la période d'étude. Les journées correspondant à ces séjours longs représentent 22,5% du total des journées d'hospitalisation à temps complet. L'effectif de patients au long cours constitue 0,8% de la population prise en charge en psychiatrie, ambulatoire ou avec hospitalisation, dans le Nord - Pas-de-Calais en 2011 [14]. Cette proportion est identique à celle calculée par l'Irdes [7] ; le phénomène étudié est donc rare et pas plus fréquent en région qu'en France.

Parmi l'ensemble population hospitalisée en 2011-2013, 3 903 personnes résident dans la zone de proximité de Lens - Hénin, dont 2,8% (N=111) connaissent une hospitalisation longue, telle que définie plus haut, soit légèrement plus qu'en moyenne régionale ($p < 0,0001$). Les études analysées dans un document de la MnasM, le plus souvent menées par les agences de santé ou l'assurance-maladie, retrouvent des taux d'hospitalisation longue beaucoup plus élevés : de 13% en Ile-de-France en 2003 à 43% en Haute-Normandie en 2006, mais les définitions des cas varient ou ne sont pas explicites [1].

Peu nombreux, ces patients sont cependant à l'origine de 22,5% du total des journées d'hospitalisation à temps complet dans les services de psychiatrie, publique ou privée. Plus de la moitié sont âgés de

40 à 59 ans, soit une surreprésentation par rapport aux autres patients pris en charge dans ces services. Les diagnostics sont, pour la moitié des patients au long cours, la schizophrénie, pour 1 sur 5 le retard mental et pour 1 sur 10 les troubles de la personnalité. Nous avons établi que les diagnostics codés dans le RimP manquaient de fiabilité [14] ; si l'on fait abstraction de ce défaut, il est possible de suggérer une large surreprésentation des patients schizophrènes parmi les patients au long cours. Le taux que nous retrouvons est identique à celui calculé à partir de la même source, à niveau national pour l'année 2011 [6] ; il n'y aurait donc aucune différence régionale de ce point de vue. Il est identique aussi à celui que retrouve Gigantesco en Italie en 2009 [9], mais moins élevé que dans l'étude danoise de Kastrup en 1987, qui retrouve un diagnostic de schizophrénie chez moins d'un quart des patients au long cours et un diagnostic de psychose sénile et cérébrovasculaire chez un tiers d'entre eux [11]. Les écarts entre nos chiffres et ceux de cette dernière étude sont très probablement liés à une évolution majeure dans la politique d'hospitalisation en psychiatrie, même si les personnes présentant un retard mental continuent à constituer 1 patient au long cours sur 5.

Dans les secteurs de psychiatrie adulte de la zone d'étude, le taux d'hospitalisation au long cours est significativement plus élevé que dans les secteurs du reste de la région Nord - Pas-de-Calais, mais reste modéré (3,4%). Ils ont plus souvent un diagnostic de schizophrénie, ont moins souvent connu une hospitalisation contrainte, mais beaucoup plus souvent au moins une mesure d'isolement thérapeutique durant leur(s) séjour(s) en 2011-2013, les 2 premiers facteurs étant significativement liés à la variation des taux d'hospitalisation longue.

Dans notre étude, l'ancienneté depuis la 1^{ère} hospitalisation psychiatrique constitue la variable la plus puissamment associée à la hausse du taux de séjours longs ; Chapireau avait largement abordé l'influence de cette variable et évoqué plusieurs générations de patients au long cours [6]. Il y aurait d'anciens patients dont la présence est très ancienne et dont le retour en logement (ou service d'hébergement) est particulièrement compromis, et des patients plus récents, chez qui le risque de prolongement du séjour est mieux anticipé, par des démarches en direction des établissements médico-sociaux. Sous cette hypothèse, la quasi-disparition des patients au long cours en psychiatrie pourrait être prochainement observée.

Trois autres variables sont à l'origine de variations très significatives du phénomène étudié. La propension à hospitaliser longuement les patients en psychiatrie est corrélée avec leur niveau de dépendance, d'une part, à avoir connu une hospitalisation contrainte ou au moins une mesure d'isolement thérapeutique, d'autre part. Ce dernier événement n'est certes pas indépendant de la durée de séjour ; plus elle est élevée et plus le patient est susceptible d'être considéré comme nécessitant d'être confiné en chambre. Ces 3 variables individuelles peuvent contribuer à censurer un projet de sortie vers un établissement médico-social ou rendre difficile sa réalisation, si les responsables de la structure visée sont informés de la dépendance ou des troubles comportementaux du patient.

L'étude de Coldefy et Nestrigue a mis en évidence un effet d'offre ; dans leur travail, la densité en lits de psychiatrie à temps complet est significativement reliée –à l'échelle des 106 territoires de santé français- au taux d'hospitalisation au long cours [7] ; notre étude ne retrouve pas cet effet significatif, même si, par rapport aux secteurs de la région connaissant les plus fortes densités en lits de ce type, les autres connaissent toujours un OR inférieur à 1 (mais des valeurs du p supérieures à 5% ne permettent pas de conclure). Les autres variables relatives à l'offre (densité en autres places à temps complet et intensité des actes ambulatoires par habitant) ne contribuent que très peu à la variation des taux observés ; les secteurs qui présentent une valeur d'intensité de visites à domicile compris entre 2^e et 3^e décile ont des patients connaissant moins souvent une hospitalisation longue que les secteurs qui ont l'activité à domicile la plus élevée. Il est possible que le travail à domicile des équipes de CMP concerne un autre public que les patients susceptibles de connaître de longues hospitalisations (ce qui n'exclut pas le rôle préventif de ce type d'intervention chez des patients plus « légers »). Par contre, l'analyse bivariable fait ressortir une variation de 1 à 13 des taux d'hospitalisation longue selon les secteurs, et de 1 à 5 selon le statut de l'établissement. Plus dotés en lits que les hôpitaux généraux de par leur histoire, les EPSM connaissent les taux les plus élevés, tandis que les cliniques privées – par une sélection de leur clientèle et des pratiques différentes- connaissent les niveaux les plus faibles.

Nous établissons un effet de la défavorisation sociale et de la taille des unités urbaines de résidence sur la variation du taux d'hospitalisation au long cours, pas toujours linéaire cependant. Les patients vivant dans des entités de moins de 10 000 habitants sont largement protégés par rapport aux habitants des grandes agglomérations, de même que le sont ceux qui résident dans des zones connaissant de

faibles taux de solitude, monoparentalité et veuvage-divorce (combinés dans l'indice de défavorisation sociale). Tout se passe comme si des solidarités naturelles jouaient dans ces secteurs, plus enclins à accepter les personnes malades que les secteurs plus urbanisés, dont les habitants sollicitent d'avantage les réponses institutionnelles.

Conclusion

Nous avons recherché, dans les variables documentées dans le RimP, dans des variables écologiques disponibles à l'échelon des lieux de résidence et des variables relatives à l'offre de soins psychiatriques, à décrire la population hospitalisée au long cours et les facteurs significativement liés à la variabilité des taux d'hospitalisation de 292 jours et plus en service de psychiatrie, dans la zone de Lens – Hénin et dans l'ensemble de la région Nord - Pas-de-Calais. Les variables individuelles les plus explicatives sont l'ancienneté du parcours psychiatrique, la dépendance, les diagnostics de retard mental, de schizophrénie, une hospitalisation contrainte et une mesure d'isolement thérapeutique. Si les variations selon le secteur de psychiatrie ou le type d'établissement sont très élevées, la densité en lits d'hospitalisation ou l'intensité de l'activité ambulatoire des services ne semblent pas influentes. Nous avons par contre montré que les habitants d'unités urbaines de petite taille et de secteurs connaissant peu de défavorisation sociale étaient relativement protégés. Les 5 secteurs de la zone d'étude connaissent proportionnellement plus d'hospitalisations au long cours que les autres secteurs de la région, et des taux du phénomène étudié qui varient de 1,8 à 7,1%. L'amélioration des coopérations, au cœur du programme dans lequel cette étude a été demandée, devrait contribuer à accélérer la baisse de l'hospitalisation psychiatrique au long cours, mais elle ne sera probablement jamais nulle.

« On se rend compte qu'à un temps t, si on mesure le nombre de personnes qui seront encore là 1 an ou 18 mois après, on se retrouve avec un pool de gens relativement fixe, de l'ordre de 3 à 4 personnes par secteur. Ce sont des personnes extrêmement hétérogènes ; pour certaines, leur situation est liée à des problèmes socio-économiques, d'autres ont des pathologies extrêmement graves, d'autres lourdes (qu'on ne peut pas gérer et qu'on ne peut pas sortir) ... Il y a un éventail de problèmes. C'est l'évolution de ce chiffre qui est intéressante à étudier, au fur et à mesure que les moyens de soins s'ouvrent vers l'extérieur ou se diversifient ; [à partir d'une étude menée dans mon service] j'avais eu l'impression que c'était un chiffre incompressible, quoi qu'on fasse. Il y avait toujours des gens pour lesquels on était désarmé pendant longtemps, quels que soient les appartements thérapeutiques, les appartements associatifs ... On arrive à réduire les durées de séjour, à sortir des gens de l'hôpital (on n'est plus en 1960), mais il y a toujours une série de soucis ».

Psychiatre interviewé

Annexes

Sigles et acronymes employés

Anap | Agence nationale d'appui à la performance
Ahnac | Association hospitalière Nord Artois cliniques
APEI | Association de parents et amis de personnes handicapées mentales
ARS | Agence régionale de santé
Atih | Agence technique de l'information hospitalière
AVQ | Activités de la vie quotidienne
CHG | Centre hospitalier général
CHRU | Centre hospitalier régional universitaire
Cim-10 | Classification internationale des maladies, 10^e révision
CMP | Centre médico-psychologique
Creai | Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
Crehpsy | Centre de ressources sur le handicap psychique
DP | Diagnostic principal
Drees | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPSM | Etablissement public de santé mentale
ESMS | Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
Espic | Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
IC | Intervalle de confiance
OR | Odds ratio
ORS | Observatoire régional de la santé
PMSI | Programme médicalisé des systèmes d'information
RAA | Résumé d'activité ambulatoire
RimP | Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
SAE | Statistique annuelle des établissements de santé
PMSI | Programme médicalisé des systèmes d'information
UU | Unité urbaine
VADS | Voies aéro-digestives supérieures

Liste, construction et source des indicateurs utilisés dans les analyses statistiques.

Niveau de disponibilité	N°	Variable	Définition	Modalités	Source	Année
Individu (N= 42 030)	1	Sexe	-	Hommes/Femmes	RimP	1 ^e séjour 2011-2013
	2	Age	Age (en classes) lors de la 1 ^{ère} hospitalisation en 2011-2013	16-19 / 20-29 / 30-39 / 40-49 / 50-59 / 60-69 / 70-79 / 80 et +	RimP	1 ^e séjour 2011-2013
	3	Ancienneté	Durée depuis la 1 ^{ère} hospitalisation connue du patient	1/2/3/4/5-9/10 et +	RimP	2011-2013
	4	Score de dépendance	Construit à partir des variables d'autonomie dans 6 domaines de la vie quotidienne : habillage, toilette, locomotion, alimentation, continence	Indépendance/ Supervision/Assistance/ Dépendance totale	RimP	1 ^e séjour 2011-2013
	5-15	Diagnostics en F (Fo -F99)	Variables binaires de diagnostics, construites à partir des 2 ou 3 premiers caractères des codes Cim-10 (Fo = « Oui », si au moins un diagnostic Fo codé en diagnostic principal ou associé (de Fo à F99)	Oui/Non	RimP	2011-2013
	16	Isolement thérapeutique	Avoir connu au moins un isolement thérapeutique en 2011-2013	Oui/Non	RimP	2011-2013
	17	Hospitalisation non-libre	Avoir connu au moins une hospitalisation contrainte en 2011-2013	Oui/Non	RimP	2011-2013
	18	Difficultés socio-économiques	Au moins un code Z55-Z65 de la Cim10 codé en diagnostic principal ou associé en 2011-2013	Oui/Non	RimP	2011-2013
	19	Zone de proximité de résidence	Zone géographique de résidence du patient au 1 ^{er} séjour en 2011-2013	Arrageois/ Audomarois/ Boulonnais/ Béthune-Bruay/ Calaisis/ Cambrésis/ Douaisis/ Dunkerquois/ Flandre intérieure/ Lens – Hénin/ Lille/ Montreuillois/ Roubaix-Tourcoing/Sambre-Avesnois/Valenciennois	RimP	1 ^e séjour 2011-2013
Etablissement (N=21) ¹⁷	20	Statut de l'établissement	-	CH/EPSPM/Espic/Privé	RimP	2013
	21	Intensité lits TC pour 100 000 habitants	(Nombre de lits TC / population 15 ans et plus) * 100 000	0/1/2/3*	SAE	2012
	22	Intensité autres lits/places à temps complet ¹⁸ pour 100 000 habitants	(Nombre de lits/places à TC hors hospitalisation TC / population 15 ans et plus) * 100 000	0/1/2/3*	SAE	2012

¹⁷ Un établissement n'ayant pas documenté son activité psychiatrique ambulatoire, il n'a pas pu être pris en compte dans le modèle de régression.

¹⁸ Places en appartement thérapeutique, en placement familial, centre de postcure, centre de crise et d'urgence et hospitalisations à domicile.

Niveau de disponibilité	N°	Variable	Définition	Modalités	Source	Année
CodePMSI de résidence (N=288) ¹⁹	23	Taille de l'unité urbaine de résidence	Nombre d'habitants de l'unité urbaine	< 10 000/ 10 000-49 999/ 50 000-99 999 / 100 000 ou +	Inséré	2011
	24	Défavorisation matérielle	Un score de défavorisation matérielle a été calculé à partir du niveau de chômage, de revenu fiscal médian par unité de consommation et de population sans diplôme, ensuite classé de 0 à 3 selon le quartile.	0/1/2/3*	Inséré	2011
	25	Défavorisation sociale	Un score de défavorisation sociale a été calculé à partir du niveau de monoparentalité dans les ménages, de veuvage-divorce et de solitude, ensuite classé de 0 à 3 selon le quartile.	0/1/2/3*	Inséré	2011
Secteur de psychiatrie adulte de prise en charge (N=60) ²⁰	26	Intensité actes CMP pour 100 000 habitants	(Nombre actes ambulatoires en CMP/ population 15 ans et plus) * 100 000	0/1/2/3*	RimP	2011
	27	Intensité visites à domicile pour 100 000 habitants	(Nombre actes ambulatoires à domicile population 15 ans et plus) * 100 000	0/1/2/3*	RimP	2011
	28	Intensité autres actes extérieurs pour 100 000 habitants	(Nombre actes ambulatoires hors CMP et domicile population 15 ans et plus) * 100 000	0/1/2/3*	RimP	2011

* Les valeurs ont été regroupées en quatre classes selon les quartiles (0 – pour les valeurs inférieures au 1^{er} quartile, 1 pour les valeurs comprises entre le 1^{er} quartile et le 2^e, ...)

¹⁹ Le code PMSI correspond au code postal, à l'exception des grandes communes où un seul code est attribué.

²⁰ 2 secteurs n'ayant pas documenté leur activité psychiatrique ambulatoire, n'ont pas pu être pris en compte dans le modèle de régression.

Bibliographie

1. Acef S., Barres M., Isserlis C., Juhan P., Kannas S., Rivet S., Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie ? Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement, Mission nationale d'appui en santé mentale, 2011, 67 p.
2. Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais, Etude sur les situations d'hospitalisation par défaut en psychiatrie, 2010.
3. Barreyre J.-Y., Makdessi-Raynaud Y., Peintre C., Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Ile-de-France, Arhif, Ancreai-Cedias, décembre 2003.
<http://www.cedias.org/dossier/patients-sejournant-long-cours-dans-services-psychiatrie-adulte-ile-france-1>
4. Brun-Rousseau H., 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; 2007, 183-91.
https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14267/1/sante_mentale_2007.pdf
5. Chapireau F., Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique, Études et résultats, 2004, avril, n° 304.
<http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hiddif/HTML/er304-2.pdf>
6. Chapireau F., Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie : résultats d'une enquête nationale sur un échantillon représentatif (1988-2000), Encéphale, 2005 Jul-Aug;31(4 Pt 1):466-76.
7. Coldefy M., Nestrigue C., L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale, Irdes, Questions d'économie de la santé, octobre 2014, n°202.
<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>
8. Duhamel B., 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, 2007.
9. Gigantesco A., de Girolamo G., Santone G., Miglio R., Picardi A., PROGRES-Acute group. Long-stay in short-stay inpatient facilities: risk factors and barriers to discharge, BMC Public Health, 2009, 22;9:306.
10. Joubert F., Contribution des Dim à l'analyse des parcours des patients en psychiatrie : exemple des patients au long cours, comparaison entre établissements, 3e journées nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie, 18 septembre 2014.
11. Kastrup M., Prediction and profile of the long-stay population. A nation-wide cohort of first time admitted patients, Acta Psychiatr Scand. 1987 Jul;76(1):71-9.
12. Ministère des affaires sociales et de la santé, Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie, Bulletin officiel n°2014/4 bis, juin 2014.
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2014/sts_20140004_0001_p000.pdf
13. Pampalon R., Hamel D., Gamache P., Simpson A., Philibert. M.D., Valider un indice de défavorisation en santé publique. Un exercice complexe, illustré par l'indice québécois. Maladies Chroniques et Blessures au Canada, 2014, 34(1) : 14-25.
14. Plancke L., Amariei A., Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge de leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais ?, PsyBrèves, février 2014, n°4.
http://www.santementales5962.com/IMG/pdf/psybreves-4_fev2014_rimp.pdf
15. Poirier G., Lacoste O., Diagnostic statistique des Projets Locaux de Prévention (zone de proximité de Lens - Hénin), Observatoire régional de la santé Nord - Pas-de-Calais, juin 2012.
http://www.orsnpsc.org/donnees-territoire/282289_1plslensh.pdf
16. Schabenberger O., Introducing to Glimmix procedure for generalized linear mixed models, SAS Institute Inc., Cary, NC
<http://www2.sas.com/proceedings/sugi30/196-30.pdf>

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du groupe de travail sur les hospitalisations longues inadaptées mis en place dans le cadre du programme pour l'amélioration des parcours en psychiatrie et santé mentale dans la zone de proximité de Lens – Hénin, ainsi que les Docteurs Martin Busch, Jacques Louvrier et Bruno Parmentier pour leurs conseils avisés.

Citation recommandée

Plancke L., Amariei A., *Les hospitalisations psychiatriques de longue durée dans la zone de Lens – Hénin-Beaumont*, Lille, F2RSM, août 2015, 23 p.

Les hospitalisations psychiatriques de longue durée constituent une situation persistante, même si elles sont considérablement moins nombreuses qu'avant les années 1960. A partir du Recueil médicalisé d'informations en psychiatrie (RimP), les séjours à temps complet de 292 jours et plus ont été étudiés dans le Nord - Pas-de-Calais, avec un focus sur la situation de la zone de proximité de Lens - Hénin-Beaumont durant les années 2011-2013.

Ils concernent 2,6% de la population hospitalisée à temps complet en psychiatrie, et représentent 22,5% des journées enregistrées dans la région et la période d'étude.

Les analyses statistiques font apparaître de nombreuses variations significatives de ces taux : certaines sont liées à la situation du patient (présenter des troubles du développement psychologique, des troubles psychotiques ...), alors que d'autres relèvent plus de l'organisation des soins ou des caractéristiques du lieu de résidence (taille de la commune, défavorisation ...)

L'étude suggère également l'existence d'une ancienne génération de patients, très désocialisés, et de patients entrés récemment à l'hôpital pour lesquels va être très rapidement recherchée un retour à domicile ou une place en établissement médico-social.

Elle a été réalisée dans le cadre du programme Parcours en psychiatrie et santé mentale sur la zone de proximité de Lens - Hénin-Beaumont piloté par l'Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais, en collaboration avec le Conseil départemental du Pas-de-Calais et avec le soutien de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap).



Fédération
Régionale
de Recherche en Santé Mentale

Nord - Pas-de-Calais
Picardie

Avec le soutien de



Agence Régionale de Santé
Nord - Pas-de-Calais
Picardie

3, rue Malpart - 59000 Lille - T : 03 20 44 10 34 - M : contact.f2rsm@santementale5962.com
www.santementale5962.com