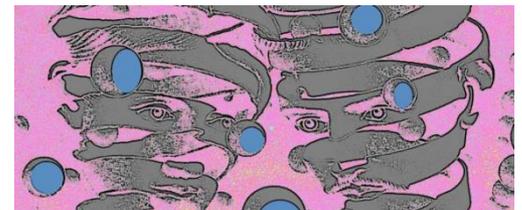




LA RÉHOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE : UNE NON GUÉRISON ?

Laurent Plancke, Alina Amariei, Clara Flament, Chloé Dumesnil
Colloque *Guérir, se rétablir, aller mieux*
Villeneuve d'Ascq, 9 janvier 2015



PLAN

- La réhospitalisation dans la littérature
- Méthodes
 - Analyse du RimP
- Résultats
 - La population hospitalisée
 - Les facteurs liés aux réhospitalisations
 - Analyse bi-variée
 - Modélisation
- Discussion

- L'hospitalisation constitue la figure dominante de la prise en charge psychiatrique
- Avant la 2^{nde} guerre mondiale, en France
 - durée longue, voire à vie
- Elle s'écourte rapidement
 - mise en place d'une approche communautaire sectorisée
 - 1960
 - recherche d'alternatives à l'hospitalisation
 - Prévention de la désocialisation

- La réhospitalisation : critère très fréquent dans les études évaluatives
 - Aggravation
 - Rechute
 - Décompensation

- Efficacité des molécules employées, dans le traitement
 - des schizophrènes le plus souvent,
 - mais également des dépressifs ou anorexiques.
 - Les antipsychotiques de nouvelle génération > antipsychotiques classiques
 - (Herceg et al., 2008; Kane, 2006; Mojtabai, Lavelle, Gibson, & Bromet, 2003).
 - Les antipsychotiques à demi-vie longue semblent également plus favorables à cet égard
 - (Ju et al., 2014; Lafeuille et al., 2013; Nasrallah, 2007; Schooler, 2003)
 - Le niveau de réhospitalisation baisse après administration de clozapine dans 6 études
 - (Ahn et al., 2005; Castro & Elkis, 2007; Chang, Ha, Young Lee, Sik Kim, & Min Ahn, 2006; Conley, Kelly, Love, & McMahan, 2003; Kim, Kim, & Marder, 2008; Meltzer, Bobo, Lee, Cola, & Jayathilake, 2010)

- La compliance au traitement
 - dans 5 études chez des schizophrènes, la non-compliance médicamenteuse est un facteur significativement relié à un niveau plus élevé de réhospitalisation
(Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002; Leucht & Heres, 2006; Llorca, 2008; Maples et al., 2012; Markowitz, Karve, Panish, Candrilli, & Alphas, 2013; Masand & Narasimhan, 2006).
- Autre type de traitement, l'électrothérapie est utilisée, chez des patients schizophrènes
 - (Flamarique et al., 2012; Goswami, Kumar, & Singh, 2003; Swoboda, Conca, Konig, Waanders, & Hansen, 2001; Uçok & Cakir, 2006) ou dépressifs (Nordenskjold, von Knorring, & Engstrom, 2011; Swoboda et al., 2001). Dans cette dernière étude, il n'y a pas de différence significative de taux de réhospitalisation après traitement par rapport à avant (43% à 6 mois et 58% à 2 ans).

- Évaluation des effets des
 - psychothérapies,
 - thérapies familiales ou psychoéducatives,
 - associées ou non à des chimiothérapies, chez des patients schizophrènes

(Bauml, Pitschel-Walz, Volz, Engel, & Kessling, 2007; Cassidy, Hill, & O'Callaghan, 2001; Feldmann, Hornung, Prein, Buchkremer, & Arolt, 2002; Huxley, Parikh, & Baldessarini, 2000; Karniel-Lauer et al., 2000; Pitschel-Walz et al., 2006; Rummel-Kluge & Kissling, 2008; Valencia, Rascon, Juarez, & Murow, 2007; Vickar, North, Downs, & Marshall, 2009),

- Changements d'organisation dans le système de soin
 - les effets de la fermeture de lits de psychiatrie
 - en Israël, taux moins élevés après qu'avant (Haver, Baruch, & Kotler, 2003)
 - dans les régions qui ont été concernées par ces fermetures par rapport à celles qui n'en ont pas connu (Grinshpoon, Zilber, Lerner, & Ponizovsky, 2006)
 - Evoque un effet d'offre sur le recours à ce type de prise en charge.
- Mode légal de prise en charge
 - à New York,
 - 51% dans un groupe en obligation de soins
 - 42% dans le groupe de patients librement hospitalisés
 - sans différence statistiquement significative cependant (Steadman et al., 2001)
 - patients israéliens hospitalisés sous contrainte avant et après un amendement introduisant le bénéfice d'un représentant légal
 - sans différence statistiquement significative non plus (Maoz & Kriger, 2011).
 - chez des patients psychiatriques australiens en hospitalisation contrainte,
 - ceux ayant choisi leur avocat -chez qui on enregistre une meilleure compliance - connaissent un taux de réhospitalisation 2 fois plus faible que ceux ayant un avocat commis d'office (Rosenman, Korten & Newman, 2000).

- Patients présentant une addiction

- comorbidité psychiatrique : facteur de risque de réhospitalisation

(Erfan, Hashim, Shaheen, & Sabry, 2010; Irmiter et al., 2009; Just & Oglodek, 2013).

- Une comorbidité psychiatrique chez des patients atteints de pathologies somatiques

- facteur pronostique défavorable, chez des patients cardiaques

(Beach et al., 2013; Freedland, Carney, & Rich, 2011; Reese et al., 2011; Strik, Denollet, Lousberg, & Honig, 2003), diabétiques (Chwastiak et al., 2014)

- Les soins intensifs communautaires
 - semblent également efficaces pour faire baisser le taux de réhospitalisation de patients schizophrènes
(Dahlan, Midin, Sidi, & Maniam, 2013; Sharifi et al., 2012)
 - mais pas chez des personnes âgées traités de cette manière
(St Dennis, Hendryx, Henriksen, Setter, & Singer, 2006).

- Autre paradigme

- Chez des patients présentant une addiction, Farren montre l'intérêt de les réhospitaliser dans les trois mois suivant leur sortie de premier séjour dans la prévention de la rechute alcoolique à six mois

(Farren & McElroy, 2010)

- La réhospitalisation programmée : aussi abordée du point de vue de son intérêt thérapeutique
 - et non comme un indicateur de décompensation.

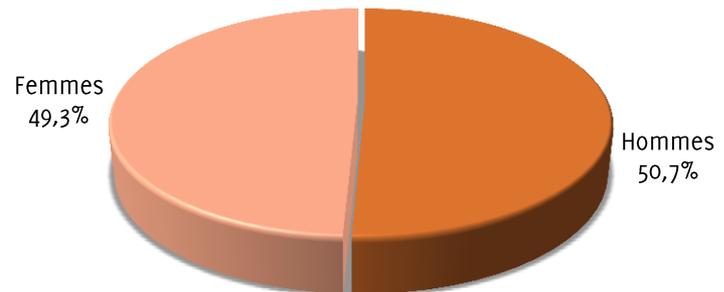
SOURCE DE LA DONNÉE ET MÉTHODES

- Le Recueil d'information médicale en psychiatrie (RimP)
 - Séjours
 - Actes ambulatoires
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)
- Établissements
 - Publics
 - spécialisés (Etablissements publics de santé mentale, EPSM - N=5)
 - généraux (centres hospitaliers, CH, CHRU - N=16)
 - Privés
 - Lucratifs (cliniques - N=7)
 - Non lucratifs (Établissement de santé privé d'intérêt collectif, Espic - N=7)
- À partir de la base des séjours à temps complet 2011-2012 (N=110 814)
 - Construction d'une base à l'individu (N=32 056)
 - Exclusion des personnes uniquement diagnostiquées
 - F0 (démence)
 - F7 (retard mental)
 - Caractéristiques individuelles (âge, sexe, diagnostics codés, niveau d'autonomie ...)
 - Caractéristiques des séjours (lieu, nombre, durée, mode légal ...)
- Calculs des taux de réhospitalisation
 - À différents termes
 - Analyse bivariée (courbes de survie de Kaplan-Meyer)
 - Régression par modèle de risques proportionnels (hazard ratios) de Cox (« toutes choses étant égales par ailleurs »)

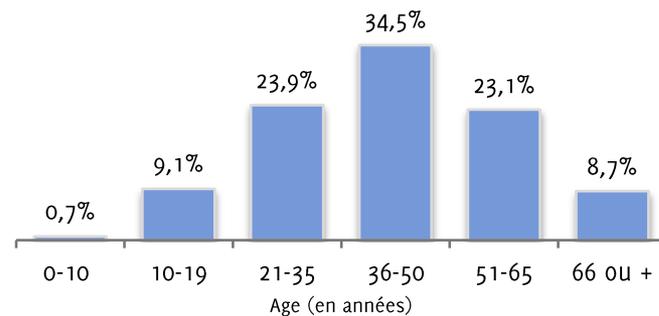
QUI SONT LES PERSONNES HOSPITALISÉES ?

- Une modalité rare
 - 78% des usagers de la psychiatrie institutionnelle : uniquement en ambulatoire
 - 8% : séjours uniquement
 - 14% : ambulatoire + séjour
- ... et pourtant majeure dans la représentation de la psychiatrie
- Environ 20 000 personnes par an
 - 0,5% de la population régional (1 / 200)
- Un peu plus d'hommes que de femmes
- 1/3 entre 36 et 50 ans
- 6% de mineurs

Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie.
Distribution par **sexe**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2012. N=32 056.



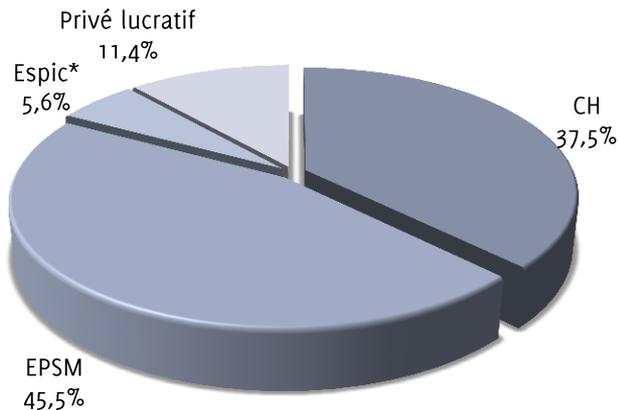
Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie. Distribution par **classe d'âge**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2012. N=32 056.



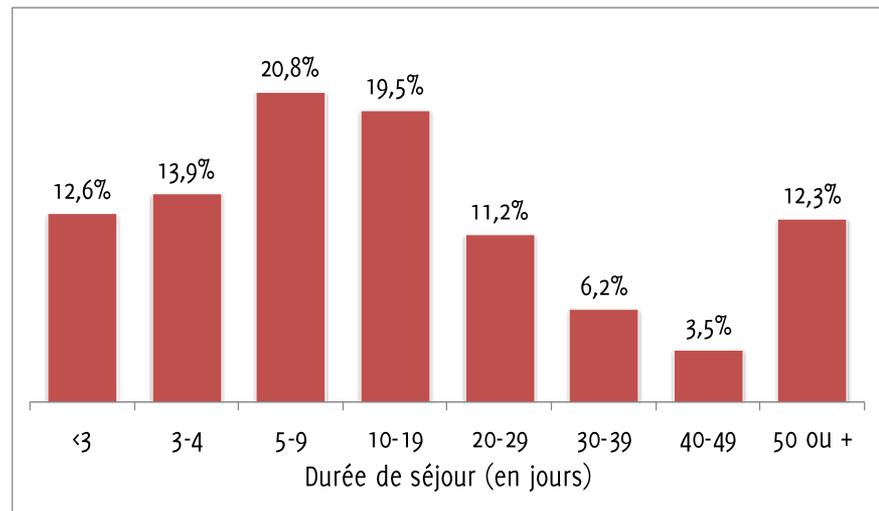
MODALITÉS D'HOSPITALISATION

- Surtout dans le service public
 - Grande variabilité de la durée
 - 28 ± 57 jours
 - 2/5 5-20 jours

Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie. Distribution par **type d'établissement**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=32 056.



Les séjours hospitaliers à temps complet en psychiatrie. Distribution selon leur **durée**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=113 575.

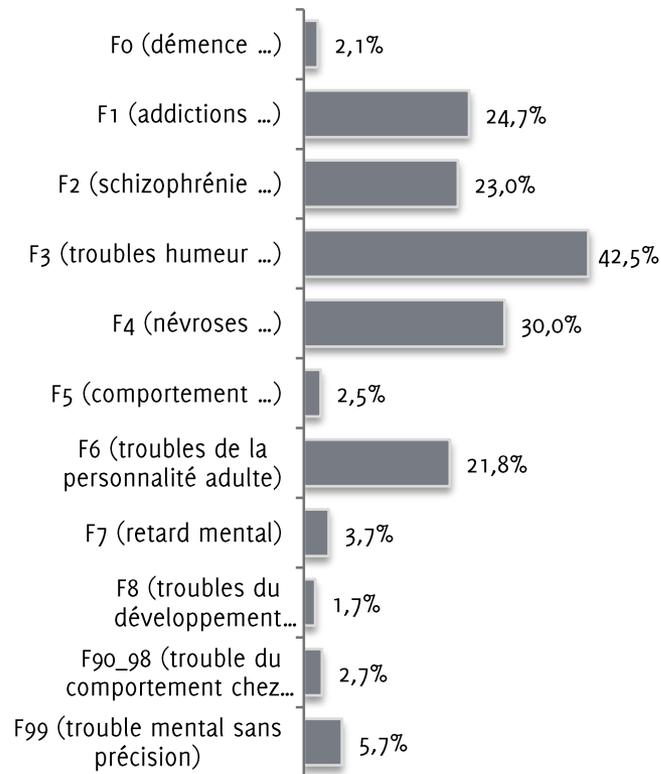


MODALITÉS D'HOSPITALISATION

- Hospitalisation non libre
 - lors du 1^{er} séjour : 14,3%
 - Au moins une en 2011-2012 : 21,6%

DES DIAGNOSTICS NOMBREUX ET NON FIABLES

Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie.
Distribution selon leurs diagnostics. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013.
N=32 056. NB : plusieurs diagnostics possibles.

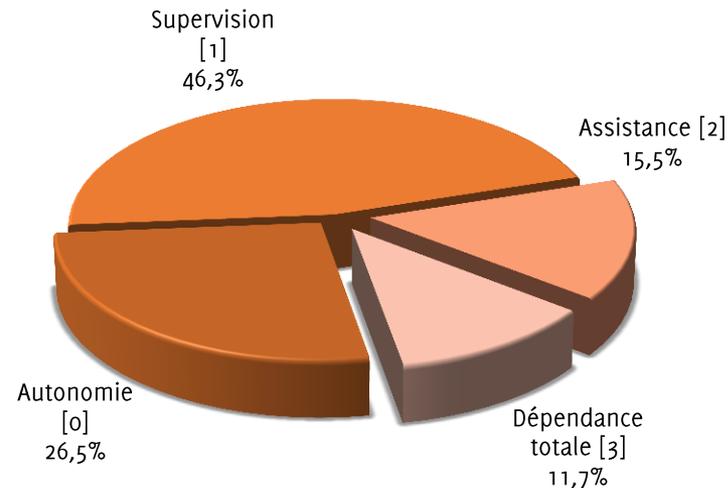


- Grande variation interservices
- Variations : codage + que phénomène

Rappel : exclusion des personnes uniquement diagnostiquées F0 (démence) ou F7 (retard mental)

- Une autonomie souvent limitée
 - 1/4 autonomie complète

*Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie.
Distribution selon le niveau d'autonomie/dépendance.
Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=32 056.*

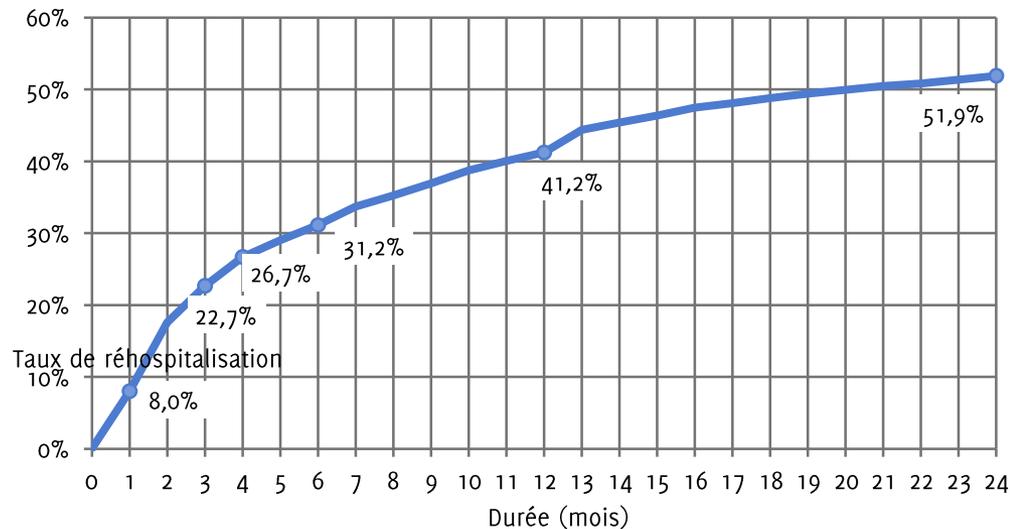


- Capacité (0/1)
 - Habillage
 - Déplacement
 - Locomotion
 - Alimentation
 - Continence
 - Comportement
 - Relation
- Somme et regroupement en 4 classes

LES RÉHOSPITALISATIONS

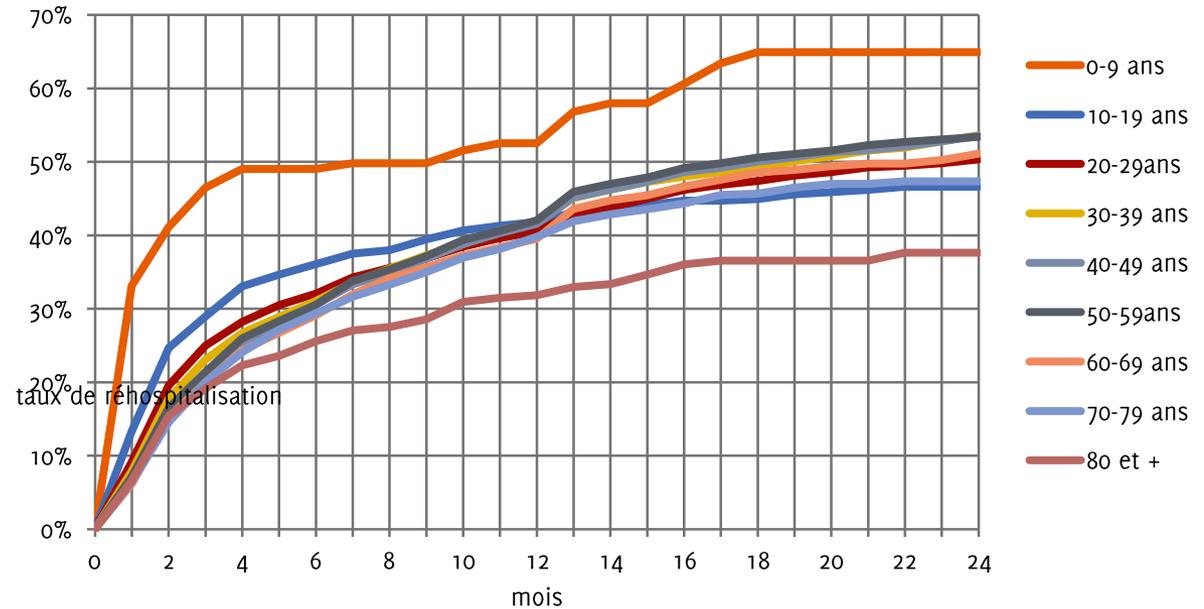
- Des fréquences élevées
 - 1/5 à 3 mois
 - 4/10 à 12 mois
 - 1/2 à 20 mois

*Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie. Taux de réhospitalisation selon le **nombre de mois écoulés après un séjour index**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=32 056.*



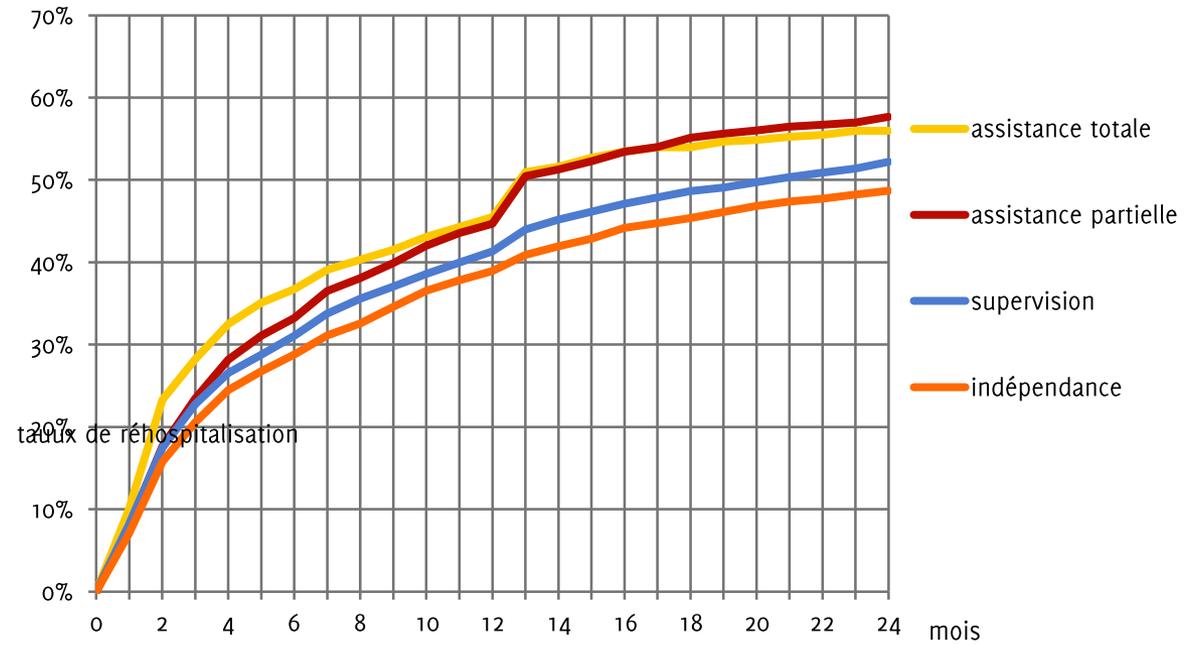
ANALYSE BI-VARIÉE. AGE

Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie. Taux de réhospitalisation selon le nombre de mois écoulés après un séjour index et par **classe d'âge**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=32 056.



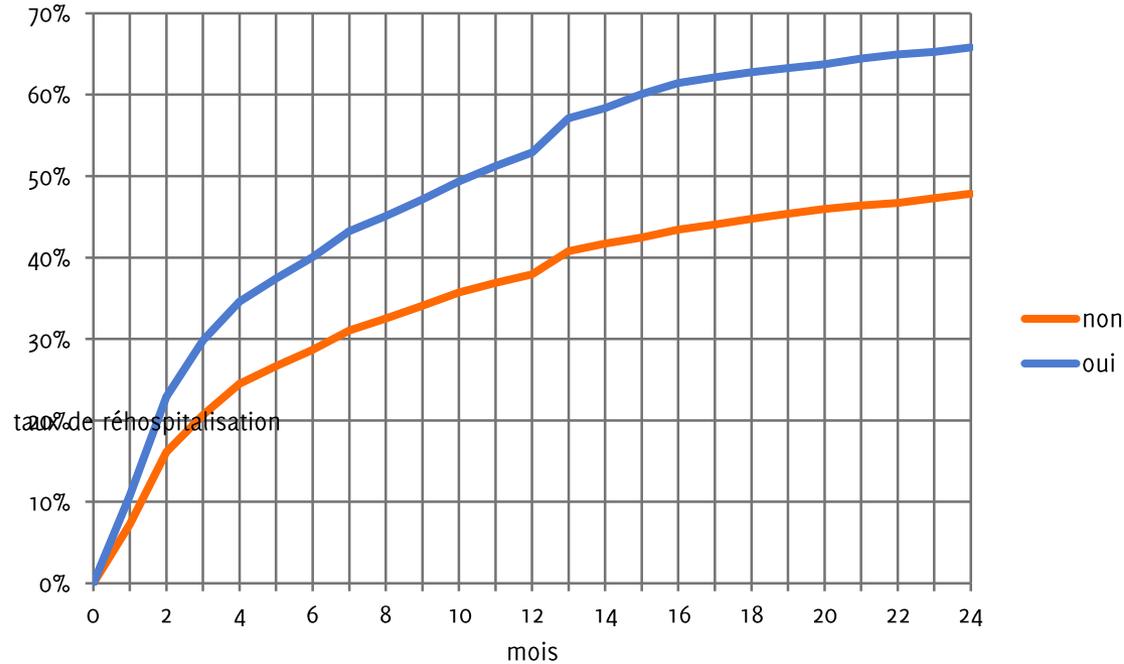
ANALYSE BI-VARIÉE. AUTONOMIE

Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie. Taux de réhospitalisation selon le nombre de mois écoulés après un séjour index et le **niveau d'autonomie/dépendance**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=32 056.



ANALYSE BI-VARIÉE. HOSPITALISATION NON LIBRE

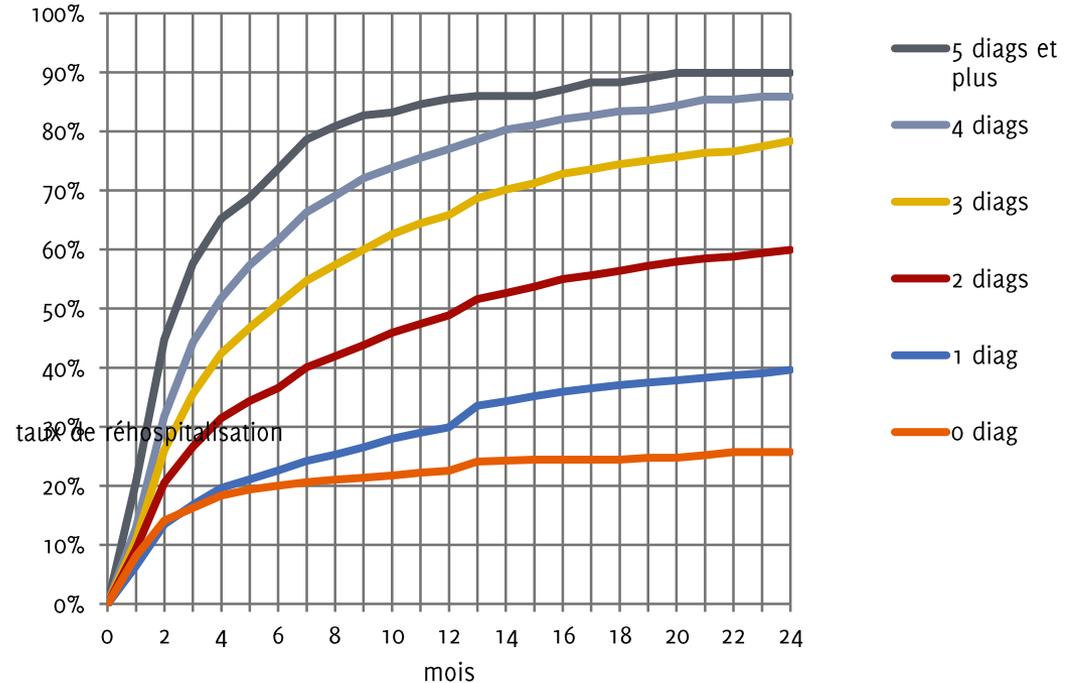
Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie. Taux de réhospitalisation selon le nombre de mois écoulés après un séjour index et avoir connu une **hospitalisation non libre**. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=32 056.



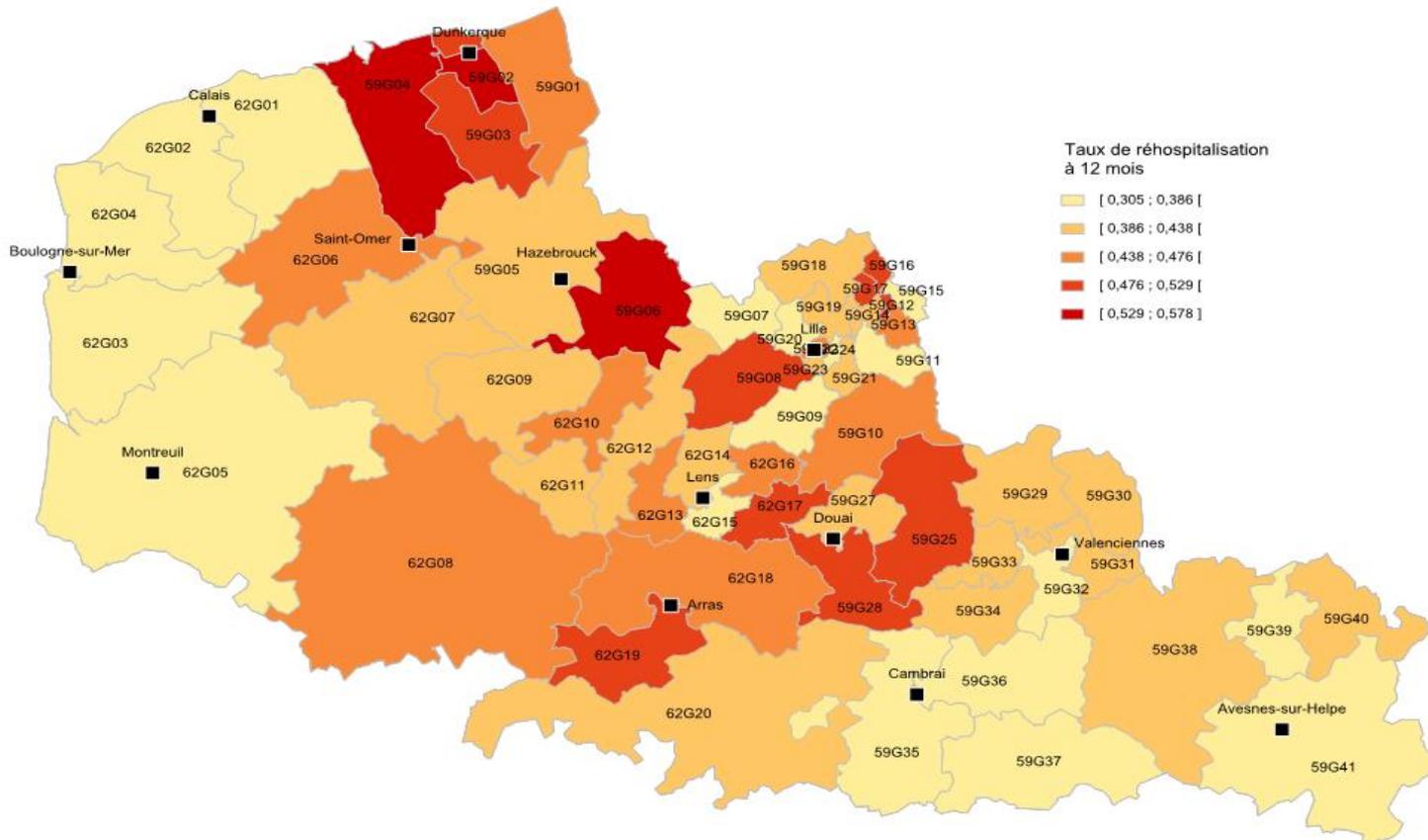
ANALYSE BI-VARIÉE. NOMBRE DE DIAGNOSTICS CODÉS

- Chaque diagnostic posé est un facteur augmentant la probabilité de réhospitalisation
- Ex. à 12 mois
 - F0 (démence)
 - 54,6% vs 40,9%
 - F2 (schizophrénie)
 - 54,4% vs 37,7%
 - F3 (troubles humeur)
 - 46,6% vs 37,2%
- Progression proportionnelle à leur nombre

Les personnes hospitalisées à temps complet en psychiatrie. Taux de réhospitalisation selon le nombre de mois écoulés après un séjour index et le nombre de diagnostics codés. Nord - Pas-de-Calais. 2011-2013. N=32 056.



Taux de réhospitalisation à 12 mois selon le secteur (dans les services sectorisés)



ANALYSE MULTI-VARIÉE (MODÈLE DE COX)

Modèle de risques proportionnels d'être réhospitalisé. NORD - PAS-DE-CALAIS. 2011-2013. N=32 056.

Paramètre	Modalité	Référence	Hazard Ratio	95% HR		P > Khi-2
Sexe	Femmes	Hommes	0,98	0,948	1,024	0,4474
Age	21-35 ans	Plus de 65 ans	1,08	0,998	1,165	0,0558
	36-45 ans		1,11	1,029	1,191	0,0067
	46-65 ans		1,14	1,055	1,225	0,0008
F0	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,48	1,339	1,632	<,0001
F1	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,43	1,371	1,491	<,0001
F2	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	2,08	1,995	2,179	<,0001
F3	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,75	1,677	1,818	<,0001
F4	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,47	1,413	1,530	<,0001
F5	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,31	1,164	1,466	<,0001
F6	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,63	1,561	1,698	<,0001
F7	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,47	1,354	1,604	<,0001
F8	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,47	1,246	1,731	<,0001
F99	Présence de diagnostic	Absence de diagnostic	1,41	1,306	1,527	<,0001
Niveau de dépendance	Supervision	Autonomie	0,99	0,950	1,043	0,8440
	Assistance partielle		1,12	1,056	1,189	0,0002
	Dépendance totale		1,23	1,150	1,308	<,0001
Type d'établissement	EPSM	Hospitalier général	1,22	1,168	1,269	<,0001
	Privé non lucratif		1,56	1,447	1,690	<,0001
	Privé lucratif		0,87	0,812	0,930	<,0001
Hospitalisation contrainte*	Oui	Non	1,49	1,424	1,551	<,0001

DISCUSSION ET CONCLUSION. MÉTHODOLOGIE

- Intérêt de la source
 - Importance de suivre de grands indicateurs à partir des bases d'activité
 - Soins sous contrainte
 - Hospitalisations longues
 - Lieux et formes d'intervention des équipes
 - Réhospitalisations
 - Bases permanentes et couvrant la totalité du territoire national
 - Identifiant : études longitudinales (parcours)
- Limites de la source
 - Pas d'informations sociales sur les personnes
 - Variabilité des codages (diagnostics)

DISCUSSION ET CONCLUSION

- L'hospitalisation est devenue rare
- Mais elle se répète souvent
- Hospitalisations longues → hospitalisations itératives
- Présence d'un diagnostic est significativement reliée à la hausse de fréquence de réhospitalisation
 - Mais certains diagnostics sont non psychiatriques
 - Démence
 - Retard mental
 - Des variables moins intuitives
 - Hospitalisation non libre
 - Dépendance
 - Fonction sociale de l'hôpital
 - Type d'établissement
 - Secteur (dans 1/4 des cas)
 - Retourner à l'hôpital n'est pas seulement lié à une situation médicale
 - Politiques publiques
 - Politiques et moyens des services

- Nouvelles études + de variables dans le modèle
 - Formes d'intervention des services
 - Moyens matériels et humains
 - Offres alternatives
 - Psychologues
 - Psychiatres privés

- La réhospitalisation n'est pas forcément synonyme de non-guérison

- L'emploi de cet indicateur doit être revisité dans l'évaluation
 - Traitements
 - Compliance
 - Formes de prise en charge
 - Politiques de santé

Merci

laurent.plancke@santementale5962.com

www.santementale5962.com