

Janvier 2001

SYNTHESE

ANALYSE DES TRAJECTOIRES DE SOINS EN PSYCHIATRIE

MISSION PMSI / E3
DHOS
MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

Contexte et définition du cadre d'analyse

A l'origine, les DRG (Diagnosis Related Groups) produits par une équipe de l'université de Yale autour du professeur FETTER dans les années 70 ont été définis sur la base d'une analyse statistique de la variance de la durée de séjour à l'hôpital.

En France, dans le cadre du PMSI en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), la variable à expliquer est le coût largement corrélé à la durée du séjour. En associant un diagnostic dit « principal » à des actes dits « classants » puis en discriminant encore par d'autres éléments comme les éventuelles morbidités associées et l'âge, le PMSI définit des Groupes Homogènes de Malades (GHM). Ces groupes présentent une homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour.

En psychiatrie, il n'est pas possible de raisonner selon la même logique. Les spécificités de la prise en charge psychiatrique sont d'associer, sur une période souvent longue, de nombreuses modalités de soin : prise en charge ambulatoire, en hospitalisation complète ou partielle. Ensuite, le travail effectué est peu protocolisé ; multiforme il est difficile à qualifier et il trouve son efficacité en relation avec l'environnement intra comme extra -institutionnel. En outre, les actes techniques (les mieux définis, comme les plus aisément valorisables dans le système du PMSI en MCO) sont peu nombreux et peu significatifs. Finalement, la notion de séjour associé à une pathologie avec des composantes de prise en charge assez bien cernées, et une durée significative, perd ici de son efficacité.

Pour le PMSI de « moyen séjour », en l'occurrence pour le champ des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), on a déjà changé de principe. Au lieu de s'appuyer sur un séjour notamment référé à une durée, des séquences de soins sont définies, elles sont cliniquement homogènes et présentent un niveau identique de consommation des ressources. L'unité retenue est la semaine, qui est classée dans un groupe homogène de journées (GHJ).

Deux approches ont prévalu en psychiatrie :

- Selon la première approche, on s'appuie sur un schéma type « moyen séjour » pour l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, complété par des analyses à l'acte pour l'ambulatoire et les actions dans la communauté ;
- Selon la seconde approche, on étudie les trajectoires des patients.

Les trajectoires relient le patient, défini par ses caractéristiques propres et éventuellement par celles du lieu de son accueil, à ses différents contacts avec le système de soins, ces derniers étant définis par leur nature et leur poids.

L'hypothèse retenue dans les travaux menés sur les trajectoires en psychiatrie au sein du PMSI est la suivante :

« Le poids économique d'une prise en charge thérapeutique considérée dans sa globalité sur un an, voire sur plusieurs années est « prédictible » par les caractéristiques sociales, médicales du patient – y compris les consommations de soins antérieures – et par les caractéristiques des structures qui accueillent ce patient ».

L'analyse de trajectoire nécessite la disposition de données recueillies durant une période de temps significative. De tels recueils, nécessairement longs et lourds, sont très difficiles à mettre en œuvre. C'est pourquoi il a été décidé, dans un premier temps, de recourir à des données existantes, par définition rétrospectives.

Les données ici mobilisées sont tirées des fiches patients, proposées - il y a plus d'une dizaine d'années par la Direction Générale de la Santé - aux secteurs de psychiatrie. Ces fiches patients, remplies dans chaque secteur, combinent des informations socio-démographiques et de morbidité avec des informations – recueillies sur un mode journalier ou mensuel – sur les différentes prises en charges de chaque patient de la file active. Dans la base de données, les informations ont été recueillies pour plus de 350 000 patients adultes accueillis dans 191 secteurs de psychiatrie. Ces patients sont suivis sur 3 années : 1993, 1994 et 1995.

Le choix des données, comme le mode de constitution de la banque de données, conditionnent pour partie la nature des travaux engagés, ils induisent d'emblée **certaines limites** :

- Une exploration limitée aux seules informations figurant dans la fiche-patient. Ces informations ont été définies dans l'optique de mieux connaître les patients et de mesurer la file active et ses modalités de prise en charge. Les choix opérés dans la forme du recueil dépendaient des objectifs poursuivis. Sur le verso de la fiche, figurent les 16 modalités de prise en charge. Pour l'analyse de trajectoires, ces 16 modalités constituent de fait notre base d'exploration, il n'est pas possible d'aller au-delà.
- La base de données est constituée d'informations issues de secteurs volontaires et sélectionnés. Au début de l'année 1996, les établissements – comprenant au moins un service ou secteur de psychiatrie - ont été invités à se porter candidats pour la constitution de cette base de données. Parmi les candidats, une 1^{ère} sélection s'est opérée sur les critères suivants : informatisation de leurs données, démarrage du recueil fiche-patient au plus tard en 1993 et bonne qualité de renseignement des items standard. Les contraintes associées au chaînage des fiches-patients sur les 3 années, puis au caractère exploitable des fichiers finalement transmis par les structures ont conduit à une 2^{nde} sélection. La représentativité de ce sous-ensemble de secteurs peut donc être discutable. Au cours du travail, un certain nombre de vérifications ont permis d'appréhender cette représentativité, notamment au regard des indications fournies par le traitement des rapports de secteur, mais on ne peut totalement exclure l'hypothèse d'un biais éventuel : Les secteurs les plus avancés sur le plan de la gestion des fiches patients se distinguent-ils sur d'autres plans parmi l'ensemble des secteurs ?
- Seul l'univers du secteur est décrit. Ainsi n'apparaît pas le recours éventuel du patient à l'hospitalisation privée ou à la psychiatrie libérale. Or il existe une complémentarité entre secteur privé et public. De la même manière, le recueil d'information s'interrompt si le patient est hospitalisé dans un autre service : en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) ou en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Enfin, si le patient change de secteur, il n'est pas possible de suivre sa prise en charge dans l'autre secteur. On ne pourra donc traiter ce qui concerne l'intersectorialité. Cependant il est probable qu'au moment du recueil (93-95) les changements de secteur étaient moins fréquents, cette limite ne constitue donc sans doute pas un véritable handicap.
- Les informations concernant les coûts de prise en charge sont absentes du recueil. On ne dispose pas d'informations directes en la matière. L'évaluation du coût d'une prise en charge s'effectue essentiellement par la valorisation des actes ou journées effectuées dans chaque

modalité, par un système de pondération relatif, qui affecte le même poids à toute prise en charge dans une modalité donnée.

- Les données traitées ont aujourd'hui une relative ancienneté (entre 5 et 8 ans) et l'on sait par de multiples indices que la demande comme l'offre de soins en psychiatrie ont rapidement évolué durant ces dernières années. Les résultats produits demandent donc une réactualisation.

Les travaux ont été menés à la mission PMSI avec ce que l'on a nommé **un atelier de travail où ont été rassemblés divers experts entre juin 1999 et janvier 2001**. Cette équipe pluridisciplinaire est composée de médecins cliniciens de la discipline psychiatrique, de médecins travaillant dans des Départements d'Information Médicale (DIM) et de chargés d'études issus du ministère ou d'organismes travaillant dans le domaine. En outre, les travaux ont été présentés à plusieurs reprises à un comité de suivi à composante plus institutionnelle qui suit l'ensemble des travaux relatifs à la psychiatrie à la mission PMSI.

Suivant les termes de l'hypothèse, les travaux se sont déroulés en 3 étapes :

- 1) Une *analyse des secteurs*, à partir de l'activité relevée dans les fiches-patients, pour les différencier et en déduire des éléments caractéristiques susceptibles d'infléchir les trajectoires.
- 2) Une *analyse reliant les patients et les trajectoires*. Après un travail de conformation et de correction de la base de données, des échantillonnages ont été réalisés. Les explorations successives ont permis de définir des trajectoires-type et de repérer les caractéristiques discriminantes des patients dans l'accès à ces trajectoires. Des analyses de cohortes permettent d'observer l'effet des consommations de soins antérieures.
- 3) Une *analyse reliant les trajectoires à leur coût*, en utilisant un indice synthétique de consommation. Partant de la composition des files actives des secteurs, il est possible d'en déduire des consommations théoriques d'actes-jours sur la base du modèle construit dans la 2nde étape et d'examiner chaque secteur au regard des résultats produits sur l'ensemble de l'échantillon.

Une analyse des secteurs

Le secteur est constitué par une aire géo-démographique où intervient une équipe soignante pluridisciplinaire et où est proposée une gamme diversifiée de modalités de soins, permettant de dispenser des soins : à toute la population de la zone concernée, sans limitation de durée, aux différentes phases de la pathologie, proches de leur milieu de vie. Il peut être rattaché à un établissement de soins spécialisé en psychiatrie, ou, à un établissement de soins général.

Grâce aux rapports de secteur analysés régulièrement par les services de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, apparaît la diversité de ces secteurs.

Au regard de cette diversité, il paraissait difficile de considérer les trajectoires des patients sans avoir au préalable tenté de définir une typologie des secteurs. Plusieurs analyses avaient déjà été effectuées pour discriminer les secteurs entre eux, principalement sur la base d'éléments de nature administrative décrivant notamment leurs moyens. Devant la difficulté, lors de ces analyses, à

faire émerger des catégories de différenciation pertinentes et représentatives (une large majorité des secteurs apparaissant comme « moyens »), il a été choisi ici d'élaborer une classification des secteurs sur la base de l'activité recensée dans les fiches patients.

On a ainsi observé les 190 secteurs de la base de données, en fonction de la distribution de ce que l'on a nommé les actes jours dans les différents types de prise en charge. Un acte-jour correspond à une journée en hôpital à temps complet, une venue en hôpital à temps partiel, un acte en ambulatoire. On a regroupé les 16 modalités de prise en charge figurant au verso de la fiche patient pour en utiliser 7 au final (hospitalisation temps plein, autres modalités de prise en charge à temps complet, hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, autres prises en charge de temps partiel, consultation, autres prises en charge ambulatoires). Puis on a observé la distribution en part d'actes-jours de chaque secteur sur les 3 années de recueil (93 à 95) dans ces 7 types de modalités.

La classification élaborée s'appuie sur les grands axes de différenciation des secteurs selon ces distributions. Elle est décrite, illustrée, par les indicateurs suivants :

- La répartition selon le sexe, l'âge et le groupe-diagnostic de la file active des patients pour qualifier sommairement la population accueillie dans le secteur ;
- Des indicateurs internes quantitatifs pour appréhender le fonctionnement du secteur (par exemple : le nombre moyen d'actes-jours par patient, la part de patients vus pour la 1^{ère} fois dans la file active, etc.). Ces indicateurs sont tirés des informations figurant dans les rapports de secteur de 1995 ;
- Des indicateurs qualitatifs rapportés au département d'appartenance du secteur concernant l'environnement, au sens large, du secteur : comme le niveau du taux d'équipement en places de maison de retraite, celui du taux d'équipement en places pour personnes handicapées, le niveau du nombre de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants, etc. Ces indicateurs obtenus dans diverses sources (ADELI, DREES, etc.) permettent de situer grossièrement le département d'appartenance du secteur selon qu'il est plus ou moins bien équipé sur différents plans. Ces indicateurs, très simples, n'ont apporté que peu d'informations supplémentaires pour l'interprétation de la typologie définie.

Cette démarche de classification permet de mettre à jour 4 types de secteurs définis selon une dominante de leur activité :

- **Les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein »**, où la part d'actes-jours réalisés en hôpital temps plein est particulièrement élevée, elle représente au moins 68,5 % des actes-jours. Ces secteurs se caractérisent par une population plus masculine, des personnes âgées d'au moins 60 ans plus nombreuses, une sur représentation des patients ayant un diagnostic de type « schizophrénie, troubles schizotypiques ou troubles délirants », ou « retard mental ». On note aussi que le rapport du nombre d'actes-jours sur l'effectif médical, autrement dit le nombre d'actes-jours par médecin y est plus élevé.
A l'opposé, les patients présentant des troubles de l'humeur y sont moins nombreux, et, le rapport existant entre nombre d'actes-jours et effectif du personnel non médical – autrement dit le nombre d'actes-jours par personne employée, hors médecins - y est plus faible.
- **Les secteurs dits « plutôt consultation »**, où la part d'actes-jours en CMP, consultation de secteur représente au moins 20 % des actes-jours, révélant un développement conséquent des consultations. Ces secteurs se caractérisent par une population plus féminine, une plus forte fréquence de patients âgés de 25 à 39 ans, ainsi que par une plus forte part de nouveaux patients dans la file active.

A l'opposé, les patients présentant des troubles liés aux substances, un retard mental ou des troubles mentaux organiques y sont moins fréquents. Les personnes âgées y sont moins nombreuses. Enfin le rapport du nombre d'actes-jours par médecin y est plus défavorable.

- **Les secteurs dits « plutôt hôpital de jour »**, regroupant des secteurs où les critères définissant les deux catégories précédentes ne sont pas respectés et où le nombre d'actes-jours en hôpital de jour est plus élevé qu'en moyenne, il représente 19 % au moins des actes-jours. Ces secteurs se caractérisent par une sur représentation des patients âgés de 40 à 59 ans, comme des patients atteints de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ou de troubles du développement psychologique. Le nombre d'actes-jours par patient y est plus élevé qu'en moyenne.

A l'opposé, s'y trouvent moins de patients âgés et/ou moins de patients dont les troubles n'ont pas été qualifiés dans la fiche-patient.

- Tous les secteurs de la base de données ne figurant dans aucune de trois premières catégories ont été **dits « autres »**.

Cette classification a deux avantages principaux : d'une part, elle fournit les clés de fabrication d'un échantillonnage stratifié ; d'autre part, elle permet de repérer et d'évaluer l'effet de la dominante du secteur dans la trajectoire d'un patient.

Des patients aux trajectoires

Le travail d'exploration des trajectoires s'est effectué sur des échantillons. Sur chacun d'entre eux a été vérifiée la qualité des données dans la base : cohérence globale des prises en charge, respect des règles fixées pour la fiche patient. En outre, le niveau de renseignement des fiches a été examiné sur le 1^{er} échantillon de travail, afin de cerner d'éventuelles interférences entre niveau de renseignement et niveau de prise en charge : il apparaît effectivement que plus la prise en charge est courte et légère, plus le niveau de renseignement de la fiche patient est faible.

Les deux principaux échantillons de travail comportent un patient sur quatre tiré aléatoirement dans, respectivement, 38 et 36 secteurs. Ces secteurs ont été choisis de manière à refléter la classification précédemment construite.

Chaque patient présent dans ces échantillons a vu sa trajectoire « reconstruite » : pour chacun des 36 mois d'observation, on dispose du nombre d'actes-jours réalisés dans chacune des 16 modalités de prise en charge.

Pour cadrer l'approche, les trajectoires n'ont pas été observées dans leur totalité sur les 3 années recueillies dans la base de données, cette totalité n'ayant pour beaucoup de patients que peu de sens. Les trajectoires ont été observées sur **une durée de 12 mois : le 1^{er} mois étant celui où le patient apparaît pour la première fois** dans le secteur au cours des 3 ans, la consommation des i^{èmes} mois suivants étant relevée jusqu'au 12^{ème} inclus. Cette démarche conduit à exclure un certain nombre de patients : tous les patients pour lesquels la prise en charge s'entame après le 25^{ème} mois, car il est impossible là de reconstruire une trajectoire sur 12 mois.

Un examen descriptif global des trajectoires sur le plan de leur nature, leur poids, leur densité relative et leur étalement donne des éléments de cadrage, révélant de fortes hétérogénéités :

- 23 % des patients sont mono utilisateurs : ils ne comptent qu'un acte-jour. En fait, près de la moitié des patients ont une prise en charge qui n'excède pas 5 actes-jours. 10 % sont pris en charge de manière plus significative, soit pour plus de 60 actes-jours sur les 12 mois.
- Les deux tiers des patients n'ont connu qu'une seule modalité de prise en charge, le plus souvent il s'agit de modalités ambulatoires.
- Près de la moitié des patients ont une prise en charge s'étalant sur au plus 3 mois consécutifs, autrement dit ne réapparaissent pas dans le secteur au-delà du 4^{ème} mois. A l'opposé, près de 10 % sont présents au moins une fois sur chacun des 12 mois d'observation.
- L'étalement de ces trajectoires est très variable, il est fortement dépendant de la nature de la prise en charge : L'hôpital temps plein est une modalité structurante lourde des trajectoires, elle constitue fréquemment l'axe d'une trajectoire ; la prise en charge ambulatoire est la modalité du tout-venant, elle mène parfois à des trajectoires avec des prises en charge très espacées, elle peut compléter ou ponctuer des séjours longs ou réguliers en hôpital temps plein ou à temps partiel ; la prise en charge à temps partiel est une modalité alternative et instable, rarement seule dans une trajectoire, elle est particulièrement fréquente dans des trajectoires de lourdeur intermédiaire.

En bref, on distingue plusieurs sortes de patients selon des modes de "consommation" différenciés : des patients très peu "consommateurs" et des patients forts "consommateurs", des patients "ponctuels" et des patients "suivis", etc.

Définition de trajectoires types, d'accès différencié pour 40 groupes de patients

Après plusieurs tentatives visant à synthétiser les diverses dimensions descriptives des trajectoires, il a été choisi, dans un souci conjoint d'efficacité et de lisibilité, de différencier les trajectoires des patients selon un premier axe tenant compte du caractère compact ou non de la prise en charge sur les 12 mois. Après avoir écarté du champ d'analyse les patients mono-utilisateurs - trop volatiles dans leur consommation et trop mal définis - **on différencie les patients selon qu'ils effectuent : des trajectoires « ponctuelles », des trajectoires « intermédiaires » et des trajectoires « permanentes ».**

Les trajectoires « ponctuelles » sont condensées sur les 1, 2 ou 3 premiers mois de la trajectoire, sans mois vierge de prise en charge. On leur oppose les trajectoires « permanentes », où la présence du patient est notée sur 11 ou 12 mois de la trajectoire. Entre les deux, se définissent par défaut des trajectoires que l'on dit « intermédiaires ».

Au sein de ces 3 grands types de trajectoires, on définit des sous-types dans lesquels on réduit l'hétérogénéité en termes de consommation d'actes-jours dans les trois types de prise en charge : hôpital temps plein, hôpital à temps partiel et ambulatoire. On différencie ainsi parmi les trajectoires « ponctuelles », les trajectoires uniquement effectuées en ambulatoire, des autres trajectoires. Parmi les trajectoires « intermédiaires », les sous-types sont définis selon la densité mensuelle (on décompose encore un sous-type en fonction de la présence ou non d'hôpital temps plein). Enfin les trajectoires permanentes sont distinguées selon le nombre total d'actes-

jours effectués, en décomposant cependant un sous-type selon la présence ou non d'une hospitalisation à temps plein et d'une hospitalisation à temps partiel.

Au final **12 types de trajectoires** sont définis.

On constate grâce à des régressions logistiques que quatre éléments descriptifs des patients influencent l'accès à ces trajectoires. Selon le groupe diagnostic, l'âge (par référence au cap des 60 ans) l'existence ou non d'une protection juridique et l'ancienneté dans le secteur, un patient a des probabilités différentes d'accéder à l'une ou l'autre des trajectoires.

Autrement dit : **il n'est pas possible de relier un profil de patient à une trajectoire type, mais des différences majeures d'accès aux divers types de trajectoires existent selon le profil d'un patient défini sur quatre variables.**

Les composantes descriptives du secteur d'inscription du patient n'ont pas été retenues parmi ces quatre variables, elles n'apparaissent pas en elle-même suffisamment discriminantes. En fait, les différences constatées sur le plan du niveau et du mode de consommation des soins entre les différents types de secteurs semblent traduire des différences de composition de file active des secteurs. Par exemple, dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein », la durée moyenne de séjour en hôpital temps plein est plus élevée, mais ceci s'explique d'abord par le fait que les patients potentiellement les plus consommateurs de journées en hôpital temps plein y sont plus fréquents.

La prise en compte simultanée des 4 variables discriminantes conduit à définir **40 groupes de patients**, pour lesquels on identifie des profils théoriques d'accès aux trajectoires ; ces profils sont théoriques puisqu'ils sont établis en considérant les probabilités définies par le modèle de régression élaboré sur la base de nos échantillons de données. A partir de la composition de la file active d'un secteur donné, on peut comparer la réalité des parcours suivis avec les parcours théoriques issus de l'application du modèle général.

Le devenir des patients au delà des 12 premiers mois d'observation des trajectoires : une forte corrélation des consommations de soins d'une période à l'autre

L'examen comparé de la consommation de soins d'une file active d'une année à l'autre, ou, d'une cohorte de patients d'une période à l'autre fournit des indications sur le devenir des patients à plus long terme.

Il est difficile d'appréhender le devenir des patients au seul regard de leurs caractéristiques individuelles ou de leur secteur. En revanche, partant de la consommation de soins d'une période, il est possible de prédire le niveau et la nature de la consommation de la période suivante pour une grande partie de la population avec un taux d'erreur acceptable. Par exemple : plus de 90 % des patients arrivants pour la première fois dans le secteur en 1993 et ayant une trajectoire ponctuelle lors des 12 premiers mois de leur prise en charge ne réapparaissent pas dans le secteur sur les 12 mois suivants ; à l'opposé, près des deux tiers des patients arrivants dans le secteur en 1993 et ayant une trajectoire permanente sur les premiers 12 mois auront une consommation de soins comportant au moins 15 actes-jours sur la période suivante.

D'une manière générale, **il existe une forte corrélation entre la consommation de soins d'une année à l'autre.** Ainsi, pour les patients de la file active de 1993, le taux de corrélation du nombre d'actes-jours entre 1993 et 1994 s'élève à près de 0.8. Ce taux de corrélation varie en

fonction du diagnostic : les patients porteurs des diagnostics potentiellement les plus lourds ont un niveau de consommation de soins très corrélé d'une année à l'autre ; à l'opposé, les patients ayant des diagnostics les plus fréquemment associés à des trajectoires ponctuelles sont logiquement plus instables dans leur consommation. Le taux de corrélation est particulièrement sensible à l'ancienneté du patient, révélant une plus grande stabilité de la consommation de soins plus le patient est avancé dans son parcours. D'une manière générale, **plus un individu prolonge sa prise en charge dans le secteur, plus sa probabilité de la prolonger encore augmente**. Alors que les premiers mois de prise en charge sont assez peu prédictifs de la suite, un patient présent dans le secteur après le 12^{ème} mois suivant son premier contact a une probabilité nettement plus importante d'y poursuivre une prise en charge.

Des trajectoires à une évaluation de coût

Comme cela a été souligné en préliminaire de ces résultats, aucun élément descriptif du coût n'est directement disponible par l'intermédiaire de la fiche-patient. Par conséquent, l'approximation du coût doit nécessairement s'appuyer sur des hypothèses fixant un coût moyen à chaque type de soins.

Il est particulièrement difficile d'affecter un coût significatif à chacune des 16 modalités de prise en charge. L'affectation d'un coût moyen à la journée en hôpital temps plein, à la venue en hôpital à temps partiel et à l'acte en ambulatoire est plus aisée. L'évaluation sera plus grossière, mais au final plus robuste. Diverses études budgétaires ont été réalisées dans des régions, mais aussi dans le cadre d'une évaluation produite par les services financiers de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins. Il est possible ainsi d'affecter une pondération à chacun des trois types de prise en charge. Grâce à ces systèmes de pondération, on peut produire pour chaque individu un indice synthétique de consommation pour situer le coût de sa consommation de soins en termes relatifs.

Les divers systèmes de pondération existants définissent que : **le coût de la journée en hôpital temps plein est le plus élevé, les coûts de la venue en hôpital temps partiel et de l'acte ambulatoire se situent en deçà, le coût de l'acte ambulatoire étant le plus faible**. La prépondérance accordée au coût de l'hôpital temps plein laisse peu d'espace d'influence aux deux autres types de prise en charge.

Quel que soit le système de pondération utilisé, on observe que les patients arrivants ont une consommation de soins moyenne nettement inférieure (de plus de 40 %) sur les premiers 12 mois de leur prise en charge, comparée à celle de l'ensemble des patients analysée sur 12 mois à compter du 1^{er} contact sur la période. Mais l'examen approfondi des résultats révèle que cet écart de consommation se réduit considérablement (la moyenne des « nouveaux arrivants » n'est plus inférieure que de 12 %) lorsqu'on exclut les patients « permanents », autrement dit les patients comptant plus de 300 actes-jours sur 12 mois, qui sont – très majoritairement et sur la quasi-totalité de la période d'observation - accueillis en hôpital temps plein.

Autrement dit, **les « nouveaux patients dans le secteur » ont un niveau de consommation moins élevé que l'ensemble des patients de la file active, en grande partie en raison de leur moindre propension à s'engager dans des parcours « de permanence » dans le secteur**.

L'examen comparé de la consommation de soins théorique - produite par l'application du modèle reliant le profil des patients (défini sur les 4 variables que sont le groupe diagnostic, la classe

d'ancienneté, l'existence d'une protection juridique et l'âge) aux trajectoires valorisées en actes-jours dans les 3 types de prise en charge - et de la consommation de soins réelle a été effectué pour la file active de chaque secteur. Cela permet de situer chaque secteur par référence à la moyenne établie sur l'ensemble des secteurs de l'échantillon.

On constate qu'une certaine logique est respectée : les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » ont le plus généralement une consommation de journées d'hôpital temps plein supérieure à celle calculée par l'application du modèle ; les secteurs dits « plutôt consultation » ont le plus généralement un nombre d'actes ambulatoires plus important dans la réalité que selon les chiffres produits par le modèle, etc. En bref, **la dominante en activité du secteur conserve une corrélation perceptible dans les trajectoires de l'ensemble des patients**. Pour cette raison et par un effet mécanique, les secteurs privilégiant l'hôpital temps plein présentent des coûts de consommation globaux évalués à un niveau plus élevé, alors que les secteurs caractérisés par une plus forte activité de consultation seront généralement estimés à un coût plus faible.

Les patients dont les profils sont le plus fréquemment associés à des trajectoires ponctuelles - qui forment plus de la moitié de la file active - ont le niveau de consommation le mieux prédit par le modèle, surtout sur le plan de l'ambulatoire. Cette prédiction est moins bonne pour les journées en hôpital temps plein, elle reste particulièrement difficile pour l'hôpital à temps partiel. Pour les patients les plus lourds, la prédiction est nettement moins aisée : en effectifs moins nombreux, les variations individuelles au sein de chaque secteur conduisent à des écarts sensibles.

Autrement dit, au niveau du secteur, il demeure difficile de prédire la consommation de soins – le nombre d'actes-jours dans chacune des trois prises en charge - en s'appuyant seulement sur les quatre éléments les plus qualifiants du patient, hormis pour l'ambulatoire et/ou dans le cas des patients aux consommations potentiellement les moins lourdes. En revanche, pour la consommation de jours d'hôpital temps plein, la « hiérarchie » entre les profils des patients semble mieux respectée dans les secteurs, prouvant que les lois établies par le modèle global fournissent, concernant l'hôpital temps plein, des indications vraisemblables.

En résumé, ce travail ne permet pas sur la base du modèle testé d'évaluer précisément la consommation individuelle de soins sur la seule considération du profil du patient et des caractéristiques du secteur. Mais il est possible de borner la consommation de groupes de patients et ainsi de repérer les lieux où les règles d'accès aux trajectoires sont les moins bien respectés.

Conclusion et perspectives

Plusieurs constats peuvent être formulés :

- ❖ **Il existe de réelles différences entre les secteurs**, la prédominance d'un type de prise en charge repérable sur le plan de la répartition de l'activité entre les modes de prise en charge fournit des indications pertinentes. La composition différenciée des files actives entre les divers types de secteurs identifiés par une prédominance semble révéler des effets d'orientation et/ou de sélection des patients. Ces prédominances infléchissent les trajectoires de soins des patients, mais on ne peut conclure au vu des résultats produits qu'elles les déterminent. Des facteurs propres aux patients apparaissent plus déterminants.
- ❖ **La notion de trajectoire est valide** : il existe des trajectoires très ponctuelles et légères, des trajectoires plus lourdes mais courtes, des trajectoires de suivis réguliers, des trajectoires de permanence, etc. On distingue ainsi au final 12 trajectoires, définies selon trois principaux types : trajectoires « ponctuelles », « intermédiaires » et « permanentes ».
- ❖ **Il existe des cheminements privilégiés selon le profil du patient**. Il est impossible de relier directement un profil de patient à une et une seule trajectoire, mais on peut associer à un profil de patient donné – selon les 4 éléments apparus les plus discriminants et qui conduisent à la définition de 40 groupes - des parcours de consommations privilégiés.
- ❖ **La consommation antérieure de soins dans le secteur peut constituer un prédicteur efficace**. Si l'on ne dispose pas dans la fiche-patient de la consommation antérieure de soins au sens large – y compris en dehors du secteur d'accueil - du patient, il est possible de comparer d'une période à l'autre, la consommation de soins du patient à l'intérieur de la structure. Il apparaît ainsi une forte corrélation du niveau et de la nature de la consommation entre deux périodes successives. Partant simplement de l'allure de la trajectoire des nouveaux arrivants dans le secteur en 1993, on peut ainsi cadrer leur devenir. Au risque d'une tautologie, il conviendrait d'intégrer cette dimension dans les futurs recueils.
- ❖ **Il demeure difficile d'affecter un niveau de consommation moyen à un profil de patient au niveau du secteur**. Une forte diversité difficilement réductible demeure. Pour les profils concernant les effectifs de patients les plus conséquents, il est vrai qu'on constate une assez bonne prédiction de la consommation d'actes ambulatoires, mais cette prédiction est déjà moins satisfaisante pour la consommation de journées en hôpital temps plein, elle est difficile pour l'hôpital à temps partiel. Pour les profils de patients plus rares, aux consommations les plus coûteuses selon les indices synthétiques de consommation utilisés, la prédiction est peu satisfaisante. Cependant, on constate que la hiérarchie de consommation établie entre les patients sur la base de leurs profils conserve une certaine validité.

L'approche en termes de trajectoires fournit des pistes d'exploration, mais il demeure difficile en l'état actuel des travaux d'opérationnaliser les résultats obtenus dans une perspective budgétaire. Plusieurs éléments expliquent ces difficultés :

- ❖ **La base de données utilisée n'est pas adéquate**. En effet, la fiche-patient n'a pas été conçue dans l'objectif d'élaborer des trajectoires de soins des patients. Des éléments *a priori* très importants dans l'optique d'une approche longitudinale de la consommation de soins en psychiatriques ne figurent pas dans ce recueil - éléments descriptifs de la sévérité de la pathologie, éléments relatifs à la comorbidité, au soutien des proches ou à l'antériorité des

troubles. D'autres éléments figurent mais ne semblent pas systématiquement bien renseignés. En outre, on dispose de peu d'éléments sur la qualité des données recueillies. Le fait que les données de coût soient absentes de ce recueil interdit enfin une prédiction précise.

- ❖ **La définition d'une trajectoire à l'intérieur du secteur d'accueil du patient est trop réduite** pour permettre de construire de véritables trajectoires de soins. Le suivi des patients comporte bien d'autres dimensions absentes par définition de ce recueil.
- ❖ **Le champ de la psychiatrie est peu normalisé.** On ne peut jamais totalement exclure un patient d'un mode de prise en charge. S'il existe globalement des lois sur l'ensemble des patients, contrairement à d'autres champs plus codifiés, il existe une variété irréductible.
- ❖ **Les outils propres à une véritable analyse des trajectoires sont encore insuffisamment développés.** Ce constat est patent dans le champ social, comme dans le champ médical : dans certains cas, on se contente d'analyser le rapport existant entre les deux extrémités de la trajectoire (le point de départ et le point d'arrivée) ; dans d'autres cas, on totalise sommairement les événements intervenants à l'intérieur d'une période. Dans les analyses ici présentées, plusieurs dimensions ont été associées simultanément, ces associations étant guidées par les spécificités du champ : la notion de densité mensuelle devait permettre de différencier les patients consultants à intervalles réguliers, des patients pris en charge de manière intense sur des périodes bornées ; le nombre de mois suivis de présence devait permettre de repérer les patients « quittant » le secteur de ceux inscrits dans une « routine » au long cours, etc. Les choix effectués sont très conditionnés par le lieu de l'analyse, ils y demeurent aussi suspendus.

Grâce à la généralisation du recueil PMSI standard en psychiatrie s'entamant au cours de l'année 2001, il sera possible de répondre aux deux premières difficultés. Le recueil mis en place dans le cadre du PMSI, plus exigeant (et corrélativement plus lourd), comportera de véritables contrôles de qualité. Certaines données absentes de la fiche patient seront systématiquement sollicitées, comme notamment la position du patient sur l'échelle globale de fonctionnement, indicateur potentiel de sévérité. Enfin, le recueil concerne les structures publiques et privées d'accueil des patients, avec en outre la possibilité de chaîner les différentes prises en charge du patient, donc de le suivre dans un espace plus large.

Les deux dernières difficultés restent pour le moment réelles. Seule la poursuite du travail d'analyse des trajectoires sur les futures données du PMSI en psychiatrie permettront d'y répondre.

L'ensemble de ce travail révèle le caractère nécessairement exigeant d'un recueil d'informations propre à asseoir une analyse longitudinale des consommations de soins, pour des objectifs qui, pour le moment, se doivent d'être modestes.

Membres de l'atelier de travail : « trajectoires de soins en psychiatrie »

Nom	Adresse
J-Marie ANGLERAUD	68, Avenue Pierre Brossolette 94000 CRETEIL
Gilles BECAMEL	Clinique du Grand Pré 63830 – DUTROL
Evelyne BONNAFOUS	O2 – DHOS Ministère de l'emploi et de la solidarité Avenue de Ségur 75007 - PARIS
Eric FLEURANT	CHG de Niort Secteur 2 Psychiatrie Adulte 35, avenue St Jean 79031 – NIORT
Pierre GILLOIS	Laboratoire SPI-EAO / Fac de Médecine 69, Avenue Forêt de Haye 54500 – VANDOEUVRE LES NANCY
Pierre GODARD	Centre Hospitalier Psy. de Pau 29, Avenue du Maréchal Leclerc - BP 1504 64039 PAU CEDEX
Jean-Michel GRELLET	92, Avenue du Bac 94210 – LA VARENNE
Anne GUILMIN	DREES – MES - Pièce M2007 11, Place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75696 – PARIS
Isabelle JALENQUES	CHU de Clermont Ferrand CMP Saint-Jacques – BP 69 63003 – CLERMONT FERRAND CEDEX
Viviane KOVESS	Siège National MGEN 34, Place Raoul Dautry 75748 PARIS CEDEX 15
Bernard ODIER	Association de Santé Mentale du 13 ^{ème} arrondissement 11, rue Albert Bayet 75013 – PARIS
Jean-Charles OLIVIER	Hôpital Esquirol 57, rue du Maréchal Leclerc 94413 – SAINT-MAURICE
Nadine RAFFY-PIHAN Anne DOUSSIN	CREDES 1, rue Paul Cézanne 75008 – PARIS
Didier ROBIN	Centre hospitalier de Saint Avé 56896 – SAINT AVE CEDEX
Michel VERPEAUX	CHP de La Chartreuse – DIM 1, Boulevard Kir BP 1514

Denise BAUER	Mission PMSI / E3 – DHOS Ministère de l'emploi et de la solidarité Avenue de Ségur 75007 - PARIS
---------------------	--