



ANALYSE DES TRAJECTOIRES DE SOINS EN PSYCHIATRIE

JANVIER 2001

MISSION PMSI/E3
DHOS
MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ
DENISE BAUER

PLAN

INTRODUCTION

I. LA CARACTERISATION DES SECTEURS	11
I-1. Au sujet du secteur en général	11
I-2. Analyse des typologies de secteur existantes	12
I-3. Eléments retenus pour décrire les secteurs de la base de données	13
I-3-1. A la base de la classification, l'activité des secteurs est mesurée par les parts d'actes-jours-patients effectués dans les diverses modalités	14
• Trois grands types de prise en charge se partagent l'essentiel des AJP.....	16
• S'il existe peu d'autres modalités que l'hospitalisation temps plein dans le cadre d'une prise en charge à temps complet, on note une plus grande diversité des modes d'accueil dans le cadre d'une prise en charge à temps partiel ou en ambulatoire.....	16
• L'hétérogénéité du poids des diverses modalités nécessite leur regroupement.....	16
I-3-2. Le descriptif socio-médical : distribution des files actives selon le sexe, l'âge et le diagnostic dans la base de données	18
• La structure de la population selon le sexe.....	18
• La structure de la population selon l'âge.....	18
• La structure de la population selon le diagnostic.....	19
I-3-3. Des indicateurs internes quantitatifs obtenus pour l'année 1995 grâce aux rapports de secteur	20
I-3-4. Des indicateurs externes qualitatifs	20
I-3-5. Au sujet des corrélations simples existant entre ces différents éléments descriptifs	23
I-4. Une typologie axée sur les modalités de prise en charge les plus lourdes en termes d'activité	24
• Tous les secteurs ne se ressemblent pas.....	24
• Au sujet de la définition du secteur.....	24
• Des différences incontournables.....	25
• Une typologie en 6 classes.....	25
• Application des critères de la classification à l'ensemble des secteurs.....	28

II. DES PATIENTS AUX TRAJECTOIRES	31
II-1. Une méthode et ses choix	31
II-1-1. La conformation de la base de données	31
II-1-2. Les choix d'un échantillonnage	34
• Modalités de construction de l'échantillon.....	34
• Comparaison de l'échantillon avec les données issues des rapports de secteur de 1993.....	37
• Comparaison avec les données issues des rapports de secteur de 1995	38
II-1-3. Examen de la qualité des données	39
• Les règles DGS et leur vérification.....	39
• Les taux de réponses manquantes.....	40
- Taux de non-réponse et existence d'une prise en charge	42
- Un indicateur synthétique de non-réponse.....	43
II-1-4. Définitions de trajectoires et logique d'exploration	49
• Le point de départ.....	49
• La durée d'observation	50
• Les effets de la dimension mensuelle du relevé d'informations.....	50
II-2. La trajectoire : analyse sur 12 mois à compter de l'entrée	51
II-2-1. Diverses dimensions analysables	51
• Le contenu ou les modalités de prise en charge (16 modalités de poids divers, les compatibilités, les associations les plus fréquentes).....	51
- <i>Présence d'une prise en charge</i>	51
- <i>Associations de modalités de prise en charge</i>	53
- <i>La pureté ou monomorphie des prises en charge</i>	55
- <i>Evolution du poids d'une modalité de prise en charge selon le temps total passé</i>	59
• La lourdeur de prise en charge (distribution des patients selon la lourdeur, les frontières).....	62
• L'étalement des trajectoires.....	70
• Le rythme ou la densité mensuelle.....	71
- <i>La densité moyenne mensuelle</i>	72
- <i>Un indicateur de rythme composite</i>	73
II-2-2. Une synthèse possible	75
• L'exception des mono-consultants	76
• Différentes combinatoires descriptives des trajectoires testées.....	79
• La distinction en 3 types	83
• La typologie retenue : ponctuels, permanents et intermédiaires	84

II-2-3. Neuf profils de trajectoires	88
• Deux types de « ponctuels »	88
• Le sens des trajectoires « permanentes »	91
• Quatre sous-groupes parmi les « intermédiaires »	94
II-2-4. Profils de patients et profils de trajectoires	99
• Les quatre éléments discriminants majeurs	99
- <i>Diagnostic, ancienneté, protection et âge</i>	100
- <i>L'effet secteur a-t-il disparu ?</i>	102
• Groupes de patients et probabilités d'accès aux trajectoires.....	105
- <i>Résultats sur un 1^{er} échantillon, puis sur un 2nd échantillon</i>	108
- <i>Comparaison des résultats obtenus dans chacun des échantillons</i>	113
- <i>Résultats obtenus sur la totalité des 2 échantillons</i>	120
• Valorisation des trajectoires en actes-jours, la nécessité d'une subdivision pour 2 trajectoires : de 9 à 12 trajectoires.....	123
• 40 groupes de patients et 12 trajectoires	128
II-3. La trajectoire : analyses de cohorte	134
II-3-1. Le devenir des patients de la file active de 1993 sur les années suivantes	134
• Le devenir simplifié (présence/absence)	134
• Le devenir approfondi : une reproductibilité certaine.....	141
II-3-2. Les patients arrivants de 1993	149
• Un profil différent et des consommations de soins plus légères au total sur 12 mois pour ces nouveaux patients	149
• Relations entre prises en charge d'une année à l'autre	151
• Les caractéristiques du patient et de son secteur sont faiblement prédictives du devenir.....	157
II-3-3. Les enseignements à tirer	159
• Le temps facteur de stabilisation ?	159
• Quels sont les facteurs de prédiction ?	162

III. DES TRAJECTOIRES A UNE EVALUATION DE COUT	163
III-1. De la consommation aux coûts	163
III-1-1. La distinction commune des 3 grands types de prise en charge	163
III-1-2. La production de systèmes de pondération	164
III-1-3. Les indices synthétiques de consommation	165
III-2. Des trajectoires à la définition de consommation d'actes-jours	168
III-2-1. A partir de profils d'accès des patients aux 12 trajectoires : Examens des 3 niveaux de consommation des secteurs.....	168
• Examen des niveaux de consommations moyens selon les profils.....	171
• Examen du respect de la hiérarchie de consommation de jours en hôpital temps plein selon les profils	173
III-2-2. Comparaison des niveaux de consommation réels et théoriques à partir de l'indice synthétique de consommation, par secteur.....	173
 CONCLUSION : Apports et perspectives	177
 Liste des membres de l'atelier	181
 Modèle de fiche patient adulte	182
 Bibliographie	183

INTRODUCTION

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.

En France, dans le cadre du PMSI en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), la variable à expliquer est le coût largement corrélé à la durée de 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 représentatifs d'un coût. 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 finalement 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 ».

Par essence, une trajectoire n'est analysable que dans la durée. Pour analyser cette durée, il convient de disposer de données recueillies sur des périodes de temps significatives. De tels recueils, nécessairement longs et lourds, sont très difficiles à mettre en œuvre. C'est pourquoi, comme dans les divers travaux américains menés dans cette logique, 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.

LES INFORMATIONS DE LA FICHE PATIENT

RECTO	VERSO	
IDENTIFICATION		
Année : _ _ _ _	Pour chacune des 16 modalités de prise en charge, relevé mensuel ou quotidien des actes ou journées effectués dans l'année :	
Code du secteur : _ _ _ _ _		
N° d'identification du patient : _ _ _ _ _		
N° d'identification antérieur éventuel : _ _ _ _ _		
PATIENT/SECTEUR		
Année au cours de laquelle le patient a été vu pour la première fois par le secteur : _ _ _ _	PRISE EN CHARGE A TEMPS COMPLET PTHospitalisation plein temps en psychiatrie PC .. Accueil et soins en centre de post-cure et de réadap ATAccueil et soins en appartement thérapeutique PF Placement familial thérapeutique HDHospitalisation à domicile AP Accueil et soins à temps complet autres	
Lieu de résidence habituelle du patient (dans le secteur, hors du secteur, réponse impossible ou sans info.) : _		
N° de département de résidence du patient : _		
Le patient est-il sans domicile fixe ? (oui, non, sans info.) : _		
CARACTERISTIQUES SOCIALES ET MEDICALES		
Année de naissance du patient : _ _ _ _		PRISE EN CHARGE A TEMPS PARTIEL NU Hospitalisation de nuit JO Hospitalisation de jour TT Accueil et soins en atelier thérapeutique CA Accueil et soins en CATTP AJ Accueil et soins à temps partiel autres
Sexe (masculin, féminin) : _		
Situation de famille		
(célibataire, marié, veuf, divorcé, sans info.) : _		
Mode de vie (seul, non seul, sans info.) : _		
Bénéfice d'une AAH (oui, non, sans info.) : _	PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE CO ... Soins en CMP ou unité de consultation de secteur SD Soins et interventions à domicile SI Soins et interventions en institut substit du domicile SU Soins et interventions en unité d'hospit somatique AA Soins ambulatoires autres	
Bénéfice d'une pension d'invalidité (oui, non, sans info.) : _		
Bénéfice d'une allocation compensatrice (oui, non, sans info.) : _		
Bénéfice d'une mesure de protection civile (oui, non, sans info.) : _		
• Si oui, laquelle ? (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) : _		
Le patient exerce-t-il une activité professionnelle (oui, non, sans info.) : _		
• Si oui, préciser (milieu ordinaire, milieu protégé) : _		
• Si non, préciser (retraité, demandeur d'emploi ayant déjà travaillé, demandeur d'emploi n'ayant jamais travaillé, étudiant, femme au foyer, autre) : _		
Catégorie diagnostique (CIM IX ou X) : _ _ _ _		

S'il est moins coûteux, dans tous les sens du terme, de s'appuyer sur des données existantes que de créer un recueil *ex nihilo* sur des périodes longues, la constitution de cette base de données a nécessité un temps et des moyens significatifs. Elle a été réalisée entre mi-1995 et fin 1996.

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 par les variables contenues dans la fiche-patient. Les informations recueillies dans cette fiche 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.

Par exemple : les variables concernant la situation familiale, le mode de vie et le statut dans l'emploi ont été conçues en cohérence avec le recueil effectué dans les enquêtes régulières de l'INSEE, pour permettre d'éventuelles comparaisons. La variable de situation familiale se réfère à la situation légale du patient, elle est complétée par la variable mode de vie, pour repérer la « véritable » situation du patient, mais, de cette manière, il n'est pas possible de distinguer les patients vivant en institution des patients vivant en famille.

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 la 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 2nde 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 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 une relation de complémentarité/concurrence existe entre secteur privé et public. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude ayant analysé les trajectoires de soins en psychiatrie, pour un effectif de patients et sur une durée significatifs, et, envisageant simultanément les prises en charge dans le public et le privé. Plusieurs études localisées sur des zones géographiques précises et sollicitant différents professionnels du public comme du privé ont mis en évidence des différences d'accès selon notamment des facteurs culturels et sociaux et l'existence ou non de comorbidités.

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 pas 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 donc 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, avec 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 de multiples indices montrent que la demande comme l'offre de soins en psychiatrie ont rapidement évolué durant ces dernières années. Les résultats produits demanderont donc une réactualisation.

A l'issue de cet exposé des limites intrinsèques à la base de donnée explorée, il est possible de cerner **les conditions de l'exploration** :

- En 1995, lors de l'élaboration de la base de données, on comptait environ 800 secteurs de psychiatrie adulte. Les données recueillies concernent 191 secteurs - soit près d'un secteur sur quatre - et près de 360 000 patients. Il est rare de disposer de base de données d'une telle taille et il est difficile de la traiter dans son entier à tous les niveaux d'observation. Par conséquent, dans certains cas, le travail s'appuie sur la totalité de la base, avec des regroupements le cas échéant ; dans d'autres cas, le travail s'effectue sur un échantillon de données, échantillon stratifié selon différentes clés. Dans cette seconde optique, s'effectue une sélection des unités d'observation sur la base de différents critères tenant compte de leur degré de complétude, comme de leur cohérence interne et externe, avec d'autres informations disponibles sur les mêmes unités. Outre le confort apporté sur le plan du traitement informatique, cet échantillonnage raisonné, permet d'améliorer la qualité des données, qualité difficilement maîtrisable sur un effectif de patients de plus du quart de million.
- Les secteurs présents dans la base de données présentent une certaine diversité. Cette diversité se vérifie sur le plan géographique (au sens de la distribution régionale, comme sur le plan de la qualification de l'espace entre rural et urbain) comme sur le plan du type de structure (par exemple, la nature de l'établissement de rattachement du secteur entre général et spécialisé) et sur le plan de la taille de la file active. Pour construire les échantillons de travail, un premier travail a consisté à différencier les secteurs psychiatriques selon leur activité dominante, activité analysée à l'intérieur de la base à partir de la fréquence des actes ou journées effectuées dans les principales modalités de prise en charge de la fiche-patient. Cela permet d'intégrer la diversité à ce niveau d'observation et d'appréhender les termes de la représentativité.
- Deux types de recueil caractérisent les informations du verso de la fiche : recueil journalier et recueil mensuel. Il a été décidé, pour ne pas se priver de l'usage d'une trop grande partie de la base de données, de « mensualiser » les informations journalières. On pouvait ainsi appliquer le même type de correction de cohérence à toutes les données traitées, le niveau de correction s'en trouvant cependant amoindri. Il apparaîtra, au fil des traitements, que cette réduction contraignante à la dimension intermédiaire du mois peut être féconde.
- Certains éléments caractéristiques - permettant par exemple d'évaluer la sévérité de la pathologie du patient ou son passé psychiatrique - sont absents du recueil. On a donc tenté, autant que possible, d'utiliser des éléments proches parmi ceux figurant dans la fiche patient. Dans l'éventualité d'un autre recueil, il est sûr qu'il faudra veiller à ce que ces éléments soient systématiquement relevés.

La nature et la durée de ce recueil d'informations interfèrent aussi avec le cœur de la démarche, **la forme d'appréhension des trajectoires**.

Le point de départ de la trajectoire sera au plus tôt situé au 1^{er} janvier 1993, le point d'arrivée au plus tard le 31 décembre 1995. Mais ces deux dates n'ont aucune signification pour la plupart des patients.

On fixe donc par convention, le point de départ d'une trajectoire soit au début d'un épisode (en précisant ce qui définit l'épisode), soit à la première apparition du patient dans une prise en charge : première apparition réelle dans le secteur, si le 1^{er} contact du patient avec le secteur – information sollicitée dans la fiche-patient – se situe en 1993, 1994 et 1995 ; première apparition d'une prise en charge du patient dans la base de données pour les autres cas.

A défaut de point d'arrivée, on observe la trajectoire du patient sur une durée référée à ce point de départ. Comme il est particulièrement risqué d'analyser des trajectoires de longueurs différentes - sauf à raisonner sur des consommations moyennes par sous-période, ce qui revient à considérer l'effet du temps comme uniforme, donc à supprimer toute notion de progressivité ou d'évolutivité d'une prise en charge – la durée d'analyse des trajectoires est identique pour tous les patients. Les consommations sont donc relevées du 1^{er} mois (de l'épisode ou d'apparition dans la base de données) au i^{ème} mois, la durée la plus souvent utilisée est celle de 12 mois.

Au cours des années 1997 et 1998, une première vague de travaux a été réalisée, travaux décrits dans le rapport technique : *PMSI psychiatrie - L'approche « trajectoires de soins »*. Est présenté dans l'encadré de la page suivante un résumé des étapes et résultats de ces travaux.

Les travaux présentés dans le rapport ici introduit ont été réalisés de juin 1999 à décembre 2000 et constituent une seconde vague d'analyses, qui ont été suivies, orientées et validées par un « atelier de travail ». Constitué au départ d'un nombre réduit de participants, cet atelier s'est enrichi au début de l'année 2000 des participants de l'antérieur « groupe technique n°2 » (cf. encadré), qui souhaitent poursuivre une implication sur ce thème, [liste des membres de l'atelier annexe].

Suivant les termes de l'hypothèse, ces travaux se sont déroulés en 3 étapes qui structurent le plan de cet exposé :

- 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*. Le premier point est relatif à la méthode utilisée et aux choix effectués : la conformation de la base de données, un examen de sa qualité et la définition des logiques d'exploration. Le second point présente l'analyse des trajectoires : dimensions analysables, synthèses proposées, définitions de trajectoires-types et des caractéristiques-patients discriminantes pour l'accès à ces trajectoires. Le troisième point, analysant des cohortes sur plusieurs années ou périodes, permet d'explorer notamment 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.

PRESENTATION DE LA 1^{ERE} VAGUE DE TRAVAUX (1997-1998)

Cette première série de travaux a été menée par une équipe de mathématiciens spécialistes des problématiques propres à l'économie de la santé (Laboratoire d'Analyse des Structures et des Systèmes – UMR 5028 CNRS – Université Claude Bernard – Lyon I à Villeurbanne). Les principaux interlocuteurs dans ce laboratoire étaient Gérard DURU et Marie-Pierre TOGNY. Les traitements et résultats produits étaient suivis, activés, orientés par un groupe technique dit « groupe technique n°2 », animé par Magali RINEAU – alors responsable du PMSI psychiatrie à la mission -, un comité de suivi - à composante institutionnelle – était informé du déroulement des travaux et des résultats obtenus.

Voici présentées les principales étapes du travail :

- Une mise en forme du fichier (mise au format des variables, nettoyage des valeurs aberrantes/diagnostic, réponses conditionnées, âge) et une homogénéisation des données (de la CIM9 à la CIM10, le type de mise à jour, saisie journalière et saisie mensuelle, suivi des règles de la DGS). Un fichier rectangulaire patient/trajectoire est construit, où existe une variable par modalité de prise en charge sur chaque mois.
- Après avoir choisi d'utiliser la méthode de classification de FAGES, constructions de trajectoires sur la base de traitements d'échantillons et choix du nombre de classes sur la base de l'évaluation de la variance active correspondant aux différentes partitions (5, 6, 7 ou 8 classes). Le test est réalisé sur 30 échantillons aléatoires.
- Application de la méthode de classification sur trois populations : la file active de 1993, la file active de 1993 sans les mono-utilisateurs, la population des patients ayant après un vide de 6 mois une présence pendant les 12 mois suivants, la même sans les mono-utilisateurs, la population ayant une présence pendant au moins 12 mois. Pour chaque application, les résultats sont tout à la fois présentés par les règles de constitution des groupes, leur composition en termes de consommation de soins annuel, la caractérisation médico-sociale. Les résultats révèlent des partitions, avec des classes de tailles très inégales, ces classes sont en outre difficilement caractérisables sur le plan médico-social.
- Analyse des classifications obtenues et redéfinition à dire d'experts de règles de composition des classes qui permet d'obtenir des groupes mieux proportionnés en effectif, avec une meilleure homogénéité au niveau de la consommation, mais un groupe comportant 50 % environ des patients reste prédominant et la caractérisation selon les variables médico-sociales reste difficile.
- Examen de la qualité et de la réussite des classifications obtenues par l'application de différentes méthodes dites de reconnaissance des formes, avec des techniques de segmentation, visant à identifier le degré d'induction des variables médico-sociales quant aux groupes de trajectoires repérées, complété par l'introduction de variables descriptives de structures. Il apparaît une assez mauvaise reconnaissance expliquée notamment par le bruit attaché aux variables, sur le plan médico-social comme sur le plan des groupes de trajectoires. L'ajout de variables descriptives de la structure ne contribue à améliorer que légèrement la qualité de la reconnaissance.
- Examen du classement dans les groupes de trajectoires, de quelques groupes de patient présentant des profils médico-sociaux similaires, avec prise en compte d'une variable descriptive de structure. Il apparaît une importante dispersion des types de prise en charge pour des sous-populations possédant des caractéristiques médico-sociales identiques.
- Reprise de la démarche statistique - classification, reconnaissance des formes -, en observant non plus le volume de consommation annuel, mais les quatre volumes de consommation trimestriels. Les résultats de la reconnaissance ne sont pas meilleurs.
- Reprise de la démarche statistique en travaillant à "l'intérieur" des sous groupes de trajectoires (individus les plus proches de la moyenne de consommation de soins), mais qui n'améliore guère la robustesse des résultats obtenus.
- Construction d'une variable synthétique de consommation unique, par agrégation des différents types de consommation, suivant un système de pondération - affectant un poids à chacun des trois principaux types de consommation - choisi avec le groupe d'experts. Des variables médico-sociales, comme des variables descriptives des structures ont vu leur pouvoir explicatif examiné, au regard de cette variable synthétique. Les résultats ne sont pas encore très probants. Cependant, l'application de cette dernière technique avec cette fois des coefficients de pondération accentuant le poids de la prise en charge à temps complet fournit des résultats intéressants.

I. LA CARACTERISATION DES SECTEURS

I-1. Au sujet du secteur en général

Le secteur a été légalisé par l'article 1 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985. Le secteur est constitué par une aire géo-démographique (cette aire correspond environ à une population de 70 000 habitants pour la psychiatrie adulte) 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. Le secteur peut être rattaché à un établissement de soins spécialisé en psychiatrie, ou à un établissement de soins général.

Dans un bilan élaboré conjointement par les services de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la Direction des Hôpitaux et la Direction Générale de la Santé [22] sur la base des données disponibles sur les secteurs, notamment les rapports de secteur, plusieurs points sont à souligner :

- Il existe des déséquilibres spatiaux en matière d'offre de soins que ce soit du point de vue des équipements hospitaliers ou du point de vue des personnels. Les écarts ne peuvent être justifiés par une variabilité des besoins du même ordre de grandeur, mais semblent résulter de la persistance d'une structure d'offre ancienne, mal redéployée aujourd'hui.
- Il existe une tendance à la réduction du nombre de lits d'hospitalisation de temps plein, et, si le nombre de patients hospitalisés augmente, conjointement la durée moyenne de séjour se réduit. En même temps, une diversification des modalités d'accueil est à noter. Ces deux évolutions ne touchent pas de manière uniforme tous les secteurs.

Le diversité des secteurs apparaît bien au regard des moyens disponibles en équipements et en hommes. Cette diversité influe largement sur les modes de fonctionnement du secteur. On comprend par exemple aisément que le manque d'alternatives à l'hospitalisation en nombre suffisants et/ou proches n'est pas de nature à favoriser la « sortie » des patients de l'hôpital à temps complet.

Cette diversité est le fruit de multiples influences : des influences propres aux structures elles mêmes, comme une inertie liée à leur histoire, la plus ou moins forte dynamique induite par les acteurs en leur sein, etc. ; mais aussi des influences liées à l'environnement : le manque d'attractivité de certaines zones géographiques ne favorise pas les évolutions des structures qui s'y trouvent, développer une logique de réseau dans un environnement très rural où les distances sont difficilement compressibles, ou, dans une zone mal équipée sur le plan médico-social n'est pas aisé, etc. [23, 29]

Pour prendre en compte cette diversité, on ne peut faire l'économie d'une étude des secteurs eux-mêmes. La première étape du travail mené ici a donc consisté à rechercher les éléments les plus révélateurs du fonctionnement des secteurs dans tous ceux à notre disposition. Cela permet : d'une part de situer les secteurs figurant dans la base de données, pour en déduire leur représentativité sur le plan national ; d'autre part, d'introduire la dimension « secteur » comme facteur explicatif des trajectoires des patients.

I-2. Analyse de typologies de secteurs existantes

Plusieurs typologies des structures ont déjà été produites. Sont présentées sommairement deux typologies, puis un travail étudiant la relation entre trajectoires de patients et éléments descriptifs du secteur :

1. Trois types de structures ont été distinguées dans un rapport remis au ministère en 1992 [31] :
 - Les structures *repliées* : C'est la persistance de l'asile pour psychotiques. Elles fonctionnent avec une hospitalisation pléthorique et quelques consultations externes. Les structures repliées se caractérisent par une forte prédominance de l'hospitalisation à temps complet, un faible développement des structures extra-hospitalières et une absence de rapprochement des lieux de soins de la population.
 - Les structures *semi-ouvertes* : Elles sont sur le modèle de la sectorisation, où l'extra-hospitalier est déployé, mais elles vivent en vase clos au service des malades au long cours. Les structures semi-ouvertes correspondent à d'anciennes structures repliées, qui après mise en place d'une politique de secteur ont connu une importante diminution de l'hospitalisation à temps complet, le développement de structures hospitalières diversifiées et une dynamique de rapprochement des populations desservies. Toutefois le fonctionnement de ces structures continue à être centré sur elles-mêmes.
 - Les structures *ouvertes* : Elles conjuguent une gamme de soins variés, assurant de la psychiatrie de liaison (articulations avec les autres structures de soins, CHG, urgences...) en ayant délocalisé les lits. D'autre part, leur recrutement de patients est très diversifié.

Si chaque structure peut se reconnaître dans l'une des 3 catégories, pour l'auteur du rapport ces trois types de structures représentent aussi trois étapes du changement. L'appartenance à l'une ou l'autre de ces catégories pour une structure donnée ne se déduit pas simplement par l'observation de quelques indicateurs, elle se déduit d'un travail d'analyse propre à la structure. En outre, les structures bougent, elles ne restent pas – ne doivent pas rester – figées dans l'une ou l'autre catégorie. Cette typologie, à valeur opérationnelle dans le cadre d'une recherche d'évolution de l'offre de soins, n'est malheureusement pas directement accessible pour tous les secteurs de la base et donc non directement utile. Elle permettra en revanche de relire et d'interpréter les résultats obtenus par la démarche d'analyse ici engagée.

2. Lors de la première vague d'analyses sur les trajectoires, un travail a été mené. Il visait à discriminer les secteurs entre eux partant d'indications figurant dans la base de données issue des rapports de secteur de 1993 [20]. Deux typologies ont été produites.

La première typologie s'établit par le traitement de 6 variables caractérisant les secteurs : le nombre de présents au 15 décembre 1997 (jugé préférable au nombre de lits) ; l'effectif en équivalent temps plein des personnels non médicaux ; le nombre de places en hôpital de jour et en hôpital de nuit ; le nombre de jours d'ouverture des CMP, CATTP, CAP, Centre de crise ; l'effectif en équivalent temps plein des personnels médicaux ; le nombre d'habitants du secteur. 8 groupes de secteurs sont ainsi distingués, mais un groupe compte près de la moitié des secteurs et l'ensemble des indicateurs y est moyen, et, deux groupes absorbent près de 70 % des secteurs.

Une seconde typologie est établie en ne retenant plus que 3 variables : le nombre de présents au 15 décembre 1997 ; le nombre de places en hôpital de jour et en hôpital de nuit ; le nombre de jours d'ouverture des CMP, CATTP, CAP, Centre de crise. Parmi les 9 groupes cette fois distingués, un premier groupe contient à lui seul 80 % des secteurs. En outre, 6 % des secteurs ne trouvent leur place dans aucun groupe. Un zoom est porté sur ce premier groupe, mais une part importante de secteurs semble demeurer très proches de la moyenne, et les autres sous-groupes distingués ne se différencient pas d'une manière facilement interprétable.

Par conséquent, malgré un choix raisonné de variables décrivant les secteurs, il semble difficile de mettre à jour de véritables différences entre les secteurs en s'appuyant sur ce type d'indications.

3. Une troisième analyse doit être ici présentée, elle a été réalisée au cours des premiers travaux effectués sur les trajectoires. Elle ne visait pas à produire une typologie des secteurs, mais tentait de relier les trajectoires des patients, ou plus exactement, des groupes différenciés de consommation de soins dans les 3 grands types de prise en charge, à des éléments descriptifs des secteurs dans lesquels s'inscrivaient les patients.

Huit variables étaient considérées : le nombre d'habitants du secteur ; la superficie du secteur ; la catégorie de l'établissement ; la région ; l'effectif en équivalent temps plein des personnels médicaux ; l'effectif en équivalent temps plein des personnels non médicaux ; le nombre de lits du secteur ; le nombre de places extra-hospitalières du secteur. Ces variables étaient donc introduites au côté des variables médico-sociales descriptives du patient pour expliquer les 11 groupes de consommations.

Les résultats obtenus semblent montrer que les variables de structure ont une légère influence sans toutefois fournir des résultats réellement exploitables.

Connaissant ces différents travaux, les participants de l'atelier ont décidé d'explorer une autre voie pour élaborer une typologie des secteurs.

I-3. Eléments retenus pour décrire les secteurs de la base de données

Puisqu'il existe dans la base de données à notre disposition, des informations sur l'activité des secteurs, pourquoi ne pas s'intéresser aux volumes globaux d'actes et/ou de journées effectuées dans les principales modalités de prise en charge de chaque secteur ?

Il a été choisi d'évaluer le nombre total d'acte-jours-patients (AJP) passés dans chacune des modalités sur les 3 ans, puis de rapporter ce nombre à l'ensemble des actes-jours-patients de la file active sur la période. Cela permet d'obtenir pour chaque secteur un profil de consommation et d'effectuer une analyse multivariée sur les taux définis pour chaque modalité - des regroupements de modalités étant effectués pour éviter que des modalités trop rares ne « tirent » trop les résultats de l'analyse.

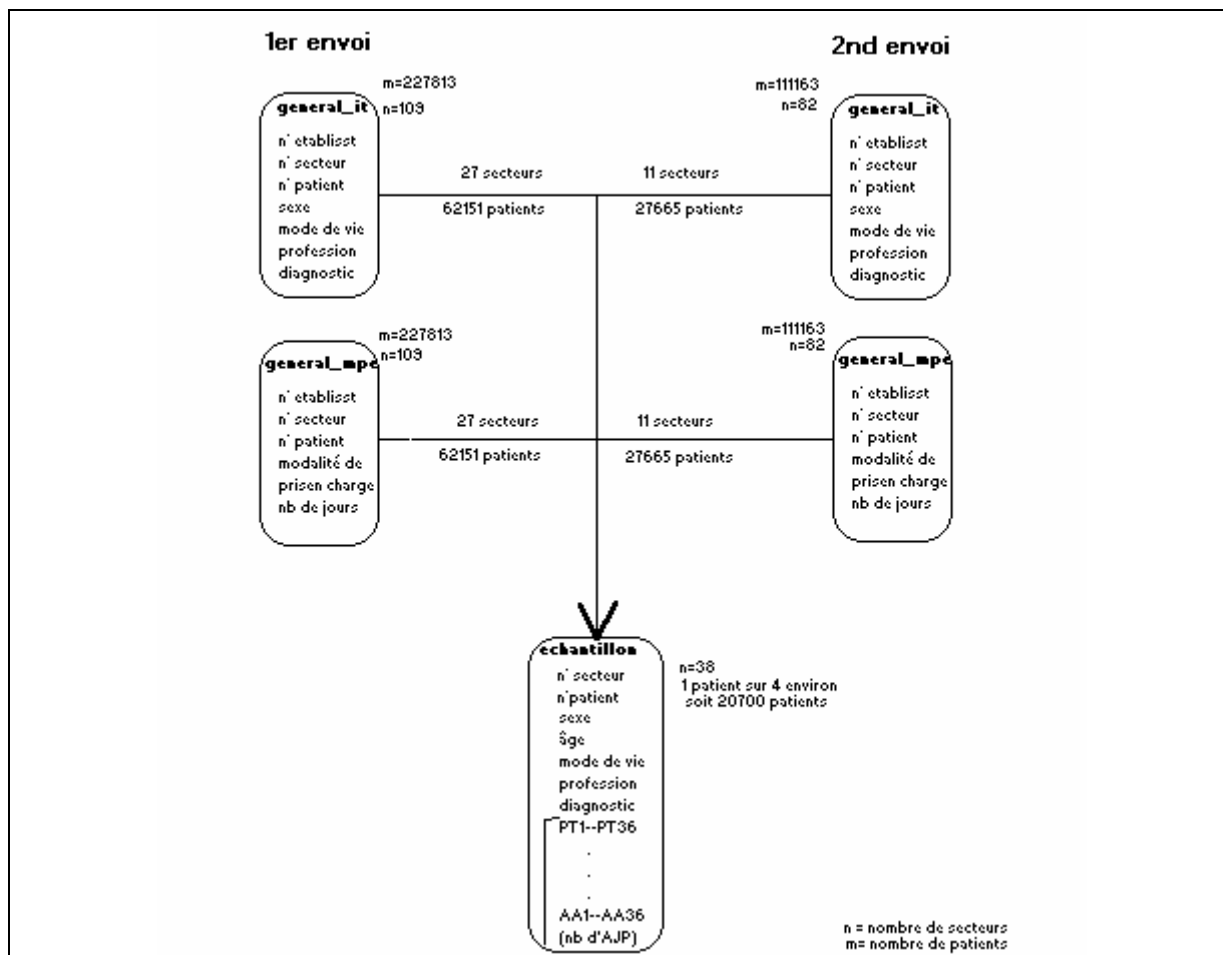
La définition de ces profils constitue la base de définition de la typologie de secteur. Il convient de la décrire, de l'illustrer, avec d'autres éléments :

- des indicateurs comme le sex-ratio, les classes d'âge et les principaux groupes-diagnostic observés dans la file active des patients ;
- des indicateurs permettant de cerner le fonctionnement des secteurs et tirés des rapports de secteurs ;

- des indicateurs complémentaires aptes à rendre compte de l'environnement du secteur dans sa zone géographique.

Schéma de l'analyse

Sont détaillés ensuite les choix effectués pour chacune des 4 catégories d'éléments retenus :



I-3-1. A la base de la classification, l'activité des secteurs est mesurée par les parts d'actes-jours patients effectuées dans les différentes modalités.

Définition : Chaque fois qu'un individu bénéficie d'un acte ou passe un jour dans une modalité donnée de prise en charge dans un secteur donné, on considère qu'un acte-jour-patient (AJP) a été effectué pour cette modalité de prise en charge dans le secteur donné.

Exemple : Pour le secteur numéroté 248

Au total, 50 870 jours patients ont été relevés dans les fiches pour les trois ans :

- 463,77 °/° de ces jours soit 23 592 jours ont été passés en hospitalisation plein temps.

- 167,80 °/° de ces jours soit 536 jours ont été passés en soins de CMP ou en consultation de secteur

- etc.

Lorsqu'on traite ainsi les 16 modalités de prise en charge :

Tableau n° 1
Présentation des variables associées aux 16 modalités de prise en charge
(Part d'AJP effectués sur les trois ans dans chaque modalité)

Variables	Valeur moyenne en ‰	Ecart-type en ‰	Médiane	Quantile à 75 %	Nb de secteurs où variable =0
PRISE EN CHARGE A TPS COMPLET :					
PT2 : Part d'AJP en hospitalisation plein temps	560,7	170,2	572,5	659,1	4
PC2 : Part d'AJP en accueil et soins en centre de post-cure ou réadaptation	3,9	19,3	0	0	160
AT2 : Part d'AJP en accueil et soins en appartement thérapeutique	6,8	18,5	0	0,1	134
PF2 : Part d'AJP en placement familial thérapeutique	13,8	28,3	0	16,6	116
HD2 : Part d'AJP en hospitalisation à domicile	6,8	33,0	0	0	164
AP2 : Part d'AJP en accueil et soins à tps complet autres	2,1	9,6	0	0,2	124
PRISE EN CHARGE A TPS PARTIEL :					
NU2 : Part d'AJP en hospitalisation de nuit	12,1	20,2	5,7	15,4	21
JO2 : Part d'AJP en hospitalisation de jour	114,3	123,8	91,3	146,9	17
TT2 : Part d'AJP en accueil et soins en atelier thérapeuti.	4,3	12,1	0	0,2	128
CA2 : Part d'AJP en accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à tps partiel	38,7	55,0	18,8	53,6	37
AJ2 : Part d'AJP en accueil et soins à tps partiel autres	7,1	17,6	0,01	3,8	89
PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE :					
CO2 : Part d'AJP en CMP, unité de consultation secteur	137,3	86,1	118,5	163,3	4
SD2 : Part d'AJP en soins et intervention à domicile	45,6	33,5	40,6	63,9	7
SI2 : Part d'AJP en soins et interventions en institutions substitutives au domicile	18,5	21,0	12,2	24,2	11
SU2 : Part d'AJP en soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	7,8	16,4	2,2	9,9	14
AA2 : Part d'AJP en soins ambulatoires autres	20,2	31,0	6,7	26,4	24

Fichiers Trajectoires psy. PMSI/DH

Exemple de lecture : En moyenne dans tous les secteurs de la base les AJP en hôpital temps plein représentent 560.7 ‰ ou 56.07 % des AJP effectués sur les 3 années de recueil.

Plusieurs points sont à noter :

Trois grands types de prise en charge se partagent l'essentiel des AJP : hospitalisation temps plein, hospitalisation de jour et CMP- consultation de secteur

La part d'AJP en hôpital à temps plein est en moyenne supérieure à 50 % de la totalité des AJP. Il existe quatre secteurs pour lesquels cette part est nulle, cela s'explique aisément, ce sont des secteurs qui n'offrent aucun accueil à temps complet (établissements de la MGEN). Certains secteurs offrent à l'inverse seulement de l'hospitalisation à temps plein.

La deuxième modalité en importance est la modalité CO2 (CMP ou unité de consultation de secteur), qui concerne en moyenne 137 °/° des AJP dépensés dans un secteur. On trouve ici 4 établissements pour lesquels la valeur de cette modalité est nulle. L'écart-type révèle des disparités importantes, mais cet écart-type demeure inférieur à la valeur de la moyenne.

La troisième modalité en importance est constituée par la prise en charge en hospitalisation de jour, qui concerne en moyenne 114 °/° des AJP dépensés dans un secteur. 17 secteurs ne proposent pas d'hospitalisation de jour. L'écart-type de valeur élevée (plus élevé que la moyenne) révèle de fortes disparités.

Toutes les autres modalités de prise en charge concernent en moyenne un effectif d'AJP inférieur à 100 °/° (ou 10 %) de l'effectif total des AJP.

S'il existe peu d'autres modalités que l'hospitalisation temps plein dans le cadre d'une prise en charge à temps complet, il y a une plus grande diversité des modes d'accueil dans le cadre d'une prise en charge à temps partiel ou en ambulatoire

En effet, hors l'hospitalisation à temps plein, les autres modalités de prise en charge à temps complet, sont majoritairement absentes des secteurs étudiés. L'accueil et les soins en centre de post-cure ou de réadaptation et l'hospitalisation à domicile sont presque rares, elles n'existent pas dans plus de 15 % des secteurs ici observés.

Dans le cadre de l'hospitalisation à temps partiel, on note que la plupart des secteurs offrent des modalités diverses de prise en charge. L'atelier thérapeutique n'est cependant présent que dans un secteur sur trois. La catégorie « autre » de la prise en charge à temps partiel n'intéresse aussi qu'un secteur sur deux.

Au sein d'une prise en charge en ambulatoire, la plupart des secteurs offrent une bonne diversité, même si certaines modalités concernent peu d'AJP, particulièrement SU2 (soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique) qui intéresse moins de 10 °/° des jours patients totaux en moyenne.

L'hétérogénéité du poids des diverses modalités nécessite leur regroupement

On a noté : d'une part, la forte diversité de représentativité entre les diverses modalités de prise en charge en termes de proportions d'AJP ; d'autre part, l'absence de certains types d'accueil dans des secteurs. Pour remédier à cette disparité qui risque de brouiller les résultats. Des regroupements sont effectués.

Les modalités « autres » doivent être réaffectées. Il s'agit des modalités : AP - accueil et soins à temps complet autres - AJ - accueil et soins à temps partiel autres - et AA - soins ambulatoires autres. Elles présentent toutes une signification très relative. En outre, on peut s'interroger sur leur contenu : les AJP ont-ils été affectés dans ces modalités « de reste » en raison d'une réelle difficulté à les classer, ou s'agit-il d'un manque d'information ? Dans l'impossibilité de connaître la réponse à ces questions, elles sont regroupées avec d'autres modalités.

Ensuite, certaines modalités rares sont très peu significatives. On a déjà évoqué toutes les modalités de prise en charge à temps complet, autres que l'hospitalisation temps plein, qui seront toutes rassemblées. Sont aussi regroupés l'accueil en atelier thérapeutique et en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, puis trois modalités de prise en charge ambulatoire (soins et interventions à domicile, en institutions substitutives au domicile et en unité d'hospitalisation somatique).

Les nouvelles variables sont au nombre de 7 :

- NPTC équivalent à PT ;
- NPTA regroupant PC, AT, PF et HD et AP. Ces cinq modalités correspondent au temps complet hors PT ;
- NUC équivalent à NU ;
- NJOC équivalent à JO ;
- NTTT qui regroupe TT, CA et AJ : accueil et soins en atelier thérapeutique, accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et autres accueils à temps partiel ;
- NCOT équivalent à CO ;
- NSDT qui regroupe SD, SI, SU et AA : soins et interventions à domicile, soins et interventions en institutions substitutives au domicile, soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique et autres soins ambulatoires.

Tableau n° 2
Part d'actes-jours-patients dans les modalités de prise en charge (en °/°)

Nom de la variable	Mode de calcul	Moyenne	Ecart type	Valeur minimale	Valeur maximale
PRISE EN CHARGE A TEMPS COMPLET					
NPTC	En hospitalisation plein temps (PT)	560.7	169.7	0	1000
NPTA	Dans les autres modalités de temps complet (PC + AT + PF + HD + AP)	33.4	53.0	0	246.8
PRISE EN CHARGE A TEMPS PARTIEL					
NNUC	En hospitalisation de nuit (NU)	12.1	20.1	0	157.8
NJOC	En hospitalisation de jour (JO)	114.3	123.4	0	933.2
NTTT	En accueil et soins en atelier thérapeutique ou centre d'accueil thérapeutique tps partiel et « autres » temps partiel (TT + CA + AJ)	63.2	65.1	0	430.8
PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE					
NCOT	En CMP, unité de consultation secteur (CO)	137.3	5.9	0	518.5
NSDT	En soins et intervention à domicile en institutions substitutives de domicile ou unité hospitalisation somatique et « autres » soins ambulatoires (SD + SI + SU + AA)	92.0	64.7	0	349.3

Source : Base de données trajectoires psy. PMSI - Fiches patients 1993-1994-1995

I-3-2. Le descriptif socio-démo-médical : distribution des files actives selon le sexe, l'âge et le diagnostic dans la base de données

Trois variables ont été prises en compte pour décrire les files actives de chacun des secteurs :

- *La structure de la population selon le sexe*

On observe en moyenne une meilleure représentation des femmes que des hommes dans la population. Il existe cependant 40 secteurs dans lesquels les hommes sont majoritaires, dont 9 secteurs pour lesquels ils représentent plus de 55 % de la population des patients. Ces 9 secteurs ne présentent pas d'évidence d'autre caractéristique commune. Dans 12 autres secteurs, c'est l'inverse, les femmes sont nettement majoritaires, puisqu'elles représentent plus de 60 % des effectifs. Le sexe de l'individu est généralement bien renseigné, puisque 3 secteurs seulement ont plus de 5 % des patients pour lesquels le sexe n'est pas renseigné.

- *La structure de la population selon l'âge*

Quatre classes d'âge seulement sont distinguées. 6 secteurs ont moins de 5 % de moins de 25 ans ; 6 en ont plus de 20 %. 5 secteurs ont moins de 20 % de 25-39 ans ; 4 en ont plus de 40 %. La part des 40-59 ans varie assez peu d'un secteur à l'autre. 6 secteurs ont moins de 10 % de 60 ans et plus ; en revanche, 16 secteurs ont plus de 40 % de 60 ans et plus, ils « tirent » la moyenne vers le haut. Ces secteurs à population plus âgée, sont une fois sur deux des secteurs où la part de l'hospitalisation temps plein couvre les 2/3 des AJP totaux. L'âge de l'individu est bien renseigné dans près de 80 % des cas. On constate en outre que les secteurs montrant une surreprésentation ou une sousreprésentation remarquable de l'une ou l'autre classe d'âge, ne sont pas des secteurs où l'âge est mal renseigné.

- *La structure de la population selon le diagnostic*

Pour établir cette variable, les principes qui avaient été édictés dans le cadre des premiers travaux effectués sur les trajectoires ont été repris, en distinguant les grands chapitres de la CIM10 et procédant le cas échéant à un recodage des diagnostics de la CIM9 en CIM10. Il apparaît que ce travail de nettoyage était particulièrement nécessaire, dans la mesure où ne disposant pas de cette information pour plus de la moitié des patients dans 20 % des secteurs figurant dans la base, il était nécessaire de ne pas perdre le peu d'informations disponibles. L'intérêt de cette variable s'en trouve donc réduit. On peut cependant noter que lorsque cette variable apparaît comme discriminante au regard du type de prise en charge, les résultats apparaissent cohérents. Ainsi, beaucoup d'hôpital temps plein, va de pair avec une population plus âgée et présentant plus de diagnostics de troubles mentaux organiques. Ou, beaucoup de consultations de secteur va de pair avec un plus grand nombre de « trouble mental sans précision », révélant par là les difficultés de l'établissement d'un diagnostic dans le cadre de consultations parfois très ponctuelles.

Tableau n° 3
Répartition des populations accueillies selon le sexe, l'âge et le groupe diagnostic (en %)

Nom de la variable	Mode de calcul	Moyenne	Ecart type	Valeur minimale	Valeur maximale
Selon le sexe					
SEXH	Homme	46.29	6.20	0	63.88
SEXF	Femme	53.71	6.20	36.12	100.00
Selon l'âge					
CLAG1	Moins de 25 ans	10.67	4.42	0	33.72
CLAG2	25-39 ans	31.17	6.65	5.00	45.49
CLAG3	40-59 ans	32.11	4.78	22.72	55.38
CLAG4	60 ans et plus	26.06	10.30	6.53	60.00
Selon le groupe diagnostic					
DIAA	Troubles mentaux organiques	7.50	5.67	0	35.96
DIAB	Troubles liés aux substances	12.42	6.01	0	38.36
DIAC	Schizophrénies, troubles schizotypiques ou délirants	20.38	10.33	0	59.25
DIAD	Troubles de l'humeur	19.09	8.65	0	52.64
DIAE	Troubles névrotiques	16.85	8.78	0	49.57
DIAF	Troubles de personnalité et du cptt chez l'adulte	10.70	5.63	0	46.97
DIAG	Retard mental	4.27	7.62	0	100.00
DIAH	Syndromes comportementaux associés à des perturbations psycho. ou à des facteurs physiques	1.06	1.53	0	18.78
DIAI	Troubles du développement psychologique	0.94	1.27	0	13.64
DIAJ	Troubles compttx et émotionnels apparaissant habituellement dans enfance ou adolescence	0.48	1.35	0	16.75
DIAK	Troubles mental sans précision	3.09	9.26	0	80.08
DIAL	Autres diagnostics	1.17	3.20	0	19.70

Source : Base de données trajectoires psy. PMSI - Fiches patients 1993-1994-1995

I-3-3. Des indicateurs internes quantitatifs obtenus pour l'année 1995 grâce aux rapports de secteur

Après discussion plusieurs indicateurs pertinents ont été retenus pour décrire le secteur dans son fonctionnement :

- RAPD renseigne sur la durée de séjour concernant l'ensemble de l'année ;
- RAPO se rapproche d'un indicateur de prévalence ;
- RAPN permet de rapprocher l'activité du secteur et son équipement en personnel non médical ;
- RAPS évalue le taux de renouvellement de la file active ;
- DIVE constitue un indicateur de diversification du secteur ;
- RAPN2 et RAPM2 rapprochent l'activité du secteur en hôpital temps plein et les effectifs de personnel.

Tableau n° 4
Indicateurs descriptifs internes issus des rapports de secteur de 1995

Nom de la variable	Mode de calcul	Moyenne	Ecart type	Valeur minimale	Valeur maximale
RAPD	Nb de jours totaux passés /Nb de patients	36.62	11.18	8.95	64.58
RAPO	(Nb de patients /Nb des habttts du secteur) * 1000	157.05	68.62	19.45	535.00
RAPN	Nb de jours totaux passés / Effectif du personnel non médical en ETP	428.61	111.48	246.40	1208.00
RAPM	Nb de jours totaux passés / Effectif du personnel médical en ETP	8560.88	5629.05	2425.00	48671.00
RAPS	(Nb de patients vus pour la 1ère fois / Effectif de la file active) * 100	41.59	9.99	3.82	66.42
DIVE	Nb de lits-places d'alternatives/ Nb total de lits-places d'hospitalisation complète et d'alternatives	0.27	0.15	0	0.71
RAPN2	Nb de jours en hôpital temps plein / Effectif du personnel non médical en ETP	735.33	262.67	129.50	2152.00
RAPM2	Nb de jours en hôpital temps plein/ Effectif du personnel médical en ETP	14975.58	12061.60	1675.00	116000.0

Source : Rapports de secteurs 1995 – DREES

I-3-4. Des indicateurs externes qualitatifs

Il est apparu souhaitable d'ajouter aux trois premières séries d'éléments, des indicateurs à caractère plus externe.

Mesurer *l'offre alternative* existante semble ainsi nécessaire. S'il est impossible de connaître précisément l'offre libérale dans un secteur donné et à défaut de disposer des moyens de découper le territoire selon des zones d'attraction pertinentes, on peut s'appuyer sur le nombre de psychiatres à l'échelle du département et rapporté à l'effectif de la population. Selon des travaux menés [22, 23], on sait que la distribution des médecins spécialisés dans cette discipline est inégale, ces derniers sont notamment plus présents dans les grands centres urbains. Il est ainsi montré que capacités d'hospitalisation (mesurées en lits et places) et présence de psychiatres ne vont pas forcément de pair dans les départements, à la différence des effectifs infirmiers qui apparaissent corrélés à ces capacités d'hospitalisation.

Concernant *les besoins de la population*, on sait que leur évaluation est quasi-impossible. Il est apparu au cours de la réunion, qu'à défaut d'opérateurs efficaces, on pouvait cependant tenter d'appréhender les besoins par des indicateurs socio-économiques, comme les variables descriptives de la part de la population potentiellement plus vulnérable, vivant des situations de rupture professionnelle (le taux de chômage) ou familiale (le taux de divorce - mesurant un événement - ou taux de personnes célibataires, ne vivant pas maritalement - qualifiant un état).

Ensuite il est apparu nécessaire de disposer d'éléments sur *l'équipement existant dans l'environnement du secteur*. La présence plus ou moins forte de structures d'accueil relevant du secteur social joue, notamment dans les capacités de certains secteurs à réduire la population de patients au long cours - ou « chroniques » - hospitalisés à temps plein en les « plaçant » dans des CAT, AP, MAS, etc. On se doit bien sûr de tenir compte spécifiquement des places disponibles en structures d'accueil pour les personnes âgées aussi.

L'échelle départementale pour le recueil de ces différents indicateurs paraît ici la plus valide, pour une question d'accessibilité relative ; la solution alternative consistant à établir ces données à un niveau régional apparaît moins intéressante, notamment du fait du trop grand écart existant entre l'échelon régional et l'échelon sectoriel et de fortes disparités intra-régionales existantes. Ces

indicateurs sont dits « qualitatifs » dans la mesure où le département d'appartenance de chaque secteur sera qualifié par son niveau dans l'ensemble des départements français.

Tableau n° 5
Eléments descriptifs externes établis au niveau départemental -
Indicateurs qualitatifs et ordinaux

Nom de la variable	Définition (Source - date)	Classe 1 effectif	Classe 2 effectif	Classe 3 effectif	Classe 4 effectif	Classe 5 effectif
CLRETRAI	Nombre de places en établissements pour personnes âgées pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (DREES - 1er janvier 1996)	< 100 16	100-<130 28	130-<150 53	150-<190 48	190 et plus 41
NEWHAN	Nombre de places en CAT, AP, MAS, FO, FDT pour 1000 pers. de 20-59 ans (DREES - 1er janvier 1996)	< 3 32	3 - <4.5 49	4.5 - <5.5 72	5.5 - <7 27	7 et plus 6
PSYLIB	Nombre de psychiatres libéraux exclusifs pour 100 000 habitants (ADELI - 1er janvier 1998)	< 3 53	3 35	4 18	5 - < 8 21	8 - 16 63
CLCHOMA	Taux de chômage au sens du Bureau International du Travail (DREES - dernier trimestre 1995)	< 10 38	10 - < 11 38	11 - < 12 21	12 - <15 52	15 et plus 27
CLDIVOR	Taux de divorce pour 100 000 femmes mariées (Ministère de la Justice, 1990)	< 50 9	50 - < 65 25	65 - < 80 56	80 - < 95 49	95 et plus 47

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS QUALITATIFS

CLRETRAI

Par l'intermédiaire de la DREES, on dispose pour chaque département du nombre total de places en établissement pour personnes âgées (en maisons de retraite publiques autonomes, maisons de retraite des hôpitaux, maisons de retraite privées, logements-foyers et autres établissements pour personnes âgées) que établis pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus dans le département, à la date du 31 décembre 1996.

Cinq classes de « niveau » ont été construites pour décrire chaque département :

- Classe 1 : 7 départements où le rapport est inférieur à 100 °/°° ;
- Classe 2 : 26 départements où il est compris entre 100 et 130 °/°° ;
- Classe 3 : 23 départements où il est compris entre 130 et 150 °/°° ;
- Classe 4 : 23 départements où il est compris entre 150 et 190 °/°° ;
- Classe 5 : 17 départements où il est supérieur à 190°/°°.

NEWHAN

Par l'intermédiaire de la DREES, on dispose pour chaque département du nombre total de places en foyer d'hébergement pour adultes handicapés, maisons d'accueil spécialisées et foyers occupationnels pour 1000 habitants à la date du 1er janvier 1996.

Cinq classes de « niveau » ont été construites pour décrire chaque département :

- Classe 1 : 11 départements où ce nombre est inférieur à 1,5 °/°° ;
- Classe 2 : 29 départements où ce nombre est compris entre 1,5 et 2,5 °/°° ;
- Classe 3 : 25 départements où ce nombre est compris entre 2,5 et 3,5 °/°° ;
- Classe 4 : 22 départements où ce nombre est compris entre 3,5 °/°° et 5 °/°° ;
- Classe 5 : 8 départements où ce nombre est supérieur à 5 °/°°.

PSYLIB

Cet indicateur a été repris dans le travail de bilan de la sectorisation psychiatrique [22]. Il rapporte le nombre de psychiatres libéraux exclusifs à la population (°/°°°), il a été établi grâce au fichier ADELI pour la fin de l'année 1997.

Cinq classes de « niveau » ont été construites pour décrire chaque département :

- Classe 1 : de 0 à 2 psychiatres libéraux exclusifs pour 100 000 habitants ;
- Classe 2 : 3 psychiatres libéraux exclusifs pour 100 000 habitants ;
- Classe 3 : 4 psychiatres libéraux exclusifs pour 100 000 habitants ;
- Classe 4 : de 5 à 7 psychiatres libéraux exclusifs pour 100 000 habitants ;
- Classe 5 : de 8 à 16 psychiatres libéraux exclusifs pour 100 000 habitants ;

Les psychiatres sont les plus denses dans la région parisienne et dans le sud-est de la France. C'est en Guyane, Guadeloupe et Réunion, que s'observent les densités les plus faibles. En métropole, les densités les plus faibles concernent des départements essentiellement ruraux et/ou peu attractifs sur le plan économique.

CLCHOMA

Cet indicateur a été transmis par la DREES, qui disposait de l'ensemble des taux de chômage départementaux- au sens du Bureau International du Travail et corrigé des variations saisonnières - datée du dernier trimestre des dix dernières années. Cette variable est donc introduite pour chaque secteur en fonction de son département de localisation, taux de chômage pour le dernier trimestre 1995.

Cinq classes de « niveau » ont été construites pour décrire chaque département :

- Classe 1 : 28 départements où le taux de chômage est inférieur à 10 % ;
- Classe 2 : 21 départements où le taux de chômage est compris entre 10 et 11 % ;
- Classe 3 : 39 départements où le taux de chômage est compris entre 11 et 12 % ;
- Classe 4 : 20 départements où le taux de chômage est compris entre 12 et 15 % ;
- Classe 5 : 6 départements où le taux de chômage est supérieur à 15 %.

CLDIVOR

Cet indicateur a été transmis par le Ministère de la Justice, il a le désavantage d'être un peu ancien. Des catégories de différenciation assez standards ont été reprises.

I-3-5. Les corrélations simples existants entre ces divers éléments descriptifs

Sont présentées ici sommairement les corrélations existant entre les parts d'AJP et les autres variables. Dans le cas où des corrélations significatives existent, elles sont apparues cohérentes avec l'appréhension de la réalité des secteurs. Notamment :

- Les secteurs où l'activité est fortement marquée par l'hospitalisation temps plein sont aussi ceux où l'on trouve des populations plus masculines, plus souvent âgées et ayant plus fréquemment des troubles mentaux organiques. On voit ici apparaître les populations de patients au long cours, qui forment des effectifs plus significatifs dans les lieux les plus fermés. La part des troubles liés aux substances augmente aussi avec la part de l'hospitalisation temps plein. Le fait que la part d'AJP en hôpital temps plein soit négativement corrélée avec RAPN (nombre d'actes-jours totaux passés/effectif du personnel non médical en ETP) tient évidemment au fait que les structures prenant en charge le plus de patients 24h/24 nécessitent un personnel plus important. Enfin dans ces secteurs, l'indicateur de diversification est plus faible qu'en moyenne.
- Les alternatives à l'hospitalisation temps plein dans le cadre du temps complet évoluent de pair avec la part des 25-39 ans, semblant montrer que ces structures accueillent plus facilement des populations de jeunes adultes. On doit noter aussi que ces prises en charge sont de plus long cours, puisqu'une corrélation positive apparaît avec l'indicateur de durée de séjour (nombre de jours-patients/nombre de patients).
- La part d'hôpital de jour est positivement corrélée avec la part de population d'âge intermédiaire élevé (les 40-59 ans), ainsi qu'avec les troubles de la personnalité et du comportement adulte. Le personnel non médical serait moins intensivement mobilisé dans les structures où la modalité « hôpital de jour » est forte. Les durées de séjour apparaissent plus longues qu'en moyenne. Ces structures ont des files actives de taille inférieure à la moyenne et les patients les plus âgés y sont moins fréquents.
- Beaucoup de journées de prises en charge en atelier ou centre thérapeutique s'allient avec une plus grande fréquence de troubles de la personnalité et du comportement adultes, et une moindre des troubles de l'humeur. Dans la population de secteurs analysée, ce sont des lieux où l'activité est particulièrement forte (beaucoup d'AJP).
- Une forte représentation des prises en charges en CMP conduit à une féminisation de la population des patients, il est aussi plus difficile d'y établir un diagnostic. Les effectifs de patients alors traités y sont plus élevés, c'est confirmé par une forte activité et un plus fort taux de renouvellement. « Beaucoup de consultations » s'oppose à « beaucoup d'hospitalisation temps plein ».
- Une forte part d'ambulatoire extérieur va de pair avec une forte activité (effectif des AJP total corrélé positivement), les populations des 60 ans et plus sont plus concernées - à la différence des autres adultes (25-59 ans). Les troubles névrotiques augmentent ici à la différence des troubles de schizophrénies. Les durées de prise en charge apparaissent plus courtes aussi.

Au sujet des éventuelles corrélations existant entre les cinq indicateurs externes qualitatifs et les sept principales modalités de prise en charge, on doit constater d'emblée que ces variables ne « fonctionnent » pas très bien, les quelques liens que l'on observe, semblent plus liés au caractère rural ou urbain du département de localisation du secteur (particulièrement pour l'indicateur de présence des psychiatres libéraux) qu'à d'autres critères.

I-4. Une typologie axée sur les modalités de prise en charge les plus lourdes en termes d'activité

Une analyse multivariée sur l'ensemble de la population des secteurs a tout d'abord été réalisée. Puis pour éviter que certains secteurs trop particuliers (secteurs sans accueil à hospitalisation temps plein ou secteurs sans accueil en hôpital de jour) ne brouillent les résultats, une ACP normée effectuée sur les sept variables regroupées actives (les variables descriptives de la population et les indicateurs étant introduits dans l'analyse comme variables illustratives), mais sur une population de secteurs réduite de ces onze individus trop particuliers a été présentée.

Une classification en 8 classes apparaît. Ces classes permettent de dégager des relatives spécialisations : « les très temps plein », « les plus hôpital de jour », etc.

Pour parfaire cette description, une autre typologie a été élaborée, qui simplifie encore l'approche en distinguant les secteurs, en premier lieu lorsque leur activité est très marquée par l'une des trois modalités majeures, puis selon les modalités mineures.

Que l'on réalise une classification selon une démarche statistique classique (Analyse en composantes principales) ou que l'on recrée une typologie en s'appuyant successivement sur les modalités majeures, puis les modalités mineures, il apparaît que : les secteurs les plus marqués par l'hospitalisation temps plein, l'hôpital de jour et le CMP (ou les consultations de secteur) sont clairement distingués et constituent les axes principaux d'observation. Qu'ensuite, l'un ou l'autre scénario mette en avant ou en retrait une plus ou moins grande caractérisation sur le plan de modalités plus mineures de prise en charge apparaît moins essentiel.

Les principaux enseignements à tirer de ces typologies sont les suivants :

- *Tous les secteurs ne se ressemblent pas et on note de fortes disparités* entre eux sur le plan de leur activité. On est en mesure d'identifier rapidement les secteurs les plus classiques, au sens proches de l'asile, où l'hospitalisation temps plein absorbe au moins les deux tiers de l'activité et laisse peu de place au développement d'autres prises en charge. Ces secteurs sont sans doute à situer dans ceux considérés comme « fermés ». En vis-à-vis on peut poser les secteurs où l'activité ambulatoire est particulièrement importante. Il est indéniable que cette diversité a un impact sur les modalités de prise en charge des patients, parce que cela guidera un patient dans des formes particulières de prise en charge différentes selon le « style » du secteur, et, parce que certains patients ayant le choix entre le public et le privé orienteront plus ou moins consciemment leur décision de recours en fonction de l'image de ce secteur. Il reste cependant difficile au regard des informations ici disponibles de repérer le degré de partenariat, d'évaluer la présence et l'importance du réseau de prise en charge et de cerner les évolutions en cours des secteurs. C'est au travers d'éléments plus qualitatifs que des « diagnostics » sur les secteurs peuvent être posés [29].
- Pour aller plus loin encore, on pourrait dire *que la définition même de secteur se trouve interrogée*. En effet, dans les secteurs exclus de l'analyse automatique, ne se trouvent pas seulement des établissements privés, qui ont été introduits de manière raisonnée dans le fichier « trajectoires » malgré leurs atypismes, mais aussi quelques secteurs a priori « classiques ». En outre, certains secteurs notamment dans la région parisienne révèlent de fortes spécialisations interrogeant le souci de diversification qui a présidé à la mise en place de la sectorisation. Ce biais, propre à la région parisienne, se comprend aisément en raison de la densité de la population et donc du caractère plus poreux des frontières du secteur. On sait aussi que les accueils au long cours peuvent difficilement s'effectuer à Paris même et conduisent plus souvent à la sortie des patients dans les départements de la petite couronne.

- Quelles que soient les règles méthodologiques utilisées pour distinguer les secteurs entre eux, *il semble exister des différences incontournables*. Ce seront les différences observées dans les trajectoires individuelles qui complèteront la validation du choix de classification le plus, mais les nuances entre l'une et l'autre typologie ne devraient jouer qu'à la marge.

Finalement, il est décidé que l'on peut synthétiser l'ensemble des résultats en définissant *une typologie en 6 classes* :

- La première classe à distinguer, qui apparaît de manière nette en s'opposant aux autres, est constituée par les secteurs où la part d'AJP en hôpital temps plein est particulièrement élevée. Tous les secteurs pour lesquels cette part d'AJP est supérieure ou égale à 685 °/°° entrent dans cette classe (38 secteurs). Cela correspond au dernier quartile (20 % de valeurs les plus élevées pour cette variable). Cette classe est l'une des mieux caractérisées au regard des variables illustratives.
- La seconde classe s'oppose à la première, elle regroupe les secteurs pour lesquels, la part d'AJP en CMP ou consultation est particulièrement élevée, au dessus de 200 °/°°. Cela correspond aussi au dernier quartile (37 secteurs)

Toutes les classes suivantes se définissent en cascades, de manière hiérarchique, pour les secteurs n'entrant pas dans les classes précédentes :

- La troisième classe apparaît aussi dans les deux classifications, mais elle est moins facilement reconnaissable. Elle contient les secteurs ne répondant pas aux deux critères précédents et où la part d'AJP dans la modalité hôpital de jour est élevée. Elle est nettement moins typée que les deux précédentes et pour une meilleure délimitation, la limite du quantile n'est pas ici utilisée mais la limite de 190 °/°° (23 secteurs).
- La quatrième classe regroupe les secteurs qui n'ayant pas répondu aux trois critères précédents, ont une part de prise en charge en ambulatoire extérieur (hors CMP et consultation de secteur) particulièrement élevée, supérieure ou égale à 140 °/°°, ce qui correspond là encore au dernier quantile (20 % des valeurs les plus élevées). Cette classe est proche de la seconde classe, dans la mesure où les variables, part d'AJP en CMP ou consultation de secteur et part d'AJP dans des autres prises en charges en ambulatoire évoluent de manière relativement parallèle (25 secteurs).

Les quatre classes ici déjà définies regroupent au total 123 secteurs présentant chacune une forte part dans une des quatre modalités de poids (représentant en moyenne au moins ou environ 100 °/°° d'AJP ou 10 %). Dans la masse des secteurs restants, les secteurs marqués par d'autres modalités, plus mineures n'ont pas été distingués. En revanche, il est intéressant d'opérer une distinction en fonction de la part d'AJP s'inscrivant globalement dans l'une ou l'autre des modalités moins incontournables (autres prises en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire et hospitalisation de nuit). Ainsi on différencie :

- La cinquième classe (28 secteurs) où s'inscrivent les secteurs ne répondant pas aux quatre critères précédents et où la part totalisée d'AJP en NPTA, NNUC, N'TTT' et NSDT' est supérieure à 220 °/°° ou 22 %. Cette limite a été établie parce que naturellement dans le fichier, elle correspond à un « trou » dans la distribution des 67 secteurs restants.

- La sixième classe définie par défaut rassemble les 39 secteurs restants, que l'on pourrait définir comme secteurs moyens, ils ne répondent à aucun des cinq critères précédents

La description de ces classes du point de vue des variables illustratives confirme les éléments d'information déjà présents, ils sont résumés dans le tableau n° 3. Il apparaît que les classes 1, 2 et 3 sont relativement typées, la classe 4 se distingue déjà moins clairement, les classes 5 et 6 ne présentant aucun signe particulier sur le plan des autres éléments descriptifs.

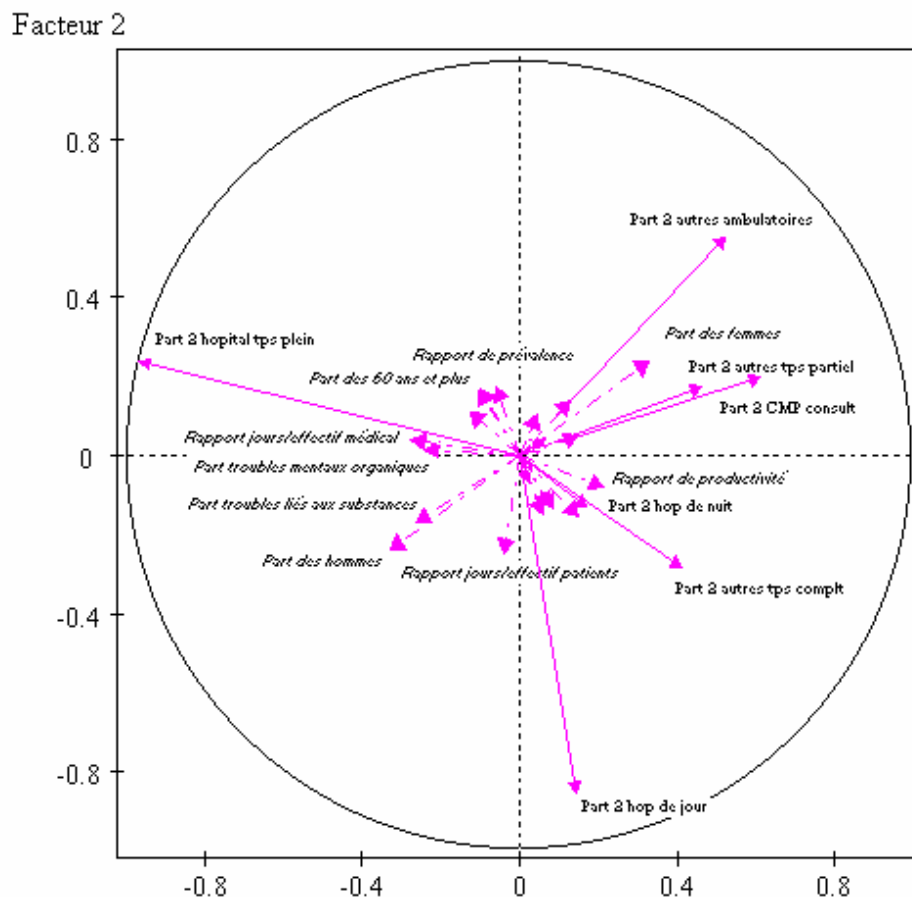
Tableau n° 6
Descriptif de la classification des secteurs

Classes	Critère	Caractéristiques *	Nb de secteurs
Classe 1 : Les plus hôpital temps plein	Part d'AJP en hôpital temps plein NPTC > 685 °/°°	<ul style="list-style-type: none"> • Part des hommes : 48,0 (/46,3) • Part des 60 ans et + : 30,6 (/26,1) • Part de schizophrénie, troubles schizo, délirants: 22,2 (/20,4) • Part de retard mental : 8,5 (/4,3) • Nb d'AJP/ETP médical en 95 : 10456 (/8560) • <i>Nb d'AJP/ETP non médical en 95 : 372,92 (/428,6)</i> • <i>Part des 25-39 ans : 28,6 (/31,2)</i> • <i>Part des troubles de l'humeur : 15,5 (/19,1)</i> • <i>Part de troubles sans précision : 1,9 (/3,1)</i> 	38
Classe 2 : Les plus CMP, consultation de secteur	Part d'AJP en CMP, consultation de secteur NCOT > 200 °/°°	<ul style="list-style-type: none"> • Part des femmes : 55,1 (/53,7) • Part des 25-39 ans : 35,6 (/31,2) • Part (%) de patients en 95 vus pour la première fois: 44,0 (/41,6) • <i>Part des troubles /aux substances : 9,3 (/12,4)</i> • <i>Part de retard mental : 1,7 (/4,3)</i> • <i>Nombre de patients pour 10 000 habitants en 95 : 141,2 (/157,0)</i> • <i>Part des 60 ans et + : 19,2 (/26,1)</i> • <i>Part de troubles mentaux organiques : 4,6 (/7,5)</i> • <i>Nb d'AJP /ETP médical en 95 : 6821 (/8560)</i> 	37
Classe 3 : Les plus hôpital de jour	Aucun des critères précédents et Part d'AJP en hôpital de jour : NJOC > 190 °/°°	<ul style="list-style-type: none"> • Part des 40-59 ans : 34,0 (/32,1) • Part de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte: 13,1 (/10,7) • Part de troubles du développement psychologique : 1,7 (/0,9) • Nb d'AJP /Nb de patients en 95: 41,1 (/36,6) • Nb d'AJP/ETP non médic en 95 : 496,4 (/428,6) • <i>Part des 60 ans et +: 23,5 (/26,1)</i> • <i>Part de troubles sans précision: 0,6 (/3,1)</i> 	23
Classe 4 : Les plutôt ambulatoires extérieurs	Aucun des critères précédents et Part d'AJP en autres modalités ambulatoires NSDT > 140 °/°°	<ul style="list-style-type: none"> • Part de femmes : 56,4 (/53,7) • Part de 60 ans et + : 31,5 (26,1) • Part de troubles mentaux organiques : 11,0 (/7,5) • Nb de patients pour 10 000 habitants en 95 : 174,7 (/157,0) • <i>Part de schizophrénie, trbles schizotyp., délirants: 15,7 (/20,4)</i> 	25
Classe 5 et 6: Les moyens	Aucun des critères précédents	non significatif	67

* Les chiffres indiqués entre parenthèses correspondent à la valeur moyenne de la variable pour l'ensemble. Les caractéristiques en italiques sont celles corrélées négativement, les autres l'étant positivement

Pour illustrer ces choix, le cercle de corrélation dessiné à partir de l'analyse en composantes principales, est ici reproduit :

Graphique n° 1 : Cercle de corrélation de l'ACP des sept modalités actives



Commentaire

A partir d'une ACP normée, on obtient un % de variance expliquée de 63 % sur les trois premières valeurs propres.

L'axe 1 contient près de 30 % de l'information initiale. Cet axe oppose la part d'hôpital temps plein (à l'ouest) à toutes les autres variables caractérisant les parts d'AJP, mais particulièrement à la variable de la part de consultation (la plus à l'est) . On voit sur le graphique du cercle de corrélation que plusieurs variables illustratives vont de concert : la part des hommes (et celle des 60 ans et plus, de façon moins marquée cependant) dans la population des patients, les parts de troubles mentaux organiques et de troubles liés aux substances. Un indicateur fonctionne de manière nette dans le même sens, celui qui rapporte le nombre d'AJP à l'effectif médical en équivalent temps plein.

A l'opposé, hors toutes les variables actives, on doit souligner la part de femmes dans la population des patients (très logiquement) et l'indicateur dit de productivité, qui rapporte le nombre d'AJP à l'effectif du personnel non médical en équivalent temps plein.

L'axe 2 contient un peu moins de 20 % de l'information initiale. Cet axe oppose surtout la variable part en hôpital de jour (accompagnée sur un mode mineur de la part des autres prises en charge à temps complet que l'hôpital temps plein) à la variable représentant la part des prises en charge ambulatoires extérieures.

Application des critères de la classification à l'ensemble des secteurs

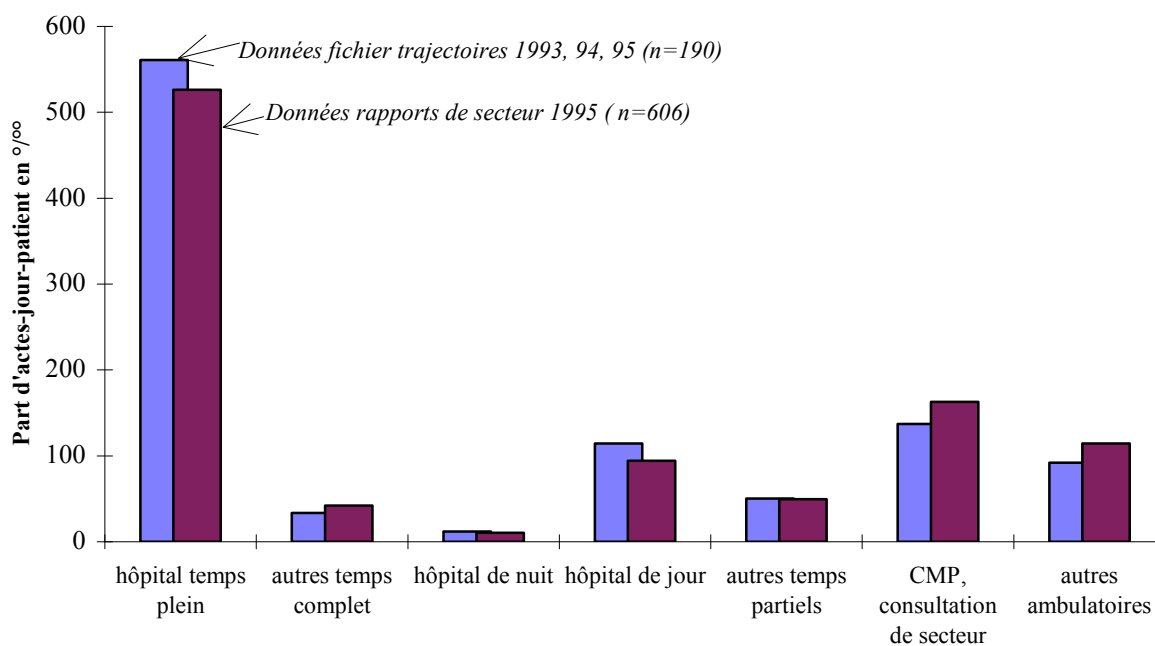
On trouve dans la base de données issues des rapports de secteur de 1995 (DREES) des indications concernant le nombre de journées (qui correspondent à aux AJP) effectuées dans chacune des 16 modalités pour le secteur dans son entier.

Sur les 790 secteurs répertoriés dans la base, 184 secteurs ont des données manquantes sur l'une ou l'autre modalité, mais 606 secteurs semblent disposer de données complètes pour toutes les modalités.

Par conséquent, une comparaison a été réalisée entre les deux sources : d'une part, les 190 secteurs de la base de données trajectoires ; d'autre part, parmi les 790 secteurs répertoriés dans la base de données des rapports de secteur, 606 secteurs ayant des données complètes en matière de nombre de jours effectués dans les modalités de prise en charge.

Les parts moyennes d'actes-jours dans les 7 modalités regroupées sont tout d'abord comparées , puis les classifications obtenues en appliquant les critères de définition de chacune de nos 6 classes.

Graphique n° 2 : Comparaison des parts d'actes-jour-patient dans les sept modalités pour les deux sources de données



Les ordres de grandeur sont identiques dans les deux sources, voici les quelques différences significatives observées :

- la part d'AJP en hôpital temps plein est plus faible sur l'ensemble des secteurs répertoriés en 1995 puisqu'elle est réduite d'environ 34 °/°° ;
- la part d'AJP en hôpital de jour est aussi plus faible (de 20 °/°°) dans l'ensemble des secteurs ;
- La part d'AJP en ambulatoire est en moyenne plus importante dans l'ensemble des secteurs : de 26 °/°° en CMP-consultation de secteur et de 22 °/°° pour les autres prises en charge ambulatoires.

Tableau n° 7
Présentation des variables associées aux sept modalités regroupées de prise en charge
(Parts d'AJP effectués sur l'année 1995 à partir des rapports de secteurs)

Variables	Valeur moyenne en °/°°	Ecart-type en °/°°	Médiane	Quantile à 75 %	Nb de secteurs où variable =0
PRISE EN CHARGE A TPS COMPLET :					
NPTC : Part de jours patients en hospitalisation plein tps	526,1	162,5	540,0	630,3	8
NPTA: Part de jours patients en autres modalités de temps complet (PC2 + AT2 + PF2 + HD + AP2)	42,2	72,0	13,9	60,9	213
PRISE EN CHARGE A TPS PARTIEL :					
NNUC : Part de jours-patients en hospitalisation de nuit (NU2)	10,6	20,1	5,0	12,3	24
NJOC : Part de jours-patients en hospitalisation de jour (JO2)	94,2	80,5	83,2	135,5	11
NTTT: Part de jours-patients en accueil et soins en atelier thérapeuti. ou centre accueil thérapeuti. tps partiel et « autres » temps partiel (TT2 + CA2 + AJ2)	49,5	55,7	34,2	72,6	108
PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE :					
NCOT : Part de jours-patients en CMP, unité de consultation secteur (CO2)	163,0	100,4	136,2	216,3	15
NSDT : Part de jours-patients en soins et intervention à domicile en instit. substit. de domicile ou unité hospitalisation somatique et « autres » soins ambulatoires (SD2 + SI2 + SU2 + AA2)	114,4	81,4	96,6	146,1	3

Rapports de secteurs 95 - DREES

Note : 606 secteurs sont traités dans la mesure où 184 secteurs avaient des données manquantes sur l'une ou l'autre modalité sur les 790 secteurs répertoriés en 1995 dans le fichier rapport de secteur.

Lorsqu'on se penche plus précisément sur l'existence ou non des divers modes de prise en charge dans l'ensemble des secteurs, il apparaît des proportions de secteurs plus nombreuses à ne pas offrir certaines modalités :

- 108 secteurs sur les 606 secteurs des rapports de secteur, soit 18 % de l'ensemble des secteurs, ne présentent pas d'AJP dans les autres modalités du temps partiel (accueil et soins en atelier thérapeutique ou centre accueil thérapeutique à temps partiel et « autres » temps partiels). Dans la base de données trajectoires, ce % est plus faible, puisqu'il s'établit à 11 points.
- 213 secteurs, soit 35 % dans l'ensemble des secteurs, ne proposent pas d'autres prises en charge à temps complet que l'hôpital temps plein. Cette proportion était moindre dans la base de données trajectoires (31 %).

Enfin si l'on applique les critères définis dans la classification pour distribuer les 606 secteurs dans les divers groupes, on obtient une classification où les secteurs dits « plus CMP et consultation de secteur » sont plus nombreux, ils regroupent 28 % des secteurs. Les « plus hôpital temps plein » sont à l'opposé en effectif moins considérable, ils ne représentent que 15 % de l'ensemble. Sinon les différences sont peu notables.

Tableau n° 8 : Indicateurs pour les 4 principaux types de secteur

Type de secteur	Les plus hôpital tps plein	Les plus consultation	Les plus hôpital de jour	les plus ambulatoires extérieurs	Ensemble
Indicateurs					
% de :					
hommes	48,69	43,19	46,73	45,08	46,18
femmes	51,31	66,81	53,27	54,92	53,8
moins de 25 ans	10,11	10,22	10,45	10,37	10,63
25-39 ans	29,92	31,98	32	31,56	31,1
40-59 ans	31,18	32,7	34,02	32,19	32,21
60 ans et +	28,79	25,1	23,54	25,87	23,06
trbles mentaux organiques	9,75	6,15	6,8	6,65	7,5
trbles liés aux substances	13,33	9,95	14,07	11,8	12,49
schizophrénies, trbles schizo ou délirants	21,3	19,47	17,97	17,13	20
trbles de l'humeur	16,22	18,75	18,56	20,18	19,26
trbles névrotiques	15,44	18,53	17,3	18,28	16,99
trbles de la perso et du comportement chez l'adulte	9,13	9,83	13,31	12,14	10,77
retard mental	7,09	2,77	3,18	4,19	4,15
syndromes cpttx avec perturbations psychologiques ou facteurs physiques	0,8	1,38	1,16	1,12	1,07
trbles du développement psychologique	0,66	1	1,65	0,45	0,94
trbles cpttx et émotionnels /enfance,adolescence	0,19	0,6	0,29	0,5	0,48
trbles sans précision	1,28	8	0,56	2,42	3,09
autres diagnostics	2,19	0,86	0,79	1,13	1,17
nb de jours totaux/nb de patients	36,21	34,65	41,1	33,79	36,62
nb de patients pour 1000 habitants secteur	162,1	141,23	148,61	174,69	157,05
nb de jours totaux/effectif non médical ETP	372,92	419,16	496,37	451,32	428,6
part de patients 1ère fois dans la file active	41,63	43,97	39,61	42,41	41,59
nb de jours totaux/effectif médical ETP	10226,51	5244,4	9440,44	9919,79	8187,17

Note : certains indicateurs sont à un niveau légèrement différent de ceux parfois repris dans les pages précédentes, en raison de différents ajustements et corrections effectués.

II. Des patients aux trajectoires

Le premier point de cette seconde partie est dédié à l'exposé de choix méthodologiques globaux. Dans un second point, les résultats obtenus dans le cadre d'une observation selon une logique de trajectoires « pointée à gauche » sont exposés, la première prise en charge constituant le point de départ de trajectoires observées sur une durée équivalente. Le troisième point observe des résultats produits en s'inscrivant dans une logique de suivi de cohorte.

II-1. Une méthode et ses choix

Pour dégager des trajectoires dans un ensemble d'informations caractérisant un nombre important de patients sur une période de temps significative, il a été en premier lieu nécessaire de conformer la base de données. En second lieu, une procédure d'échantillonnage a été opérée. En troisième lieu, le mode de repérage temporel et la qualité des données a été appréhendée. Enfin les deux principales logiques d'examen développées sont présentées.

II-1-1. La conformation de la base de données

Rappelons que la base de données-trajectoires est constituée d'un ensemble d'informations rattachées à des patients : des indications médico-sociales d'une part (le recto de la fiche-patient) et des informations relatives à la prise en charge de ce patient d'autre part (le verso de la fiche-patient). Chaque patient étant clairement référé à un secteur donné.

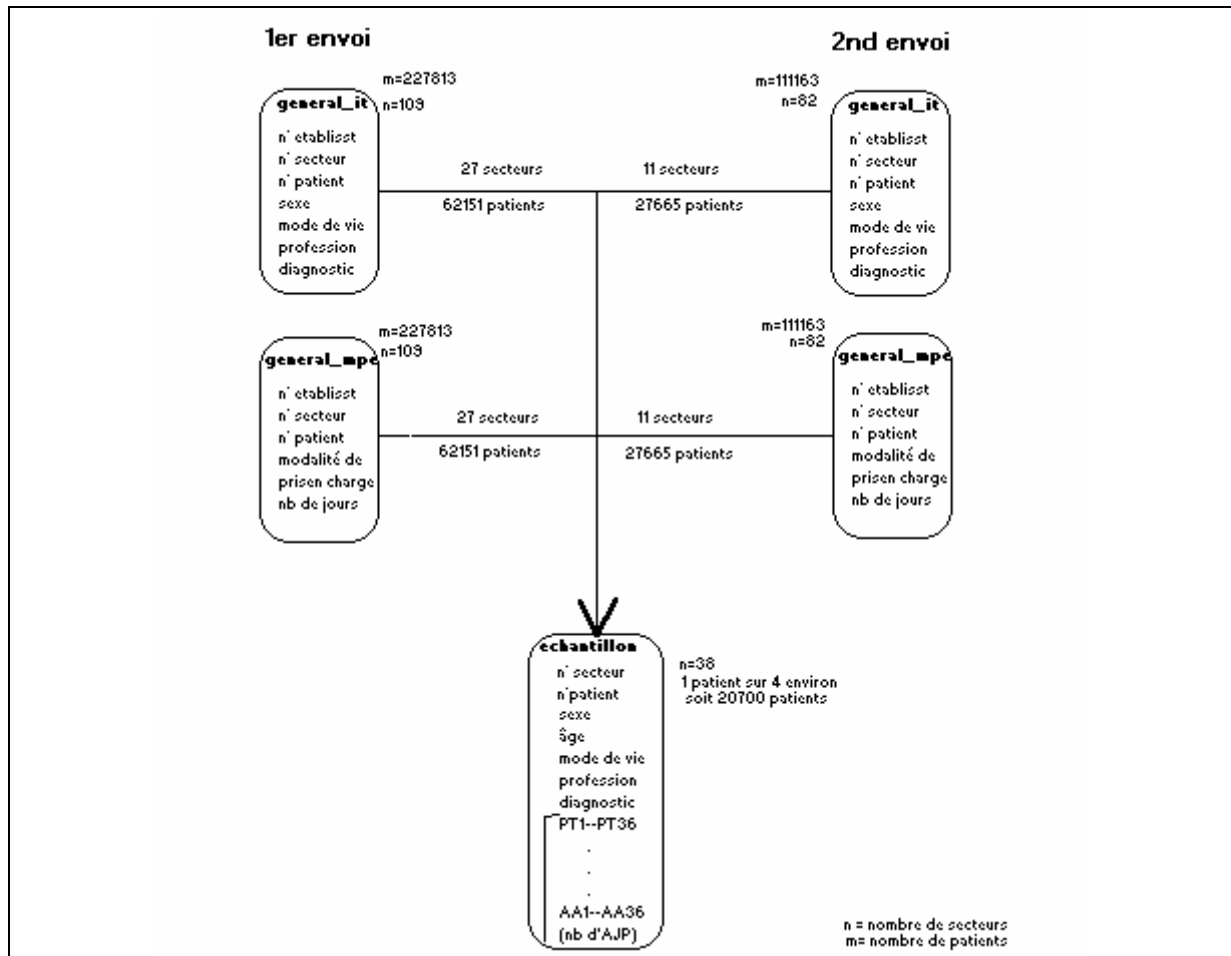
Une méthode « classique » de mise en forme des données longitudinales été retenue pour structurer les informations relatives à la prise en charge du patient. Elle consiste à inscrire pour chacun des patients, pour chaque modalité (elles sont au nombre de 16) et pour chaque unité minimale de temps (c'est ici le mois), l'existence ou non d'une prise en charge.

Cette méthode de conformation des données a déjà été utilisée dans le cadre des travaux effectués sur une partie de la base en 1997-1998. Cette méthode est la plus utilisée dans le cadre des analyses quantitatives de trajectoires.

Pour la présenter dans son application sur la base de données-trajectoires, figurent dans les pages suivantes :

- un schéma illustratif des fichiers de données d'origine et de l'échantillon qui constitue la 1^{ère} base de travail ;
- un aperçu de la présentation des fichiers ;
- un aperçu du fichier final sur lequel s'effectuent les traitements.

Schéma n° 3 :
Des fichiers d'origine à l'échantillon



Forme du fichier « general_it » regroupant les données figurant sur le recto de la fiche patient

N°établissement	N°secteur	N°patient	Variables socio-démographiques (date m-à-j, année de 1ère visite, resid, depts, sdf, annais, sexe...)
3	63	192	120993 92 1 59 2 58 1 2 2 2 2 2 . 1 1 . 293.0 1
3	63	192	0111094 92 1 59 2 58 1 2 2 2 2 2 2 . 1 1 . 293.0 1
3	63	192	1511095 92 1 59 2 58 1 2 2 2 2 2 2 . 1 1 . 293.0 1
3	64	1	0111293 90 1 59 2 62 2 4 1 2 2 2 2 . 2 . 7 293.1 0

Un patient peut bénéficier de plusieurs enregistrements, comme dans le cas du patient n°192 du secteur 63, qui a une fiche en 93, une autre en 94 et une troisième en 95.

Pour ces patients comptant plusieurs enregistrements, il est choisi de conserver les variables associées à la mise à jour la plus récente, afin d'obtenir un fichier contenant une ligne par patient.

Forme du fichier « general mpe » regroupant les données figurant au verso de la fiche patient

Cas de la saisie journalière

N°établist	N°secteur	N°patient	Variables de prise en charge			
			date de prise en charge	nb de jours consécutifs	modalité	type de saisie
3	63	192	11 02 93	1	CO	0
3	63	192	29 04 93	1	CO	0
3	63	192	12 06 93	1	CO	0
3	63	192	25 06 93	1	CO	0
.
.
3	63	192	02 11 95	1	CO	0
3	64	2	01 01 93	365	PT	0
3	64	2	01 01 94	365	PT	0
3	64	2	01 01 95	365	PT	0

Deux patients sont présentés ici.

- Dans le premier cas (individu n°192 du secteur 63 et de l'établissement 3), l'individu bénéficie d'une consultation environ tous les deux mois, sauf en juin 1993 où il est venu deux fois dans le mois. Les variables créées pour relever son parcours mois par mois différentes de 0 sont donc : CO2 (2^{ème} mois de l'année 93 correspondant au 2^{ème} mois des 36 mois référencés) qui aura la valeur 1 (pour un jour de consultation), ainsi que CO4 (=1), CO6 (=2 pour deux visites) etc. jusqu'à CO35 (pour le mois de novembre 1995, qui constitue le 35^{ème} mois de la base) qui aura la valeur 1 et qui constitue sur la période la dernière prise en charge effectuée.
- Dans le second cas (individu n°2 du secteur 64 et de l'établissement 3), l'individu bénéficie d'une prise en charge totale sur les trois années de recueil en hospitalisation plein temps. Ainsi les variables PT1 à PT36 seront toutes remplies du nombre de jours total de chaque mois. PT1 = 31, PT2 = 28, PT3 = 29... PT35 = 30, PT36 = 31.

Règle de saisie : Le nombre de jours total par enregistrement ne doit pas excéder le nombre de jours restant jusqu'à la fin de l'année.

Cas de la saisie mensuelle

N°établist	N°secteur	N°patient	Variables de prise en charge			
			date de prise en charge	nb de jours	modalité	type de saisie
3	63	192	.. 02 93	1	CO	1
3	63	192	.. 04 93	1	CO	1
3	63	192	.. 06 93	2	CO	1
.
.
3	63	192	.. 11 95	1	CO	1
3	64	2	.. 01 93	31	PT	1
3	64	2	.. 02 93	28	PT	1
3	64	2	.. 03 93	31	PT	1
.
.
3	64	2	.. 11 95	30	PT	1
3	64	2	.. 12 95	31	PT	1

La date de départ de prise en charge ne comporte pas de jour. Est repris le cas des deux patients précédents pour illustrer les différences.

- Dans le premier cas (individu n°192 du secteur 63 et de l'établissement 3). Rien ne change en terme de nombre d'enregistrements tant que l'individu bénéficie d'une consultation par mois. En revanche, au mois de juin 1993 au lieu de deux enregistrements, il y a cette fois un seul enregistrement où sont comptées les deux consultations, celle du 12 et celle du 25.
- Dans le second cas (individu n°2 du secteur 64 et de l'établissement 3), le nombre d'enregistrements est multiplié par le nombre de mois de l'année.

Règle de saisie : Le nombre de jours total par enregistrement ne doit pas excéder le nombre de jours du mois.

Forme finale du fichier trajectoire des patients, base de l'analyse

Identifiant	Descriptif socio-démo	Descriptif de la trajectoire			
n°étab/n°secteur/n°patient	année 1ère visite, résid,..	PT1 PT2 ...PT36	PC1 PC2 ...PC36	AA1AA2 ..AA36
3630192	92 1 59 2 58 1 2 2 2 2 ..	0 0 00	0 0 00	0 0 00
3640002	90 1 59 1 60 1 4 1 2 2 ..	31 2831	0 0 00	0 0 00
.
.
41863356	94 1 86 1 52 1 2 2 2 2 ..	0 0 031	0 00	0 0 00

(3 variables) (17 variables) (576 variables = 16 modalités x 36 mois)

Il y a autant de lignes que de patients dans le fichier et autant de colonnes que près de deux fois le nombre de variables (la plupart des variables étant sur deux colonnes). Par cette opération de rectangularisation, qui permet de reconstituer des trajectoires en disposant directement du nombre de jours passés par chaque patient dans chacune des modalités et pour chaque mois de la période, on démultiplie la taille du fichier. Travailler simultanément sur toute la population des patients adultes sur les trois ans, obligerait à analyser un fichier comportant 360 000 lignes et environ 1200 colonnes, fichier trop lourd à traiter dans son ensemble. Un échantillon a donc été construit.

II-1-2. Les choix d'un échantillonnage

Au regard de la diversité caractérisant les secteurs, il a été considéré qu'il convenait de travailler sur un échantillon ayant une représentativité au niveau des secteurs. La classification présentée dans la première partie de cet exposé constitue le premier soutènement de cet échantillonnage.

• **Modalités de construction de l'échantillon**

Il est apparu raisonnable de s'appuyer sur une représentation au 1/5^{ème} de la population de secteurs de la base. On utilise là des quotas simples basés sur la classification. Autrement dit, l'échantillon est construit selon une représentation de chacune des 3 classes principales (les « plus hôpital temps plein », les « plus consultation », les « plus hôpital de jour »). Puis dans la mesure où les autres classes de secteurs sont moins bien caractérisées, le dernier quota de choix s'exerce sur les secteurs appartenant globalement aux classes 4, 5 ou 6 de la classification de secteurs.

L'échantillon de 38 secteurs se décompose de la manière suivante :

- 8 secteurs parmi les 38 secteurs les « plus hôpital temps plein » ;
- 8 secteurs parmi les 37 secteurs les « plus consultation de secteur » ;
- 5 secteurs parmi les 23 secteurs les « plus hôpital de jour » ;
- 19 secteurs parmi les 92 secteurs restants.

Dans cet échantillon, ne sont retenus que les secteurs qui, au cours du travail mené pour élaborer la classification, ont : d'une part, montré une bonne comparabilité avec les données issues des rapports de secteur pour le nombre de patients et le nombre d'actes-jours-patients en 1995 ; d'autre part, révélé des taux de renseignement corrects sur les variables socio-démographiques descriptives de la population (sexe, âge, diagnostic). Enfin il a été tenu compte de la différence existant entre secteurs rattachés à un établissement spécialisé ou un établissement général. On trouve ainsi dans chacune des classes, des secteurs rattachés à un établissement général. Dans la mesure du possible, les secteurs ont été choisis dans chaque classe de manière à être représentatifs aussi sur d'autres plans.

A l'intérieur de cette sélection de secteur, se construit un échantillonnage au niveau des patients consistant - cette fois selon des règles de tirage aléatoire - à retenir un patient sur quatre.

Par construction, l'échantillon élaboré compte environ 5 % des patients figurant dans la base. Dans le tableau suivant, sont présentés les secteurs retenus (référéncés selon leur n° d'inscription dans la base de données). Sont également fournies des indications relatives à la qualité estimée des données, évaluée par une comparaison avec les chiffres produits dans les rapports de secteur d'une part, et, par le taux global de renseignements manquants d'autre part.

Tableau n° 9 :
Présentation des secteurs retenus dans le 1^{er} échantillon

Secteur	Diff/file active RAS95	Diagnostics manquants	File active 3 ans	Effectif échant. au ¼	Commentaire	Qualité 1	Qualité 2
CLASSE 1							
n°18	1 %	21 %	1622	405	saisie mensuelle	*	oui
n°27*	0	0	2638	666	saisie journalière	***	non
n°59	3 %	10 %	2123	533	saisie mensuelle	***	non
n°67	4 %	19 %	1305	317	saisie journalière	*	oui
n°96	0 %	19 %	1267	315	saisie journalière	*	oui
n°105	2 %	11 %	1702	417	saisie journalière	**	oui
n°219	0	5 %	2312	357	saisie journalière	**	oui
n°280	inconnu	21 %	1500	372	saisie journalière	*	inconnu
CLASSE 2							
n°28*	0	0	2043	510	saisie journalière	**	oui
n°52	0	1 %	1675	419	saisie mensuelle	***	oui
n°77	inconnu	2 %	6433	1640	saisie mensuelle	***	inconnu
n°80	0	10 %	1368	338	saisie mensuelle	***	oui
n°92	34 %	11 %	2107	530	saisie mensuelle		oui
n°251	0	5 %	1979	327	saisie journalière	**	non
n°262	9 %	6 %	1451	232	saisie journalière	**	non
n°267*	9 %	23 %	3363	656	saisie mensuelle		oui

Secteur	Différence/file active RAS 95	Diagnostics manquants	File active 3 ans	Effectif échant. au ¼	Commentaire	Qualité 1	Qualité 2
CLASSE 3							
n°13	0	0	1363	336	saisie mensuelle et journalière	***	non
n°46*	1 %	3 %	1990	493	saisie journalière	**	oui
n°58	3 %	19 %	2503	624	saisie mensuelle	*	oui
n°79	inconnu	5 %	1005	252	saisie journalière	***	inconnu
n°102	1 %	19 %	1796	431	saisie journalière	*	oui
CLASSES 4,5,6							
n°56	4 %	5 %	1517	377	saisie mensuelle	***	non
n°86*	0	6 %	3144	799	saisie mensuelle	***	oui
n°89	2 %	0	2415	609	saisie mensuelle	***	non
n°201	0	0	3900	688	saisie journalière et mensuelle	***	oui
n°265*	OK/nb pat.verso	19 %	1998	480	saisie journalière		oui
n°19*	0 %	8 %	7590	1915	saisie journalière	**	non
n°63	0	10 %	2193	551	saisie mensuelle	***	oui
n°78	3 %	4 %	1914	477	saisie mensuelle	***	oui
n°220	0	15 %	3164	510	saisie journalière	*	non
n°229*	OK/nb pat.verso	11 %	2215	557	saisie journalière	***	non
n°2	0	0	2390	603	saisie mensuelle	***	oui
n°22	0	4 %	2174	546	saisie journalière	***	oui
n°70	1 %	17 %	2348	584	saisie journalière	*	oui
n°75	0	28 %	2099	529	saisie mensuelle		non
n°104	2 %	6 %	1427	346	saisie journalière	**	oui
n°205	0	17 %	2498	365	saisie mensuelle	*	oui
n°270	0	17 %	3285	593	saisie journalière	*	non
TOTAL				20699			

* Ces secteurs sont rattachés à des établissements généraux.

EXPLICATION QUALITE 1 :

Ce premier indicateur de qualité - utilisé pour sélectionner les secteurs - combine les résultats : de la comparaison en nombre de patients avec les rapports de secteurs 1995, du relevé de la part de diagnostics manquants et du nombre de patients pour lesquels la saisie des prises en charge respecte la limite de l'année pour les saisies journalières.

*** : moins de 10 % de différence sur le nombre de patients décrits par le fichier et celui des RAS pour 1995 et environ ou moins de 10 % de diagnostics manquants et saisie mensuelle ou journalière sans problème.

** : moins de 10 % de différence sur le nombre de patients décrits par le fichier et celui des RAS pour 1995, environ ou moins de 10 % de diagnostics manquants et saisie journalière avec patients « trop » représentant moins de 2,5 % de la file active sur 3 ans.

* : moins de 10 % de différence sur le nombre de patients décrits par le fichier et celui des RAS pour 1995 et de 10 à environ 20 % de diagnostics manquants et saisies sans problème ou journalière avec problème sur moins de 2,5 % de la file active des patients.

EXPLICATION QUALITE 2 :

Ce second indicateur de qualité se déduit d'une comparaison entre l'existence déclarée de places pour les modalités plus mineures selon le rapport de secteur et déclaration d'une activité selon la base de données.

oui : signifie que les actes-jours dans une modalité de prise en charge indiqués dans la base de données correspondent effectivement à des places ou lits dénombrés dans les rapports de secteur à 3°/°° près.

non : signifie qu'il existe un écart significatif entre les deux sources.

Le fait de procéder à un échantillonnage a plusieurs avantages. Outre que cela permet d'obtenir une base de données de taille gérable, cela laisse la possibilité de tester les grandes lignes des résultats sur d'autres données. La structuration de ce 1^{er} échantillon de travail selon une méthode de quotas simples garantit une certaine représentativité, mais ne dispense pas de certaines vérifications de cohérence.

Ainsi il a été procédé à deux examens successifs : d'une part, une comparaison selon les grands types de prise en charge avec les données issues des rapports de secteur 1993 ; d'autre part, une comparaison plus précise avec les données issues des rapports de secteur 1995.

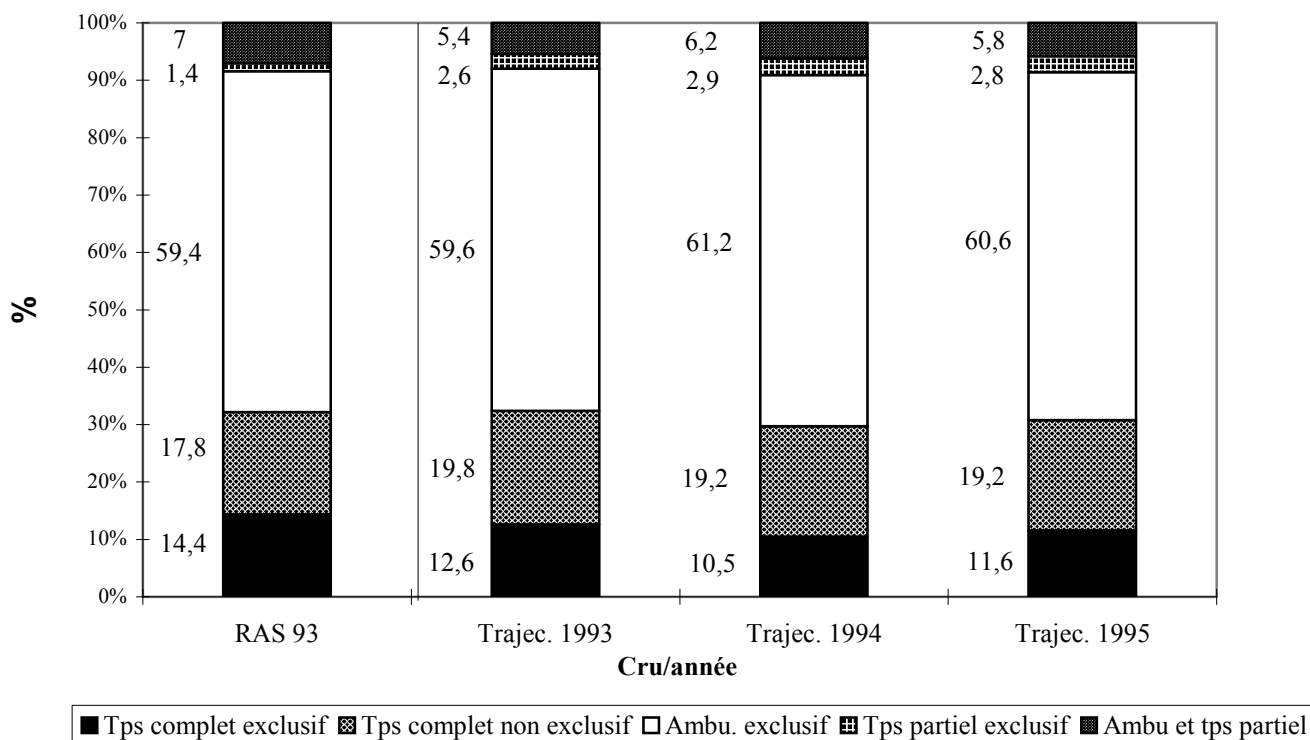
- **Comparaison de l'échantillon avec les données issues des rapports de secteur de 1993**

Dans le graphique suivant, sont représentés les files actives selon les trois grands types de modalités.

On distingue ainsi sur une dimension annuelle :

- les patients ayant été pris en charge exclusivement à temps complet ;
- les patients ayant été pris en charge à temps complet, de manière non exclusive, ils ont pu bénéficier d'une prise en charge à temps partiel et/ou en ambulatoire ;
- les patients ayant été pris en charge exclusivement en ambulatoire ;
- les patients ayant été pris en charge exclusivement à temps partiel ;
- les patients ayant été pris en charge en ambulatoire et/ou à temps partiel, mais pas à temps complet.

Répartition par modalités de prise en charge



On a représenté la répartition issue des rapports de secteur de 1993, qui concerne donc tous les patients de secteurs de psychiatrie générale ayant fourni un RAS, puis celles issues de l'exploitation de l'échantillon de données, respectivement pour les années 1993, 1994 et 1995.

Pour l'année 93, la répartition des patients de l'ensemble des secteurs - selon les rapports de secteur - et celle des patients de l'échantillon sont très comparables. On doit noter cependant que les patients mixant ambulatoire et temps partiel, comme ceux mixant du temps complet avec du temps partiel et/ou de l'ambulatoire sont légèrement plus fréquents dans l'échantillon. Les répartitions obtenues pour les années suivantes dans l'échantillon sont sensiblement proches. Au regard de ces critères, il semble donc que l'échantillon présente une assez bonne représentativité.

- **Comparaison avec les données issues des rapports de secteur de 1995**

Un certain nombre de données sont accessibles par l'intermédiaire des rapports de secteur en 1995, elles sont aussi plus détaillées. Les informations communes sont comparées dans le tableau suivant :

Nom de la variable	Modalité	Base trajectoires 95 % de patients concernés	Base trajectoires 95 durée moyenne/an	RAS 95 % de patients concernés	RAS 95 durée moyenne/an
Prises en charge à temps complet					
SPT	Hospitalisation plein temps en psychiatrie	30.4	57 jours	27.9	59 jours
SPC	Accueil et soins en centre de post-cure et de réadaptation	0.1	87 jours	0.2	3 mois
SAT	Accueil et soins en appartement thérapeutique	0.2	114 jours	0.2	5 mois
SPF	Placement familial thérapeutique	0.2	289 jours	0.4	9 mois
SHD	Hospitalisation à domicile	0.1	78 jours	0.2	3 mois
Prises en charge à temps partiel					
SNU	Hospitalisation de nuit	0.7	29 nuits	0.9	42 nuits
SJO	Hospitalisation de jour	5.2	65 jours	4.8	63 jours
STT	Accueil et soins en atelier thérapeutique	0.6	24 séances	0.7	<i>nr</i>
SCA	Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	9.5	18 séances	5.1	22 séances
Prises en charge ambulatoires					
SCO	Soins en CMP ou unité de consultation de secteur	61.9	7 consultations	59.8	<i>nr</i>
SSD	Soins et interventions à domicile	13.9	11 interventions	13.0	12 interventions
SSI	Soins et interventions en institutions substitutives du domicile	9.6	8 interventions	7.6	8 interventions
SSU	Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	16.5	2 interventions	18.5	2 interventions

Au sein des prises en charge à temps complet, on dispose dans l'échantillon d'une part plus élevée de patients concernés pour une durée moyenne cependant très comparable. Les autres prises en charge à temps complet sont moins fréquentes que dans l'ensemble de la population adulte selon les rapports de secteur. Hormis l'accueil en centre de post-cure et de réadaptation, on s'aperçoit que les durées moyennes sont différentes. L'effectif faible des patients concernés par ces modalités dans l'échantillon peut expliquer ces écarts - en effet, l'écart induit par quelques individus peut brouiller le résultat, la loi des grands nombres ne peut s'appliquer.

Concernant les prises en charge à temps partiel, il apparaît que pour l'hospitalisation de jour les résultats obtenus selon les deux sources sont assez comparables. En revanche, on observe un poids nettement plus important des patients concernés par le CATTP dans l'échantillon, avec un nombre de séances légèrement réduit (d'1/5^{ème}). L'atelier thérapeutique et l'hospitalisation de nuit présentent des pourcentages comparables dans les deux sources - surtout si l'on tient compte du faible nombre de cas concernés dans l'échantillon, du fait de la faible représentativité de ces modalités de prise en charge - mais le nombre de nuits moyen est franchement plus faible dans l'échantillon.

Au sujet des prises en charge ambulatoires, les résultats obtenus dans les deux sources sont assez proches. Si proportionnellement plus de patients ont été au CMP ou en consultation dans l'échantillon, comme plus ont été suivis en institutions substitutives du domicile, ils sont moins nombreux à avoir été suivis dans le cadre d'une unité d'hospitalisation somatique. Le nombre de séances et d'interventions est stable, quelle que soit la source.

II-1-3. Examens de la qualité des données

Deux éléments sont susceptibles de mesurer la qualité des données figurant dans la base. D'une part, lors de la création des fiches, la Direction Générale de la Santé a édicté des règles communes à tous concernant les modalités de prise en charge : on peut dans la mesure du possible vérifier le respect de ces règles dans le détail des prises en charge figurant sur le verso de la fiche. D'autre part, il convient d'examiner le taux de réponses manquantes selon l'information sollicitée dans le recto de la fiche. Dans la mesure, où le taux de réponses manquantes oscille de manière significative selon l'information sollicitée, son lieu de saisie où la durée de prise en charge notamment, cela peut être utile dans l'interprétation des résultats.

- **Les règles DGS**

Sont repris ici les éléments déjà présentés dans les premiers travaux réalisés.

Les règles DGS sont les suivantes :

- l'incompatibilité de deux prises en charge le même jour ;
- la priorité d'une prise en charge par rapport à l'autre ;
- l'équivalence : il n'y a pas de hiérarchisation de deux prises en charge possible (on considère alors les deux prises en charge).

La base de données étant ici mensualisée, il est impossible ici de déterminer avec certitude quels établissements ont suivi les consignes de la notice explicative. La dérogation à la règle n'est repérable que lorsque la somme de deux actes incompatibles ou prioritaires dépasse le nombre de jour du mois concerné par ces actes.

Il existe au maximum trois actes compatibles (AA, CO et NU) selon la règle DGS pour un mois donné. La traduction mathématique à laquelle ont abouti les premiers travaux menés et reprise ici est la suivante :

Si l'expression suivante :

$$PT + PC + AT + PF + HD + AP + JO + SU$$

+

$$\text{MAX} (\text{NU} + \text{SD} + \text{SI}, \text{AA} + \text{AJ} + \text{TT} + \text{CA} + \text{SD} + \text{SI}, \text{CO} + \text{TT} + \text{CA} + \text{AJ})$$

est supérieure au nombre de jour du mois concerné,
il y a non suivi de la règle DGS

On peut donc repérer certains patients pour lesquels, la règle n'est pas suivie, sans pour autant pouvoir conclure que les autres patients respectent cette règle.

On a estimé dans l'échantillon de 20 699 patients le nombre de patients qui dérogeaient à la condition énoncée ci-dessus : 454 individus (soit 2,19 %) sont concernés, 20 245 patients ont des informations qui respectent cette condition.

Dans le tableau suivant, voici la répartition des taux d'erreur pour les 38 secteurs de l'échantillon :

Tableau n° 10 :
Répartition des 38 secteurs selon le taux d'erreur/règles DGS

% de patients pour lesquels la condition n'est pas respectée	Nombre de secteurs présentant ce taux dans l'échantillon	Numéros des secteurs concernés dans l'échantillon
% nul	9	2 - 19 - 52 - 79 - 80 - 96 - 105 - 265 - 280
$0 < \% < 2,5$	15	18 - 28 - 46 - 58 - 59 - 67 - 70 - 75 - 89 - 92 - 102 - 104 - 205 - 229 - 267
$2,5 \leq \% < 5$	9	22 - 27 - 56 - 78 - 86 - 201 - 219 - 220 - 251
$5 \leq \%$	5	13 - 63 - 77 - 262 - 270

Il apparaît pour 33 secteurs sur 38 au total dans l'échantillon, un taux d'erreur inférieur à 5 %. Parmi les cinq secteurs pour lesquels le taux d'erreur selon la règle précisée est supérieur à 5, deux ont utilisé une saisie mensuelle, deux ont utilisé une saisie journalière, et, le secteur n° 13, au taux d'erreur le plus élevé, a fourni des fiches ayant bénéficié d'une saisie journalière et d'autres avec une saisie mensuelle.

Il conviendra d'être vigilant concernant les cinq secteurs où plus de 5 % des patients présentent des erreurs au regard de la règle énoncée. Sinon, dans la suite de l'analyse, dès que la dimension temps de prise en charge sera considérée, les patients présentant une erreur seront écartés.

- **Les taux de réponses manquantes**

Dans le tableau suivant les informations qui figurent sur le recto des fiches sont présentées : les caractéristiques socio-démographiques et médicales de l'ensemble des individus.

Tableau n° 11 :
Caractéristiques socio-démo et médicales des patients de l'échantillon

Caractéristique	Effectif	%
SEXE		
Homme	11376	55.0
Femme	9020	43.6
<i>non renseigné</i>	303	1.5
CLASSE D'AGE		
Moins de 25 ans	2140	12.6
De 25 à 39 ans	5976	28.9
De 40 à 59 ans	6492	31.4
60 ans et plus	5615	27.1
<i>non renseigné</i>	476	2.3
SITUATION FAMILIALE		
Célibataire	8049	38.9
Marié	7100	34.3
Veuf	2148	10.4
Divorcé	1836	8.9
<i>non renseigné</i>	1566	7.6
MODE DE VIE		
Vit seul	5257	25.4
Ne vit pas seul	13666	66.0
<i>non renseigné</i>	1776	8.6
LIEU DE RESIDENCE		
Dans le secteur	12722	61.5
Hors du secteur	5509	26.6
<i>non renseigné</i>	2468	11.9
SANS DOMICILE FIXE		
Oui	491	2.4
Non	19559	94.5
<i>non renseigné</i>	649	3.1
BENEFICE D'UNE A.A.H.		
Oui	1567	7.6
Non	16531	79.9
<i>non renseigné</i>	2601	12.6
BENEFICE D'UNE PENSION D'INVALIDITE		
Oui	1005	4.9
Non	16919	81.7
<i>non renseigné</i>	2775	13.4
BENEFICE D'UNE ALLOCATION COMPENSATRICE		
Oui	136	0.7
Non	16994	82.1
<i>non renseigné</i>	3569	17.2
MESURE DE PROTECTION CIVILE		
Sauvegarde de justice	202	1.0
Curatelle	377	1.8
Tutelle	1162	5.6
Pas de protection	16223	78.4
<i>non renseigné</i>	2735	13.2

Caractéristique	Effectif	%
ACTIVITE PROFESSIONNELLE		
Activité en milieu ordinaire	6028	29.1
Activité en milieu protégé	564	2.7
Activité sans autre indication	271	1.3
Demandeur d'emploi ayant déjà travaillé	1890	9.1
Demandeur d'emploi n'ayant jamais travaillé	336	1.6
Etudiant	1153	5.6
Femme au foyer	1046	5.1
Retraité	4078	19.7
Pas d'activité sans autre indication	3172	15.3
<i>non renseigné</i>	<i>2161</i>	<i>10.4</i>
CLASSE D'ANNEE DE PREMIERE VISITE		
Avant 1983	2120	10.2
De 1983 à 1988	1631	7.9
De 1989 à 1991	2049	9.9
1992	1481	7.2
Depuis 1993	13418	64.8
DIAGNOSTIC		
A : troubles mentaux organiques	1422	6.9
B : troubles liés aux substances	2117	10.2
C : schizophrénies, troubles schizotypiques ou troubles délirants	2850	13.8
D : troubles de l'humeur	4224	20.4
E : troubles névrotiques	3838	18.5
F : troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte	1846	8.9
G : retard mental	578	2.8
H : syndromes comportementaux associés à des perturbations psychologiques ou à des facteurs physiques	516	2.5
I : troubles du développement psychologique	122	0.6
J : troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence	64	0.3
K : trouble mental sans précision	859	4.1
L : autres diagnostics	460	2.2
<i>non renseigné</i>	<i>1803</i>	<i>8.7</i>

Pour le sexe, l'âge et la condition de SDF, les taux de non réponse sont très faibles. Il oscillent autour de 10 % pour les autres caractéristiques, à l'exception des informations concernant le bénéficiaire d'allocation ou de protection. On doit souligner cependant le cas du diagnostic, pour lequel existent deux modalités signalant des diagnostics flous, parce que mal précisés ou "autres", qui ne faciliteront pas l'interprétation.

Taux de non réponse et existence d'une prise en charge

Ces taux de non-réponse oscillent selon le mode de prise en charge. Dans les tableaux suivants les taux de non réponse selon la caractéristique et la présence ou non d'une modalité de prise en charge, pour les 11 modalités concernant plus d'une centaine d'individus sont présentés (les % n'auraient pas été significatifs pour les modalités les plus rares, toutes dans les prises en charge à temps complet).

Tableau n° 12 :
Taux de non-réponse pour chaque type d'information du recto de la fiche
selon la présence des modalités de prise en charge

Variable	Tx /réponses manquantes	Quand :					
	Général	YAPT	YANU	YAJO	YACA	YATT	YAAJ
Sexe	1.5	1.7	1.1	0.6	0.1	0.8	0.3
Classe d'Age	2.3	0.7	1.1	1.2	1.5	0.8	0.5
Sit. Familiale	7.6	5.0	1.1	6.0	6.8	3.4	3.2
Mode de vie	8.6	5.9	7.9	5.6	6.5	5.0	6.9
Ds/hors secteur	11.9	6.9	3.7	5.0	17.6	22.7	8.8
SDF	3.1	2.3	2.6	2.2	2.2	0.8	0.8
AAH	12.6	8.9	5.8	7.7	10.1	4.2	5.6
Pens. invalidité	13.4	10.1	6.3	8.3	11.1	4.2	5.8
Alloc. comp.	17.2	13.6	6.3	10.2	18.8	4.2	9.0
Protec. civile	13.2	8.3	4.2	7.2	10.9	5.9	6.1
Actté profile	10.4	8.2	6.8	9.9	10.1	16.8	14.1
Diagnostic	8.7	5.6	3.2	5.0	5.6	1.7	5.3

(Suite)

Variable	Tx /réponses manquantes	Quand :				
	Général	YACO	YASD	YASI	YASU	YAAA
Sexe	1.5	1.5	1.0	1.4	2.4	0.1
Classe d'Age	2.3	2.5	0.8	3.2	1.6	1.2
Sit. Familiale	7.6	7.1	3.9	10.0	8.2	3.7
Mode de vie	8.6	7.5	4.3	7.0	11.2	5.7
Ds/hors secteur	11.9	15.7	1.8	3.4	1.5	9.5
SDF	3.1	3.4	2.3	2.8	1.8	1.4
AAH	12.6	10.9	6.9	14.4	17.8	9.5
Pens. invalidité	13.4	11.7	8.8	15.4	18.3	10.1
Alloc. comp.	17.2	14.8	13.3	24.9	24.2	11.1
Protec. civile	13.2	10.7	7.2	20.6	20.1	10.6
Actté profile	10.4	9.1	7.8	8.1	15.0	9.3
Diagnostic	8.7	8.5	4.2	11.0	6.4	7.3

Les bénéficiaires de journées d'hôpital plein temps disposent de fiches en général mieux renseignées, de même que les personnes ayant été accueillies en hôpital de nuit, en hôpital de jour, suivies dans le cadre d'un suivi à domicile et dans la modalité " autres " de l'ambulatoire. C'est dans le cadre d'interventions en institutions substitutives du domicile et en unité d'hospitalisation somatique, que le plus souvent des taux élevés de non réponse sont notés.

L'appartenance au secteur et la connaissance de l'activité professionnelle sont d'autre part des caractéristiques ayant des taux des renseignements oscillant plus qu'en moyenne vers des valeurs élevées en CATTP, comme en atelier thérapeutique, dans la modalité " autre " du temps partiel, ou, en consultation.

Un indicateur synthétique pour les non réponses

Pour une meilleure lisibilité de ces taux de réponses manquantes, un indicateur hiérarchisé a été créé, tenant compte tout à la fois de l'importance de la variable dans son caractère structurant et de la fréquence en général du taux de non réponse. A chaque réponse manquante est donc affecté un poids arbitraire. Pour un individu donné, l'indicateur totalisera le nombre de points correspondant aux valeurs manquantes. Il n'a pas été tenu compte de la caractéristique SDF tout à la fois peu importante et plutôt bien renseignée.

- si le sexe n'est pas indiqué : 1000 points
- si la classe d'âge n'est pas indiquée : 500 points (*manque majeur*)
- si le diagnostic n'est pas indiqué : 500 points (*manque majeur*)
- si la situation familiale et/ou le mode de vie n'est pas indiquée : 250 points (*manque moyen*)
- si dans ou hors secteur n'est pas indiqué : 250 points (*manque moyen*)
- si l'activité professionnelle n'est pas indiquée : 250 points (*manque moyen*)
- si AAH et/ou pension d'invalidité et/ou allocation compensatrice non indiqué : 125 points (*manque mineur*)
- si la protection n'est pas indiquée : 125 points (*manque mineur*)

Pour près de trois patients sur cinq (57,5 %), toutes les informations figurent. On peut ensuite établir des seuils significatifs. A partir de 500 points, cela signifie qu'au moins un manque dit "majeur" est noté (classe d'âge ou diagnostic), ou, au moins deux manques moyens (parmi situation familiale/mode de vie, appartenance au secteur ou activité professionnelle), près d'un individu sur cinq (19,2 %) présente au moins ce manque. A partir de 1000 points, soit la variable sexe n'est pas renseignée, soit il y a les deux manques majeurs, soit il y a tous les manques moyens et mineurs, soit il s'agit d'une combinaison de 1 majeur et 2 moyens, ou d'une combinaison d'un majeur, un moyen et des deux mineurs. 4,4 % des individus ont un total de points supérieur ou égal à 1000. A titre indicatif, 4 patients cumulent tous les manques.

Dans le tableau de la page suivante, les options selon le nombre de points recueillis sont détaillées.

Puis les variations de la valeur de l'indicateur selon différents éléments ont été observées: la présence ou non d'une prise en charge, le type de prise en charge pour les individus monotypes, le secteur d'appartenance et la durée de la prise en charge.

Sont distingués les individus sans manque, ceux ayant un indicateur inférieur à 1000 et ceux ayant un total supérieur ou égal à 1000, selon que l'individu était concerné ou non par une modalité (pour les 11 modalités concernant plus de 100 patients).

Tableau n° 13 :
Distribution de l'échantillon selon la valeur de l'indicateur de réponse manquante

Total manquants	Effectif (%)	Descriptif des possibilités
0	11905 (57.5)	aucune réponse manquante
125	1322 (6.4)	(n-ALLOC) <u>ou</u> (n-PROTEC) 1 mineur
250	3166 (15.3)	(n-ALLOC et n-PROTEC) 2 mineurs <u>ou</u> (n-FAMODE) <u>ou</u> (n-SECT) <u>ou</u> (n-PROF) 1 moyen
375	328 (1.6)	(n-FAMODE et n-ALLOC) 1 moyen et 1 mineur <u>ou</u> (n-FAMODE et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-SECT et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-SECT et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-PROF et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-PROF et n-PROTEC)
500	2054 (9.9)	(n-AGE <u>ou</u> n-DIA) 1 majeur <u>ou</u> (n-FAMODE et n-SECT) 2 moyens <u>ou</u> (n-FAMODE et n-PROF) <u>ou</u> (n-SECT et n-PROF) <u>ou</u> (n-FAMODE et n-ALLOC et n-PROTEC) 1 moyen et 2 mineurs <u>ou</u> (n-SECT et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-PROF et n-ALLOC et n-PROTEC)
625	119 (0.6)	(n-AGE et n-ALLOC) 1 majeur et 1 mineur <u>ou</u> (n-AGE et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-DIA et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-FAMODE et n-SECT et n-ALLOC) 2 moyens et 1 mineur <u>ou</u> (n-FAMODE et n-SECT et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-FAMODE et n-PROF et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-FAMODE et n-PROF et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-SECT et n-PROF et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-SECT et n-PROF et n-PROTEC)
750	838 (4.0)	(n-AGE et n- FAMODE) 1 majeur et 1 moyen <u>ou</u> (n-AGE et n-SECT) <u>ou</u> (n-AGE et n-PROF) <u>ou</u> (n-DIA et n- FAMODE) <u>ou</u> (n-DIA et n-SECT) <u>ou</u> (n-DIA et n-PROF) 1 majeur et 2 mineurs <u>ou</u> (n-AGE et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-AGE et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-FAMODE et n-SECT et n-PROF) 3 moyens <u>ou</u> (n-FAMODE et n-SECT et n-ALLOC et n-PROTEC) 2 moyens et 2 mineurs <u>ou</u> (n-FAMODE et n-PROF et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-SECT et n-PROF et n-ALLOC et n-PROTEC)
875	58 (0.3)	(n-FAMODE et n-SECT et n-PROF et n-ALLOC) 3 moyens et 1 mineur <u>ou</u> (n-FAMODE et n-SECT et n-PROF et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-AGE et n-FAMODE et n-ALLOC) 1 majeur, 1 moyen et 1 mineur <u>ou</u> (n-AGE et n-FAMODE et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-AGE et n-SECT et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-AGE et n-SECT et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-AGE et n-PROF et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-AGE et n-PROF et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-FAMODE et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-DIA et n-FAMODE et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-SECT et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-DIA et n-SECT et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-PROF et n-ALLOC) <u>ou</u> (n-DIA et n-PROF et n-PROTEC)
1000	408 (2.0)	(n-SEXE) <u>ou</u> (n-AGE et n-DIA) sexe absent ou 2 majeurs <u>ou</u> (n-FAMODE et n-SECT et n-PROF et n-ALLOC et n-PROTEC) 3 moyens et 2 mineurs <u>ou</u> (n-AGE et n-FAMODE et n-SECT) 1 majeur et 2 moyens <u>ou</u> (n-AGE et n-FAMODE et n-PROF) <u>ou</u> (n-AGE et n-SECT et n-PROF) <u>ou</u> (n-DIA et n-FAMODE et n-SECT) <u>ou</u> (n-DIA et n-FAMODE et n-PROF) <u>ou</u> (n-DIA et n-SECT et n-PROF) <u>ou</u> (n-AGE et n-FAMODE et n-ALLOC et n-PROTEC) 1 majeur, 1 moyen et 2 mineurs <u>ou</u> (n-AGE et n-SECT et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-AGE et n-PROF et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-FAMODE et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-SECT et n-ALLOC et n-PROTEC) <u>ou</u> (n-DIA et n-PROF et n-ALLOC et n-PROTEC)
Plus de 1000	501 (2.4)	sexe absent et... 2 majeurs et... 1 majeur et 2 moyens et...

Tableau n° 14 :
Distribution de l'échantillon selon la valeur de l'indicateur de réponse manquante
selon la présence d'une modalité

Présence de la modalité	Indicateur = 0	Indicateur < 1000	Indicateur >= à 1000	Total	Qualité du taux de renseignement /moyenne
YAPT	64.7	32.7	2.6	100	Taux significativement meilleur
YANU	75.3	23.7	1.0	100	Taux significativement meilleur
YAJO	65.8	32.1	2.1	100	Taux significativement meilleur
YACA	52.5	45.1	2.4	100	Taux significativement moins bon
YATT	66.4	31.9	1.7	100	<i>Taux moyen</i>
YAAJ	66.6	31.3	2.1	100	Taux significativement meilleur
YACO	57.4	38.0	4.6	100	<i>Taux moyen</i>
YASD	72.1	25.7	2.1	100	Taux significativement meilleur
YASI	53.7	40.9	5.4	100	Taux significativement moins bon
YASU	62.4	32.8	4.8	100	Taux significativement meilleur
YAAA	66.4	31.6	2.0	100	Taux significativement meilleur
Ensemble	57.5	38.1	4.4	100	

- en % -

La lecture simultanée du tableau des taux de non réponse par caractéristique et selon l'indicateur montre que la plupart des modalités présente un taux de réponse manquante supportable. Il semble que les manques d'information concernant les patients ayant bénéficié d'une prise en charge en unité d'hospitalisation somatique soient bien répartis dans la population. Alors que parmi les patients pris en charge dans les institutions substitutives du domicile, les manques concernent toutes les caractéristiques et se concentrent sur certains individus. Les patients accueillis en CATTP sont aussi plus nombreux à présenter des valeurs de l'indicateur élevées, mais fluctuant selon les caractéristiques.

Afin de cerner d'éventuelles modalités de prise en charge qui donneraient lieu par essence à un moins bon recueil, donc des taux de réponses manquantes plus fort, on a observé particulièrement les patients monotypes (qui ne présentent sur la totalité des trois ans qu'une seule modalité de prise en charge). Six modalités présentent des parts de monotypes d'un effectif significatif.

Tableau n°15 :
Distribution des patients mono-types selon la valeur de l'indicateur de réponse manquante

Qualité	Indicateur = 0	Indicateur < 1000	Indicateur >= à 1000	Total (%)	Total (effectif)
Mono - PT	62.3	35.0	2.7	100	2359
Mono - CA	16.2	79.2	4.7	100	322
Mono - CO	49.8	44.1	6.1	100	6301
Mono - SD	67.4	29.3	3.3	100	150
Mono - SI	42.1	51.3	6.6	100	772
Mono - SU	60.3	35.2	4.5	100	3069
Autres monotypes	56.8	38.7	4.5	100	111
Non monotypes	64.4	32.4	3.2	100	7615
Ensemble	57.5	38.1	4.4	100	20699

- en % -

Les monotypes sont moins bien renseignés que les autres, mais en grande partie en raison de la forte part de monotype-consultation (mono-CO) qui présentent des taux de renseignement plus faibles. Les patients traités uniquement en institutions substitutives du domicile sont aussi moins bien informés, et surtout - mais ils sont en effectif moins nombreux - les patients ayant bénéficié

d'un accueil uniquement en CATTP. En revanche, les taux de renseignement des patients suivis uniquement en unité somatique sont très corrects.

La relation existant entre le taux de renseignement et le secteur d'appartenance de l'individu a été examinée :

- Pour 21 secteurs sur les 38 de l'échantillon, les taux de renseignement sont très corrects ayant de 63 à plus de 95 % d'individus sans manque, de moins de 5 à 30 % d'individus ayant un indicateur inférieur à 1000, et, au plus 6 % d'individus ayant un indicateur supérieur ou égal à 1000.
- Pour 8 secteurs, les patients se partagent dans des proportions comparables entre " sans manque " et un indicateur inférieur à 1000, le taux de patients présentant une valeur de l'indicateur supérieure à 1000 oscillant selon les cas entre 1 et 10 %.
- Sept secteurs ont de manière majoritaire (deux patients sur trois à la totalité) des patients dont l'indicateur est supérieur à 0 et inférieur à 1000. Les patients cumulant le plus de manques restant en deça du nombre de patients sans manque. (n°13, 67, 77, 79, 201, 262, 280). Trois de ces secteurs ont un manque peu lourd ou aisément explicable : pour le secteur n°13, la variable allocation n'a jamais été remplie ; pour les secteurs n°77 et 79, la variable d'appartenance au secteur n'a jamais été renseignée. Pour les quatre autres secteurs les erreurs sont plus réparties entre toutes les variables.
- Deux secteurs (n° 267 et 270) ont une part de patients présentant un indicateur supérieur ou égal à 1000, respectivement de 52 % et 21 %, faisant qu'environ quatre patients sur cinq (80 %) ont des renseignements incomplets. Les variables d'âge et de sexe sont mal renseignées et pour le diagnostic les taux de sous-information ne sont pas négligeables, comme cela avait été noté initialement.

Enfin l'examen des réponses manquantes est effectué selon la durée de prise en charge de chaque patient. C'est la durée totale de prise en charge sur les trois années, quelle que soit la modalité qui a été prise en référence. Quatre classes de durée en AJP sur la totalité des 3 années ont été distinguées, de manière à disposer de classes d'effectifs comparables :

Tableau n° 16 :
Distribution de l'échantillon selon la valeur de l'indicateur de réponse manquante et le nombre d'actes jours au total

Durée	Indicateur = 0	Indicateur < 1000	Indicateur >= à 1000	Total	Total effectif et (%)
1 acte-jour-patient	55.3	38.7	6.0	100	5175 (25.0)
2 à 7 actes-jours-patient	52.2	42.4	5.4	100	5808 (28.1)
8 à 30 actes-jours-patients	59.6	36.7	3.7	100	4594 (22.2)
31 actes-jours-patients et +	63.9	33.8	2.3	100	5122 (24.7)
Ensemble	57.5	38.1	4.4	100	20699 (100)

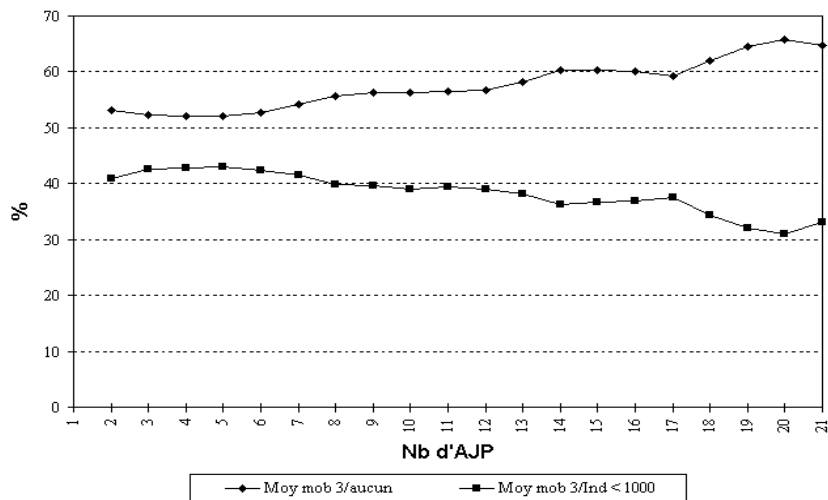
- en %-

Il semble que le taux de réponses manquantes baisse avec l'allongement de la durée de prise en charge sur les durées les plus importantes : à partir de 8 jours, le taux de fiches sans réponse manquante approche les 60 % ; au delà de 31 jours, il se rapproche de 65 %. Cela semblerait conforter l'hypothèse d'une information améliorée pour les patients plus longuement présents.

Dans le graphique suivant les taux de réponses complètes et légèrement incomplètes (indicateur inférieur à 1000), pour les 20 premiers jours sont représentés. Afin de gommer les effets de variation, les résultats sont lissés par l'intermédiaire d'une moyenne mobile de dimension 3 (le taux affecté à un jour donnée est établi par la moyenne du taux du jour précédent, de celui du

jour donné et de celui du jour suivant). On note effectivement une augmentation progressive du taux de fiches totalement renseignées, avec un palier autour du 15^{ème} jour autour de 60 %, puis un second palier autour du 20^{ème} jour, aux environs de 63 %.

Représentation des taux de réponses sans manques et avec un manque peu important selon la durée de prise en charge sur les trois ans de recueil



Au final, cet examen approfondi des taux de réponses manquantes montre que la saisie est effectivement sensible au mode de prise en charge du patient dans le secteur : les fiches des personnes ayant été prises en charge dans le cadre d'une unité d'hospitalisation somatique ou en institution substitutive du domicile, donc dans un autre lieu de prise en charge sont moins bien renseignées, ceci est aggravé dans la mesure où ce sont des patients qui présentent des temps de prise en charge plus courts. En effet, il est probable que la fiche patient ne soit pas toujours totalement remplie lors du premier contact, mais qu'à la faveur d'autres contacts elle puisse être complétée, ce que pourrait prouver la baisse du taux de réponse manquante avec l'accroissement du temps de prise en charge.

II-1-4. Définition de trajectoires et logiques d'exploration

La trajectoire se définit par un point de départ et par une durée. Dans l'optique d'une comparaison des trajectoires de différents individus, il convient donc de définir un point de départ ayant la même signification pour tous les individus, et, d'observer les trajectoires sur une durée identique pour tous.

Plusieurs choix sont possibles pour la **définition du point de départ** :

- *Le point de départ de la trajectoire est le début d'un épisode de soins.* Dans le cadre des 1^{ers} travaux effectués sur cette base de données fiches-patients (en 97-98), il avait été tout d'abord choisi de dater le début de trajectoire au début d'un épisode. On considère alors que l'individu rentre dans une étape de prise en charge spécifique, justifiée par un besoin identifié, qui nécessite des soins directement reliables à cet épisode. Plusieurs hypothèses ont été traitées : Dans un 1^{er} scénario, il était considéré que le patient entamait un épisode lorsqu'une prise en charge intervenait après au moins 6 mois « vides », libres de toute prise en charge ; puis après un mois « vide ». En psychiatrie, le caractère souvent chronique de la maladie pose problème. Comme il est difficile de définir la fin d'un épisode (idéalement la guérison), il est difficile de définir le début d'un autre épisode. En outre, dans le cadre de cette étude, on ne connaît que les prises en charge d'un fournisseur de soins (le secteur public), d'autres fournisseurs existent et peuvent précéder, relayer transitoirement ou définitivement la prise en charge. Enfin on n'appréhende la prise en charge du patient que sur une période de temps limitée, sans grande information – hormis l'année de 1^{ère} visite par le patient dans le secteur – sur le passé du patient. Et selon que ce passé est plus ou moins long et/ou lourd, l'épisode observé n'aura pas la même signification. Pour ces diverses raisons, la population de patients dans son entier avait aussi été traitée, sans aucune condition relative à l'existence d'un « trou » de prise en charge.
- *Le point de départ de la trajectoire est constitué par la première apparition du patient au sein de la file active des années 1993-1995.* Le point de départ est simplement constitué par la première prise en charge du patient observée sur la période de recueil. Aucune hypothèse n'est donc faite sur la correspondance entre ce point de départ est le début d'une épisode. On ne peut rien en déduire sur le plan de l'inscription de cette prise en charge dans le parcours du patient : elle peut s'inscrire dans un suivi régulier de longue haleine, ou, être la 1^{ère} étape d'une prise en charge conséquente, ou encore, n'être qu'un contact incident et sans suite dans la vie du patient, etc. L'observation des contacts entre le patient et le secteur durant 12 mois au total – le 1^{er} mois étant celui où apparaît la première prise en charge et les 11 mois suivants complétant – permet seulement d'appréhender la nature de la prise en charge. Par construction, les patients observables selon cette logique ont une prise en charge qui débute au plus tard en janvier 1995.
- *Le point de départ de la trajectoire est constitué par la première apparition du patient dans le secteur.* Est ici utilisée une information figurant dans les fiches patients côté recto, qui est l'année de 1^{ère} visite dans le secteur. On se situe ici plus clairement dans une logique de suivi de cohorte. Les résultats obtenus par l'exploration des trajectoires et caractéristiques de cette sous-population de patients seront bien sûr comparés à ceux d'une population dont l'année de première visite est plus ancienne.

Le second choix méthodologique concerne **la durée d'observation**. Dans le cadre d'études de trajectoires individuelles, la durée peut être utilisée selon deux logiques :

1. soit la durée qui sépare deux observations, on compare l'état de la période T1 à l'état de la période T0. On peut ainsi raisonner selon les modèles de survie et répondre à des interrogations comme : Combien d'individus sont encore présents au bout du différentiel de temps $\Delta t = T1 - T0$? Ceci n'est possible que si les différents états présentent une certaine continuité, autrement dit lorsque l'absence d'un patient dans un état donné est significative d'une véritable fin de prise en charge ;
2. soit la durée à l'intérieur de laquelle on observe les différents états de la personne. On recueille alors et on comptabilise les situations rencontrées durant la période, et, le différentiel de temps Δt est défini en nombre d'unités de temps $\Delta t = nt_i$.

Dans le cadre de l'analyse des trajectoires de patients en psychiatrie, il était difficile de s'appuyer sur la 1^{ère} logique, l'inscription dans un mode de prise en charge à un instant T est insuffisante à rendre compte de la situation d'un individu : l'absence d'un patient dans un mode de prise en charge un jour donné n'est pas nécessairement significative de la fin d'un traitement, elle peut aussi correspondre à une phase entre deux visites d'un patient bénéficiant d'un suivi régulier.

Pour cette raison, il convenait d'analyser les informations selon la seconde logique, à l'intérieur de durées définies, et de définir des typologies de trajectoires selon leurs ressemblances dans leur contenu : « qualité » et « quantité » de prise en charge.

La durée la plus adéquate pour disposer d'informations suffisantes a le plus souvent été définie à 12 mois. Mais dans certains cas, il a été choisi de travailler sur une période plus longue : 24 mois, la période de recueil l'autorise car elle s'étale sur 3 années civiles. A d'autres moments, des éléments de description sur des périodes plus courtes (de 3 mois), indicatrices de la ponctualité d'une prise en charge, ont été pris en compte.

Enfin il convient de préciser **les effets de la dimension mensuelle du relevé d'informations**. Comme précisé au début de cette partie, les informations figurant dans la base de données sont référées au mois. Ce choix a été opéré pour un traitement commun à tous les secteurs, certains secteurs ayant effectué un relevé mensuel, d'autres un relevé journalier.

De ce fait, pour chaque mois n'apparaît qu'une somme d'actes-jours dans chacune des modalités de prise en charge du patient. Le manque d'informations journalières datées, peut être jugé regrettable car cela « brouille » le chemin des patients, et prive notamment d'indications sur la succession des prises en charge. Mais simultanément, ce découpage mensuel imposé oblige à imaginer d'autres éléments descriptifs. Ainsi pour mesurer l'étalement des trajectoires, on peut calculer sur une période de 12 mois le nombre de mois où existe une prise en charge. Ont été aussi définies des densités moyennes mensuelles de prise en charge.

II-2. La trajectoire : analyse sur 12 mois a compter de l'entrée

Dans le cadre de définition de trajectoires des patients, un des principaux axes d'observation a consisté en l'observation des patients sur 12 mois au total, le 1^{er} mois étant le mois où est observée la première prise en charge pour un patient donné pour la période 1993-1995.

Par construction, les patients que l'on peut étudier dans cette logique, sont les patients dont la 1^{ère} prise en charge a lieu au plus tard en janvier 1995. En effet, les patients entamant leur parcours à partir de février 1995, ne peuvent pas être observés sur la totalité des 12 mois. *Les patients observés selon cette logique sont au nombre de 15 584.*

Dans un premier paragraphe, sont présentées les études faites pour dégager des dimensions descriptives, significatives des trajectoires. Dans le second paragraphe, est formulée la proposition de synthèse de ces diverses dimensions appuyées sur la définition de 3 sous-groupes de patients. Le troisième paragraphe expose les modalités de construction et les résultats obtenus pour caractériser les porteurs respectifs des 9 types de trajectoires définies. Le dernier paragraphe enfin exploite la relation existant entre des profils de patients et des profils d'accès à des trajectoires.

II-2-1. Diverses dimensions analysables

Quatre dimensions ont particulièrement retenu l'attention : les modalités de prise en charge ou le contenu, la lourdeur de prise en charge, son étalement et son rythme.

- **Le contenu ou les modalités de prise en charge (16 modalités de poids divers, les compatibilités, les associations les plus fréquentes)**

Dans le cadre de l'exploration du contenu des trajectoires, constitué par le type de prise en charge, chaque modalité a été observée puis les associations les plus fréquentes ont été repérées.

Présence d'une prise en charge

La part de patients ayant présenté l'une ou l'autre modalité de prise en charge parmi les 15 584 patients est ici observée:

Dans le premier tableau, sont présentées les modalités mineures, qui concernent moins de 1 % des patients de l'échantillon.

Dans le second tableau, sont présentées les modalités majeures, qui concernent au moins 1 % des patients.

Pour chaque modalité, est précisée la part de patients monotypes, autrement dit ne présentant que cette modalité de prise en charge sur les 12 mois de l'observation.

Tableaux n°17 :

Nombre de patients présentant chacune des 16 modalités dans leur trajectoire analysée sur 12 mois

Nom de la variable	Modalité	Effectif de patients concernés par cette modalité	%	Effectif (et %) des patients monotypes dans la modalité
Prises en charge à temps complet				
SPC	Accueil et soins en centre de post-cure et de réadaptation	4	0.0	0 (ns)
SAT	Accueil et soins en appartement thérapeutique	10	0.1	1 (ns)
SPF	Placement familial thérapeutique	49	0.3	6 (ns)
SHD	Hospitalisation à domicile	11	0.1	1 (ns)
SAP	Accueil et soins à temps complet autres	32	0.2	11 (34.4 %)
Prises en charge à temps partiel				
SNU	Hospitalisation de nuit	97	0.6	1 (ns)
STT	Accueil et soins en atelier thérapeutique	58	0.4	3 (5.2 %)

Nom de la variable	Modalité	Effectif de patients concernés par cette modalité	%	Effectif (et %) des patients monotypes dans la modalité
Prises en charge à temps complet				
SPT	Hospitalisation plein temps en psychiatrie	4766	30.6	1760 (36.9 %)
Prises en charge à temps partiel				
SJO	Hospitalisation de jour	683	4.4	58 (8.5 %)
SCA	Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	1146	7.4	270 (23.6 %)
SAJ	Accueil et soins à temps partiel autres	215	1.4	19 (8.8 %)
Prises en charge ambulatoire				
SCO	Soins en CMP ou unité de consultation de secteur	9555	61.3	5184 (54.3 %)
SSD	Soins et interventions à domicile	1727	11.1	170 (9.8 %)
SSI	Soins et interventions en institutions substitutives du domicile	1357	8.7	691 (50.9 %)
SSU	Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	3074	19.7	2154 (70.1 %)
SAA	Soins ambulatoires autres	1139	7.3	25 (2.2 %)

Au regard de la part de patients monotypes, on constate que certaines modalités de prise en charge sont très “autonomes”, plus de la moitié des patients ayant été au CMP ou en consultation n’ont pas bénéficié d’autres prises en charge. Ce sont même plus des 2/3 des patients ayant bénéficié d’interventions en unité d’hospitalisation somatique qui n’ont connu que cette prise en charge. Sachant que dans ce contexte les interventions sont en moyenne limitées au nombre de deux, il devient difficile de parler là de “trajectoires” au sens propre du terme. Deux autres modalités montrent des taux de monotypes significatifs, les soins dispensés en institutions substitutives du domicile (50.9 %) et l’hospitalisation plein temps (36.9 %, soit plus d’un patient sur trois). L’accueil en CATTP enfin présente un taux de monotypes non négligeable.

Associations de modalités de prise en charge

Pour établir les principales associations de prise en charge dans les trajectoires, une analyse multivariée portant sur la présence des modalités de prise en charge dans les trajectoires a été réalisée. Par automatisme statistique, cette analyse des correspondances multiples n'a retenu que les huit modalités significatives (seuil établi à 2 % de patients concernés), ce qui exclut donc de fait toutes les modalités mineures et la modalité AJ «accueil et soins à temps partiel autres».

Cette analyse oppose sur un premier axe en positif : «hôpital de jour», «CATTP», «suivi à domicile» et «autres ambulatoires» ; en négatif : «interventions en unité d'hospitalisation somatique». Sur le second axe, c'est «CMP-consultation de secteur» qui s'oppose à presque toutes les autres modalités. Le troisième axe oppose «interventions en institution substitutive du domicile» à «hôpital de jour» et «CATTP». Le quatrième axe oppose «hôpital temps plein», et dans une moindre mesure «hôpital de jour», aux autres modalités de prise en charge.¹

La classification issue de cette analyse a l'avantage de renseigner sur des associations significatives et de montrer les caractéristiques socio-démographiques et médicales corrélées.

Ainsi on obtient une typologie en huit classes :

1^{ère} classe : 5819 individus (37.3 %)

Ce sont des consultants presque uniquement, qui sont plus fréquemment des femmes. Ces patients sont plutôt mieux insérés que la moyenne par leur profession ou le suivi d'études, leur statut familial (plus souvent mariés, moins seuls) plus fréquemment sans protection, présentant plus souvent des troubles névrotiques, troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte ou des syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou des facteurs physiques. Ces patients effectuent en moyenne 8 actes-jours sur les 12 mois, 80 % d'entre eux ont effectué au plus 10 actes-jours. Ce groupe d'effectif important contient des patients bien insérés socialement, ils pourraient être qualifiés de *consultants de suivi régulier*.

2^{nde} classe : 1606 individus (10.3 %)

Ils cumulent temps plein et consultation, avec éventuellement suivi en unité d'hospitalisation somatique et/ou suivi à domicile. Plus souvent de sexe masculin, étant près d'une fois sur deux, actifs en milieu ordinaire ou chômeurs ayant déjà travaillé, ils sont bien insérés professionnellement, plus souvent mariés et divorcés, et moins solitaires, ils ont ou ont eu une vie familiale. Enfin ils sont moins nombreux à bénéficier d'allocation ou de protection. Ils sont résidents dans le secteur plus fréquemment que la moyenne, et plus souvent nouveaux dans le secteur. Trois diagnostics sont surreprésentés : troubles liés aux substances, schizophrénies et troubles de l'humeur. Les patients de cette classe effectuent en moyenne 43 actes-jours, soit environ une fois et demi plus qu'en moyenne ; 80 % d'entre eux ont un nombre d'actes-jours situé entre 10 et 179 actes-jours, contre 35 % dans l'ensemble. Au regard de leur insertion sociale, il s'agit de *patients bénéficiant d'un suivi consistant*, où après une hospitalisation temps plein, ils bénéficient de consultations.

3^{ème} classe : 1858 individus (11.9 %)

Ce sont plus souvent des hommes, ils n'ont connu quasiment que du temps plein sur la période, une fois sur deux célibataires ou divorcés, vivant plus souvent seuls qu'en moyenne, on trouve un tiers des SDF dans ce groupe, ce sont aussi plus souvent des bénéficiaires d'allocation et cette classe contient une personne sous tutelle sur cinq. Plus d'un sur trois réside hors secteur. 3

¹ Cette analyse des correspondances multiples avec classification a été effectuée grâce au logiciel SPAD. Les quatre premières valeurs propres expliquent 63 % de la variance. L'inertie interclasses, obtenue par la distribution en 8 classes, explique près des 3/4 de l'inertie totale du nuage de points.

diagnostics sont ici surreprésentés : troubles liés aux substances, troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte et retard mental. Il semble que cette classe peut se diviser en 2 groupes : des patients récents au diagnostic « léger » et des patients plus anciens au diagnostic plus « lourd ». Sur le plan du nombre d'actes-jours effectués, on note ainsi tout à la fois une surreprésentation des patients comptant au total sur la période de 6 à 30 actes-jours, et, une surreprésentation de patients effectuant plus de 6 mois d'hôpital temps plein. Il s'agit de *patients nécessitant une hospitalisation*, soit pour bénéficier d'une prise en charge « totale » sur une ou plusieurs semaines pour les « remettre d'aplomb » à relativement brève échéance, soit parce qu'ils ont besoin d'une prise en charge longue et importante.

4^{ème} classe : 1188 individus (7.6 %)

Pour près des deux tiers constitué de femmes, cette classe regroupe toutes les personnes qui ont bénéficié essentiellement d'interventions en institution substitutive du domicile. Pour les deux tiers, elle est composée de retraités, de personnes âgées de 60 ans et plus, plus fréquemment veuves, mais sur lesquelles d'ailleurs on manque souvent d'informations dans la fiche DGS. Le diagnostic de troubles mentaux organiques est près de quatre fois plus fréquent qu'en moyenne, celui de retard mental est aussi surreprésenté. Les dates de première visite sont un peu plus anciennes qu'en moyenne. Ces patients, résidents dans le secteur, consomment légèrement moins d'actes-jours que dans l'ensemble (21 aj/28 aj), mais légèrement plus en ambulatoire (9.6/6.6). Cette classe est parmi les plus typées, c'est celle des *patients, généralement âgés, bénéficiant d'un suivi moyennement lourd en institutions*.

5^{ème} classe : 3764 individus (18.2 %)

Tous les individus de cette classe ont bénéficié de soins et d'interventions en unité d'hospitalisation somatique pour l'essentiel, près de la moitié d'entre eux ne provient pas du secteur. On y trouve plus souvent des personnes âgées et/ou retraitées, et/ou veuves, mais de manière moins massive que dans la classe précédente, il s'agit plus de femmes. Comme dans la classe précédente, il y a plus de réponse manquante. La prise en charge est récente, trois diagnostics sont surreprésentés par ordre décroissant : troubles de l'humeur, troubles névrotiques et troubles mentaux organiques. Leur prise en charge est légère, elle comporte en moyenne 4 actes-jours. C'est la classe *des patients nécessitant des soins légers lors d'une hospitalisation pour problème somatique*.

6^{ème} classe : 996 individus (6.4 %)

Tous les individus de cette classe ont été pris en charge dans les « autres » modalités de l'ambulatoire. Cette modalité est associée avec au moins une autre dans leur trajectoire : très majoritairement de consultation, puis de soins à domicile ; de manière plus mineure, les patients de cette classe ont pu bénéficier de CATTP ou de soins en institutions substitutives du domicile. Aucun des patients de cette classe n'a en revanche été en hôpital de jour. Cette classe est moins bien caractérisée sur le plan social. Le seul diagnostic surreprésenté (plus de 2 fois plus nombreux qu'en moyenne) est le diagnostic de schizophrénie. Ayant été pris en charge pour un nombre d'actes-jours plus élevé qu'en moyenne (39 aj/27 aj), ces patients présentent près de trois fois plus d'actes en ambulatoire qu'en général. Ces patients ont une *prise en charge diversifiée en ambulatoire*.

7^{ème} classe : 822 individus (5.3 %)

Tous les individus de cette classe ont été en CATTP, ils ont pu aussi bénéficier de manière non négligeable de soins à domicile. Cette classe est aussi difficile à caractériser que la précédente. Le seul diagnostic surreprésenté est celui de la schizophrénie. Ces patients ont nettement plus qu'en moyenne connu de l'hôpital à temps partiel, avec un nombre d'actes-jours moyen. Ce *sont les patients du CATTP*.

La 8^{ème} classe : 683 individus (4.4 %)

Cette classe est constituée de personnes ayant toutes été en hôpital de jour, trois patients sur cinq ont été en consultation, un sur deux a été en hôpital temps plein, deux autres modalités concernent environ chacune un tiers des patients : CATTP et soins à domicile. A composante plus masculine, d'âge moyen, leur année de première visite est plus ancienne, ils sont résidents dans le secteur. Ils sont plus souvent bénéficiaires d'une protection. Leur prise en charge a été conséquente sur la période, et pas seulement à temps partiel. Deux diagnostics sont surreprésentés : schizophrénie et troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. On pourrait les qualifier de *patients lourds de l'hôpital de jour*.

Au regard de cette classification établie sur la base de la présence des modalités, les discriminations au sein de l'échantillon de patients restent difficiles à opérer. Les associations dégagées sur le plan des prises en charge sont cependant intéressantes :

Classe	Effectif (%)	Modalités de poids	Modalités associées	Modalités nulles ou mineures
1	5819 (37.3)	CO		PT SU AA SI JO SD CA
2	1606 (10.3)	PT CO	SD	AA SI SU JO CA
3	1858 (11,9)	PT		CO SU AA SI CA SD JO
4	1188 (7.6)	SI		JO SU PT CA
5	3764 (18.2)	SU		CO PT AA SI SD CA JO
6	996 (6.4)	AA CO	PT SD CA	JO
7	822 (5.3)	CA	SD	CO PT JO AA SI
8	683 (4.4)	JO PT CO	CA SD AA	SU AA SI

Il se confirme bien que certaines modalités de prise en charge peuvent structurer une trajectoire à elle seule : la consultation, l'hospitalisation à temps plein, le suivi en institution substitutive du domicile ou les soins en unité d'hospitalisation somatique. Les modalités de temps partiel sont plus généralement associées.

La "pureté" ou monomorphie des prises en charge

Les relatives « autosuffisances » de certaines modalités ont été décelées par l'observation de leur présence seule ou simultanément dans une trajectoire donnée sans considération sur la durée. Dans un second temps, est comparée pour chaque trajectoire dans laquelle existe une modalité donnée, l'évolution de la « pureté » d'une prise en charge au fur et à mesure que le temps total de prise en charge sur les douze mois d'observation s'allonge.

Exemple de lecture :

Dans le graphique n°xxx est observée la "pureté" des prises en charge en hôpital temps plein. Par définition, 100 % des patients ayant une trajectoire d'un jour avec du temps plein, ont une probabilité de "pur" temps plein égale à 1. En revanche, c'est 79 % des patients ayant une trajectoire de deux jours avec du temps plein, qui ont une trajectoire "pure" en plein temps, les 21 % restants ont cumulé une prise en charge à temps plein et une autre prise en charge, la probabilité de "pur" plein temps n'est plus que de 0.79. Puis, la probabilité de "pur" plein temps est de 0.64 dans les trajectoires de 3 actes-jours au total, autrement dit, 64 % des patients n'ont été qu'en hôpital temps plein durant leurs trois jours de présence dans le secteur, etc.

Sur les graphiques, pour toutes les trajectoires de durée supérieure à 10 jours, des moyennes ont été calculées, de manière à lisser la courbe.

Exemple de lecture :

Dans le graphique n°4, est observée la probabilité d'avoir une trajectoire "pure" de plein temps, elle s'établit à 0.43 ; autrement dit 43 % des patients ayant une trajectoire de 11 à 15 actes-jours ont une trajectoire en "pur" plein temps.

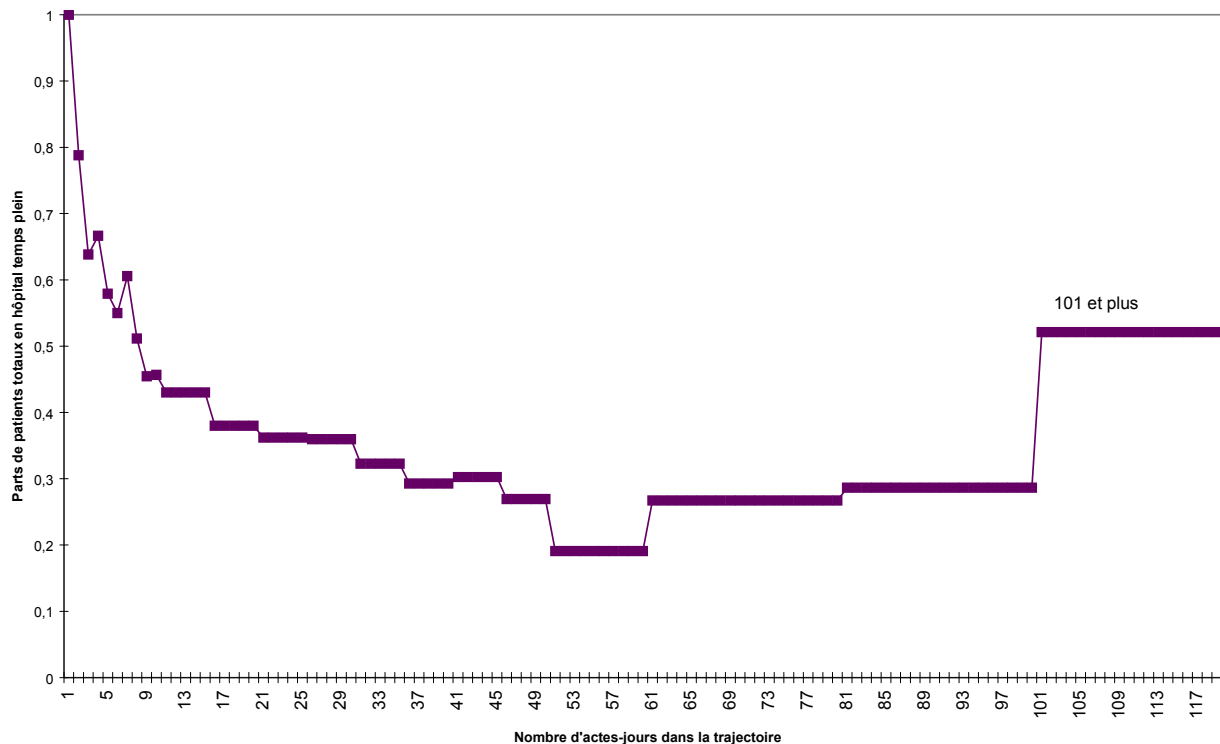
La valeur figurant pour les trajectoires comportant plus de 100 actes-jours, est calculée par une moyenne pour toutes les durées supérieures à 100 actes-jours dans le premier graphique, même raisonnement au delà de 60 jours pour les trois graphiques suivants.

On perçoit bien ainsi les différences entre prises en charge :

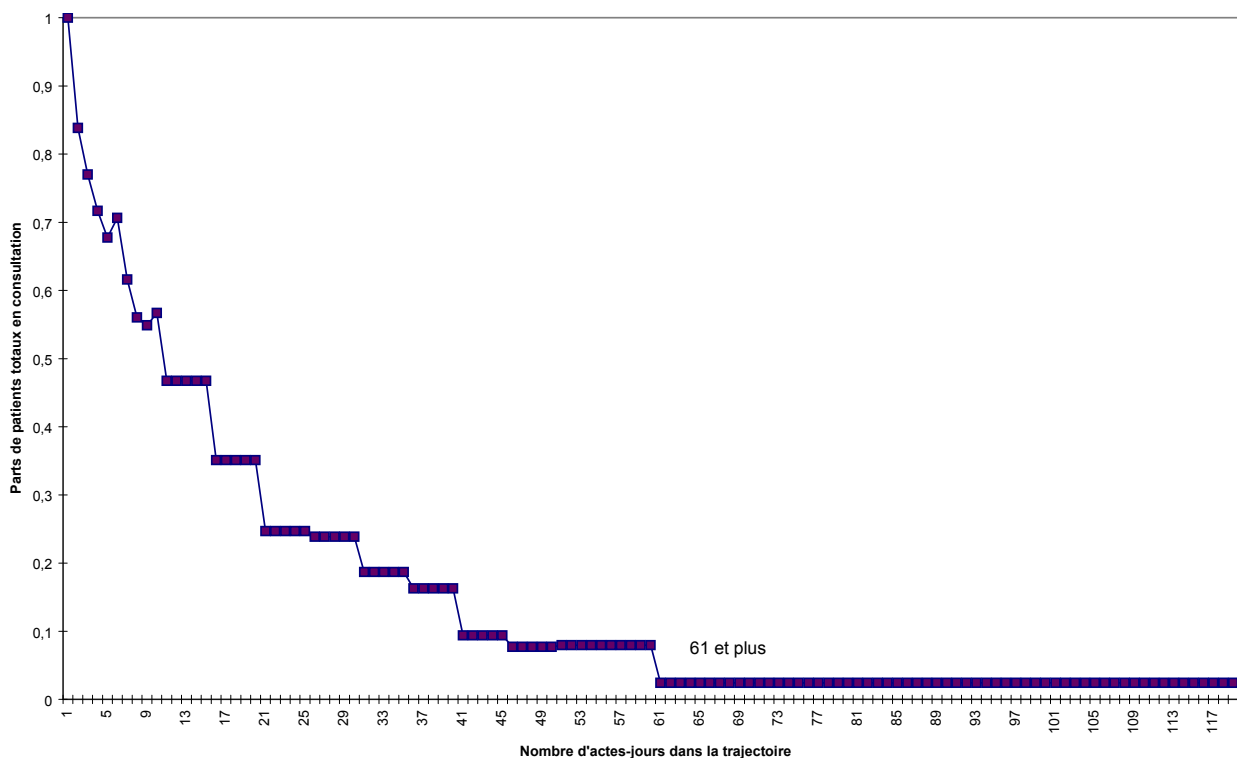
- La courbe de la consultation est celle qui décroît le plus lentement sur les durées de prise en charge les plus courtes (1 à 15 jours). Autrement dit, la prise en charge en consultation est celle qui se suffit le plus sur les prises en charge les plus légères. Puis la courbe suit une décroissance régulière, dès 30 jours de prise en charge, moins d'un patient sur cinq parmi ceux ayant été en consultation au moins une fois au cours des douze mois ont une prise en charge totale en consultation.
- La courbe de l'hôpital temps plein a la forme la plus originale, en forme de cuvette. Dès 15 jours de prise en charge, la part de patients "purs" dans cette modalité est supérieure à celles des patients "purs" des autres modalités ici observées. Puis pour toutes les durées supérieures à 60 actes-jours, la courbe remonte. Ainsi pour un patient sur deux comptant plus de 100 jours de prise en charge, la trajectoire se déroule totalement en hôpital temps plein.
- La courbe de prise en charge à temps partiel décroît très rapidement pour les temps les plus courts, le temps partiel est le plus souvent une modalité d'accompagnement pour les prises en charge les plus légères, puis montre l'importance des temps de prise en charge intermédiaires : elle est la seule à entrer en concurrence avec celle de l'hôpital temps plein au delà de 25 jours ; pour les temps les plus longs au delà de 60 jours, elle opère une légère remontée, montrant qu'il est plus probable d'avoir des prises en charges "pures" à temps partiel pour des durées de prise en charge élevées .
- La courbe de prise en charge en soins en institutions substitutives du domicile (SI) et/ou en soins à domicile (SD) révèle un autre profil, évoluant par paliers. Entre 20 et 30 jours, près d'un patient sur cinq a une trajectoire pure en SI/SD, c'est un patient sur dix entre 30 et 50 jours. Au delà de 60 actes-jours, comme pour la consultation, ces modalités sont automatiquement mixées avec d'autres.

Il apparaît bien ici que l'hospitalisation à temps plein, comme à temps partiel peut être incidente, mais qu'en règle générale, une prise en charge de ce type s'établit sur la durée lorsque la trajectoire est plus lourde. A l'opposé, les prises en charge ambulatoires (la consultation, les soins à domicile ou en institutions substitutives du domicile) sont essentiellement de courtes durées, si la trajectoire s'alourdit, ces modalités deviennent minoritaires et sont relayées.

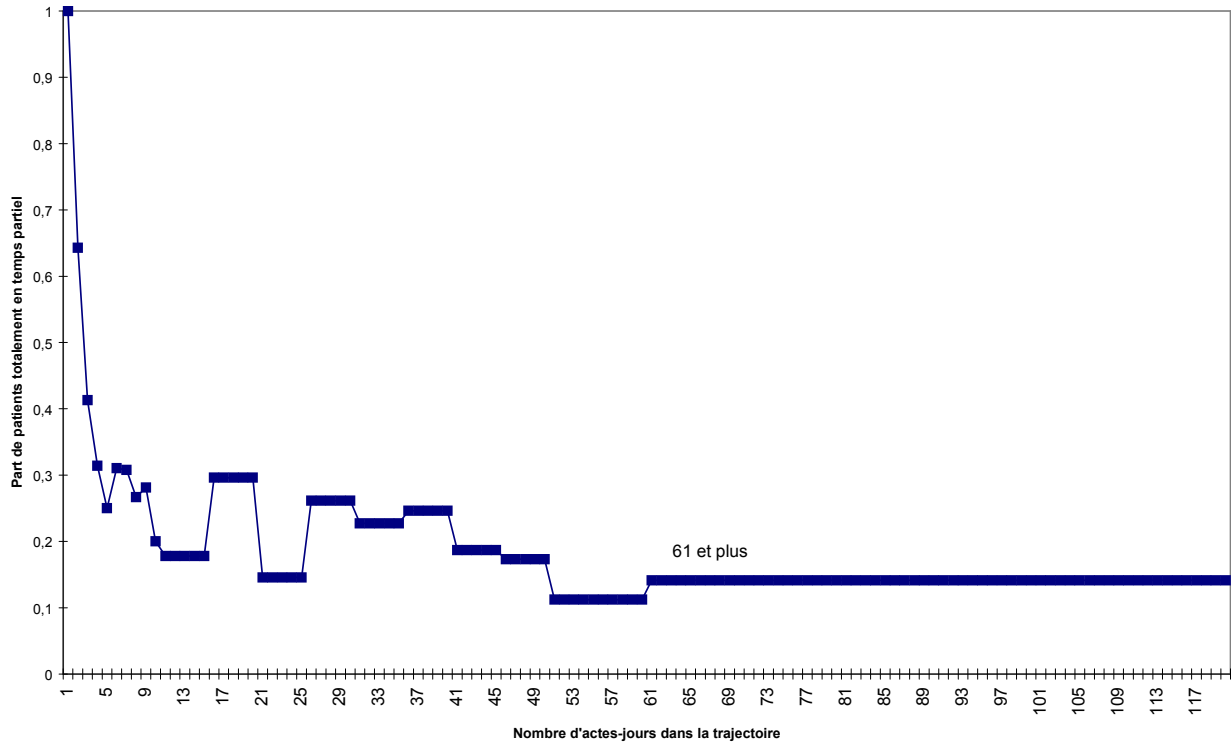
Graphique n° 4 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge totales en hôpital temps plein quand la modalité existe dans la trajectoire



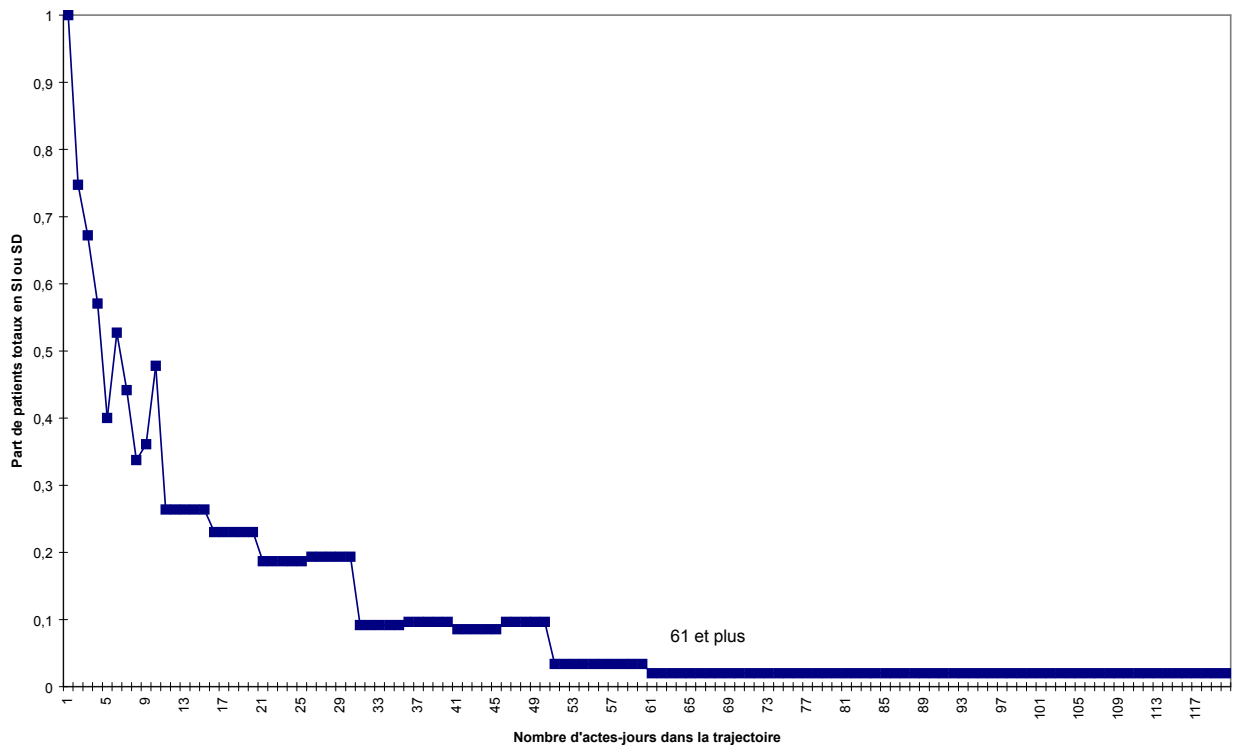
Graphique n° 5 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge totales en consultation quand la modalité existe dans la trajectoire



Graphique n° 6 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge totales en temps partiel quand la modalité existe dans la trajectoire



Graphique n° 7 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge totales en SI ou SD quand l'une ou l'autre existe dans la trajectoire



Evolution du poids d'une modalité de prise en charge selon le temps total passé dans le secteur sur 12 mois

On évalue le poids d'une modalité de prise en charge en fonction de la part d'actes-jours passés dans une modalité ou un groupe de modalités dans l'ensemble d'une trajectoire. On l'observe là encore pour chaque durée de temps, travaillant sur des moyennes pour des groupes de durée, comme auparavant, au delà de 10 jours de temps total de prise en charge.

Exemple de lecture :

Dans les graphiques des pages suivantes, on observe que dans les trajectoires où existe l'hôpital temps plein et ayant une durée de 11 à 20 jours, près de 80 % des actes-jours se font en hôpital temps plein, cette proportion baisse jusqu'à 68 % pour les trajectoires de 121 à 140 jours, pour remonter jusqu'à plus de 90 % pour les durées les plus longues au delà de 300 actes-jours.

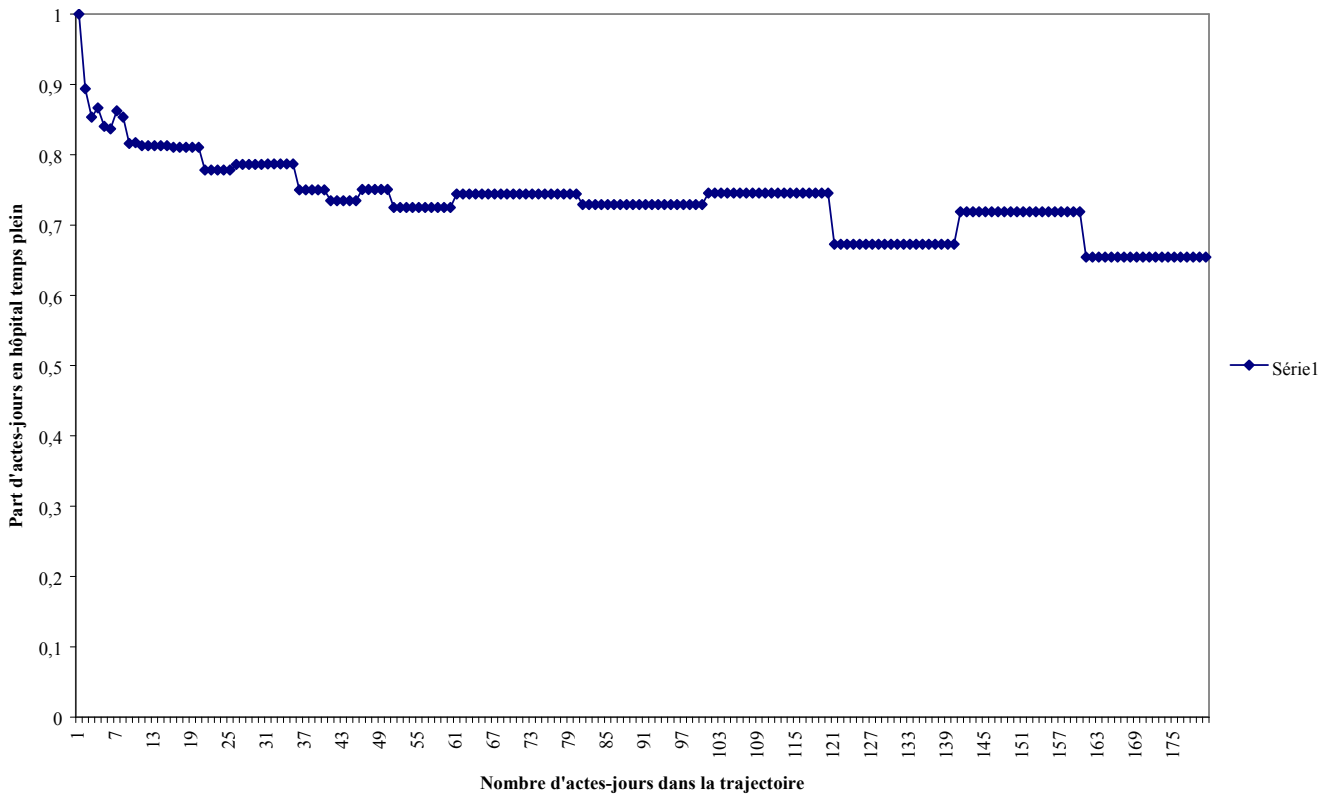
Les différences entre prises en charge sont ici plus flagrantes que précédemment :

- La part de temps en hôpital temps plein reste élevée, quelle que soit la durée de prise en charge. Pour tous les patients ayant été au moins un jour en hôpital temps plein, cette forme de prise en charge constitue toujours l'essentiel de leur parcours, et les temps les plus longs excluent quasiment les autres possibilités de prise en charge.
- La part de prise en charge en consultation connaît une décroissance progressive et régulière au fil du temps : plus la prise en charge est lourde, plus la part de consultation diminue. Dès 20 actes-jours, pour les patients ayant été au moins une fois en consultation, il n'y a plus une majorité de temps passé en consultation et les autres modalités prennent le dessus.
- Les deux autres modalités de prise en charge ambulatoire importantes sont traitées ensemble (SI et SD), la courbe présente une décroissance de même ordre, sauf qu'elle s'écroule au delà du 100^{ème} jour.
- Le profil des prises en charge à temps partiel est plus original. Pour les patients ayant connu une prise en charge à temps partiel, si leur trajectoire compte plus de 8 actes-jours sur les douze mois, c'est entre 40 et 60 % du temps passé qui se déroule dans le temps partiel. Pour simplifier on pourrait affirmer que le temps partiel absorbe environ la moitié du temps avec une certaine régularité, dès qu'on note son occurrence pour des prises en charge non légères.

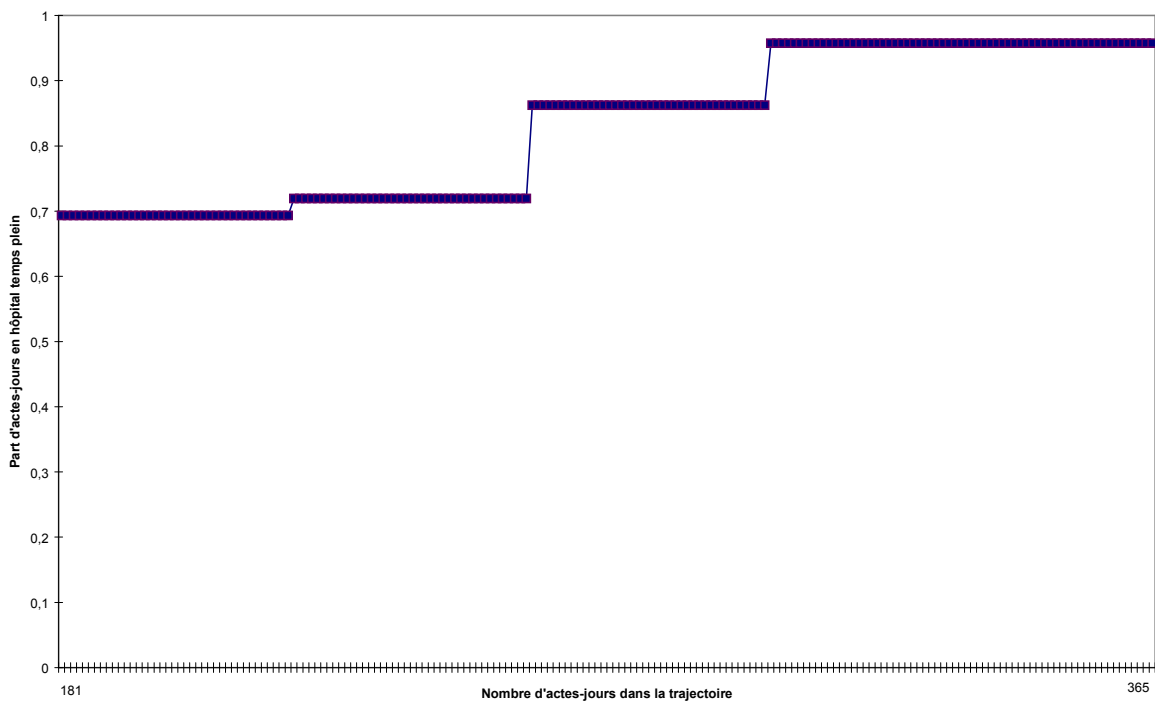
Pour conclure en caricaturant à partir de ces deux derniers éléments d'observation, la « pureté » et le poids relatif :

- l'hôpital temps plein, une modalité lourde, autosuffisante et qui s'auto-alimente ;
- la consultation parfois "suffisante" à court-terme, mais complétée au delà de 30 jours ;
- le suivi à domicile ou en institution substitutive du domicile parfois "suffisant" à court terme, rarement présent lorsque s'instaure un vrai suivi ;
- le temps partiel est « distillé » à doses régulières pour des temps intermédiaires.

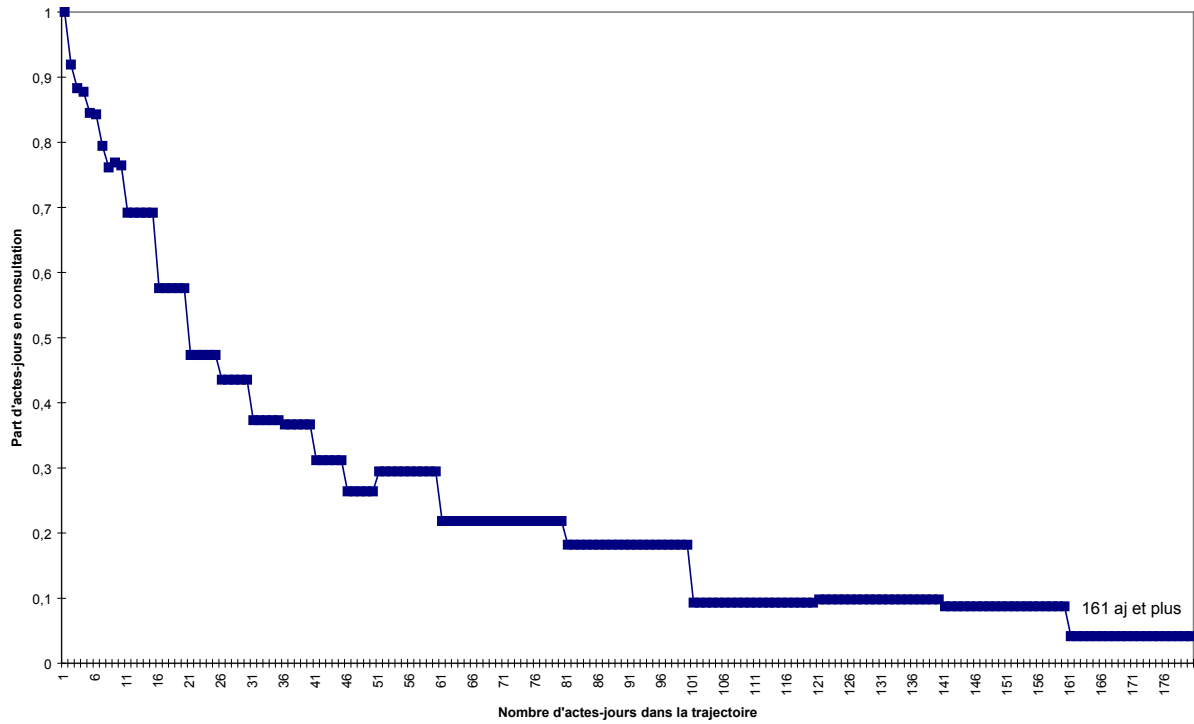
Graphique n° 8 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge en hôpital temps plein quand la modalité existe dans des trajectoires (1-180 actes-jours)



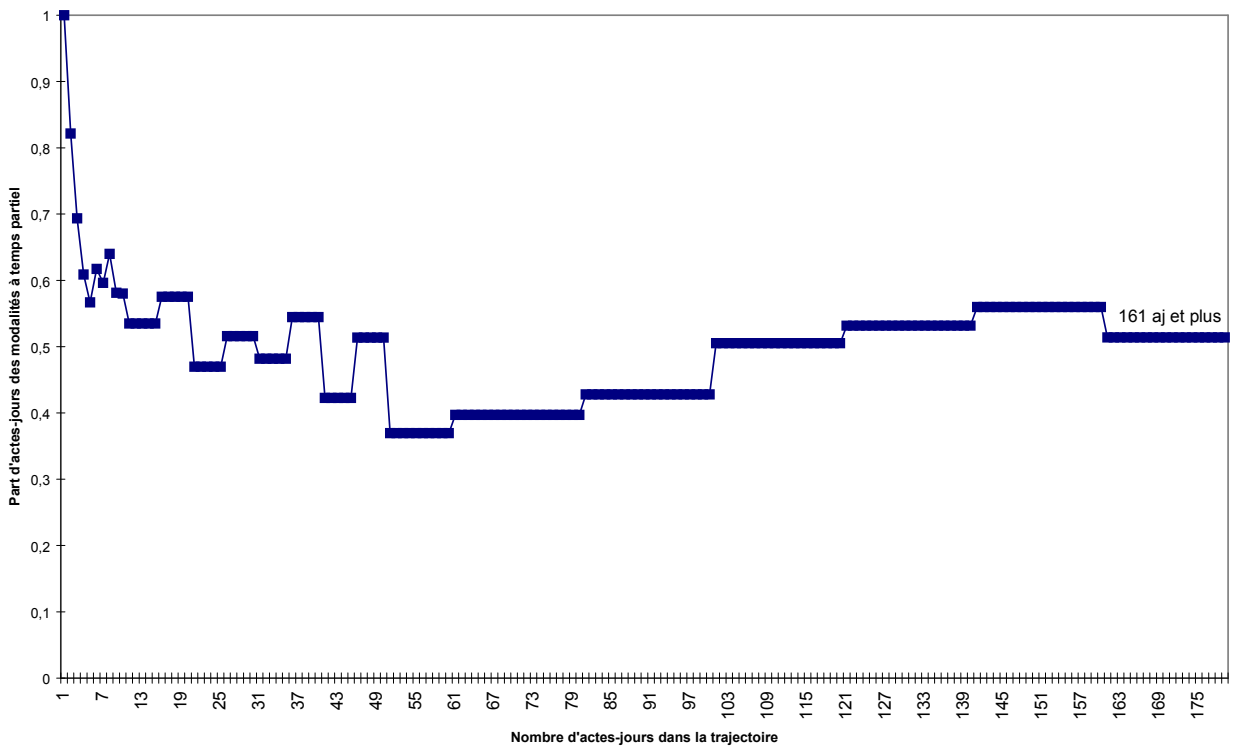
Graphique n° 9 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge en hôpital temps plein quand la modalité existe dans des trajectoires (181-365 actes-jours)



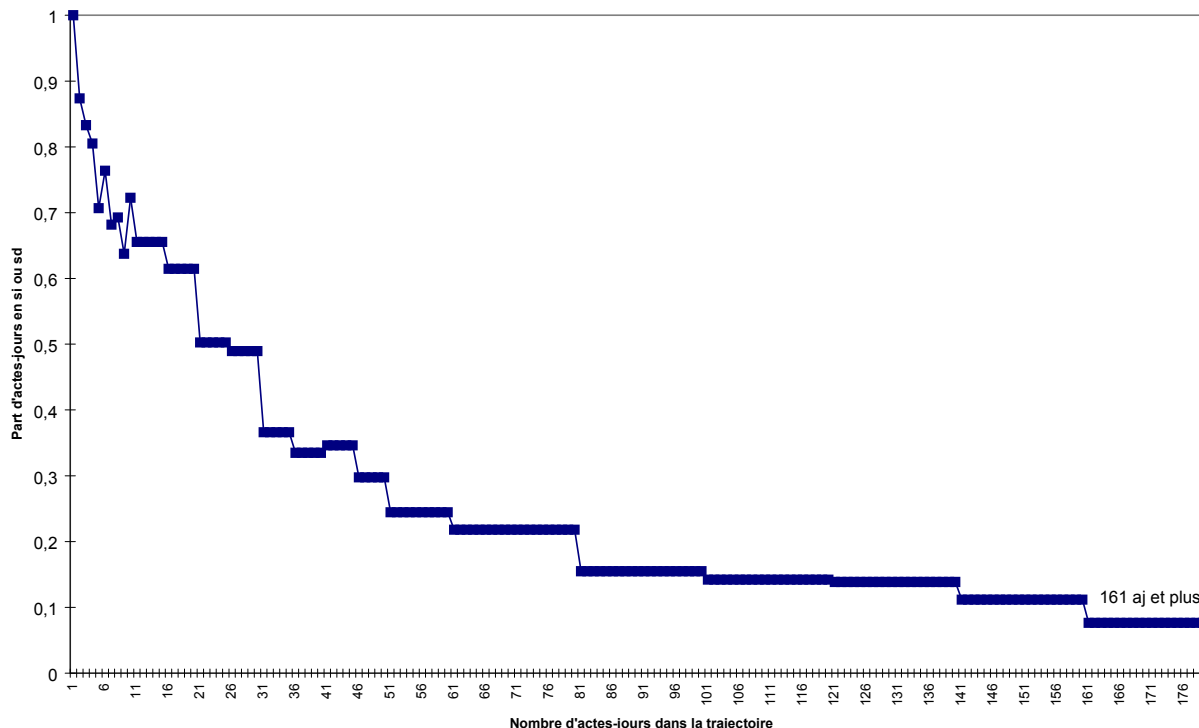
Graphique n° 10 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge en consultation quand la modalité existe dans des trajectoires



Graphique n° 11 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge à temps partiel quand une modalité de temps partiel existe dans des trajectoires



Graphique n° 12 : Evolution en fonction du nombre d'actes-jours dans la trajectoire de la part des prises en charge en si ou sd quand l'une ou l'autre modalité existe dans les trajectoires



- **La lourdeur de prise en charge**

Une prise en charge analysée sur 12 mois peut être simplement considérée du point de vue du nombre d'actes-jours.

Pour plus de lisibilité, il a été procédé à un découpage de l'échantillon selon cette dimension.

Tableau n° 18 :
Distribution des patients selon le nombre total d'actes-jours sur les 12 mois

NOMBRE D'ACTES-JOURS SUR 12 MOIS	Effectifs de patients concernés	% de patients concernés
1	3840	24.6
2 ou 3	2529	16.2
4 ou 5	1298	8.3
6 à 10	1910	12.3
11 à 20	1869	12.0
21 à 30	1122	7.2
31 à 60	1395	9.0
61 à 90	511	3.3
91 à 178	566	3.6
179 et plus	544	3.5
TOTAL	15584	100.0

Les monoconsultants représentent près d'un patient sur quatre de l'échantillon et près de 40 % des patients ont bénéficié au maximum de 3 actes-jours sur les 12 mois de l'observation. A l'autre extrême, 7 % des patients ont une prise en charge comptant près de 3 mois au moins.

Pour mieux cerner le contenu de prises en charge de lourdeur très hétérogène, les prises en charge des trajectoires situées aux deux extrêmes ont été observées.

85 % des patients d'un jour ont été en consultation ou bénéficié de soins en unité d'hospitalisation somatique

Ce type de passage « éclair », qui vraisemblablement restera unique, n'est significatif en rien d'une véritable prise en charge dans le secteur public. D'ailleurs pour les patients pour lesquels on dispose d'éléments sur la suite des douze mois – pour des durées de suite variables, il est vrai, et n'excédant de toutes façons pas les deux ans suivants, compte tenu du mode de construction de l'échantillonnage – une très large majorité ne réapparaît pas dans le recueil.

Tableau n° 19 :
Distribution des patients d'un jour selon la modalité de prise en charge

MODALITES DE PRISE EN CHARGE	Effectif	%
Hôpital temps plein	205	5.3
Placement familial thérapeutique	1	0.0
Autres accueil et soins à tps complet	1	0.0
Hôpital de nuit	1	0.0
Hôpital de jour	15	0.4
Accueil et soins en atelier thérapeutique	1	0.0
Accueil et soins en CATTP	82	2.1
Autres accueil et soins à tps partiel	7	0.2
CMP – consultation de secteur	1610	41.9
Soins et interventions à domicile	41	1.1
Soins et interventions en instit. substitutives du dom.	170	4.4
Soins et interventions unité hospitalisation somatique	1690	44.0
Autres soins ambulatoires	16	0.4
TOTAL	3840	100.0

Il s'agit : soit d'une consultation ponctuelle, soit de psychiatrie de liaison, soit d'une hospitalisation d'urgence. La répartition sur la période d'observation de 12 mois ne révèle pas de différences majeures, pas de phénomène saisonnier évident, ni de biais apparent lié à la coupure opérée par la fenêtre d'observation.

Plus de 80 % des trajectoires de 2 actes-jours ne comportent que de l'ambulatoire

Près de la moitié des trajectoires comportant 2 actes-jours combinent en fait deux consultations, et près d'une sur cinq combinent deux interventions en unité d'hospitalisation somatique. Pour une large majorité, près de 83 %, les trajectoires ne combinent que des actes en ambulatoire.

On a relevé, pour compléter cette observation, la distance existant entre les deux actes-jours constituant ces trajectoires.

Tableau n° 20 :
Distribution des patients ayant une trajectoire de 2 actes-jours
selon les modalités de prise en charge

MODALITES DE PRISE EN CHARGE	Effectif	%
Modalités uniques :		
• Hôpital temps plein	145	9.1
• Hôpital de jour	2	0.1
• Accueil et soins en CATTP	37	2.3
• Autres accueil et soins à tps partiel	4	0.2
• CMP – consultation de secteur	784	49.4
• Soins et interventions à domicile	18	1.1
• Soins et interventions en instit. substit. du domicile	112	7.1
• Soins et interventions unité hospit. somatique	289	18.2
• Autres soins ambulatoires	5	0.3
Modalités mixtes :		
• Consultation et autres p.c. en ambulatoire	103	6.5
• Consultation et prises en charge à temps partiel	23	1.5
• Consultation et hôpital temps plein	25	1.6
• Autres combinaisons	39	2.5
TOTAL	1586	100

Tableau n° 21 : Répartition selon la date des deux prises en charge
des patients ayant des trajectoires de deux actes-jours
(modalités ou combinaisons de modalités fréquentes)

Modalités de prise en charge	Le même mois	Le mois suivant	3^{ème} et 4^{ème} mois	Plus tard	Effectif
Modalités uniques :					
• Hôpital temps plein	95.9	3.4	0	0.7	145
• CMP – consultation de secteur	29.7	29.0	16.7	24.6	784
• Soins et intervent. en instit. substit. du dom.	33.9	20.5	19.6	26.0	112
• Soins et intervent. en unité hospit somatique	52.2	16.3	7.6	23.9	289
Modalités mixtes :					
• Consultation et autres p.c. en ambulatoire	51.5	23.3	10.7	14.5	103
ENSEMBLE*	42.7	22.8	13.6	20.9	1586

* Les chiffres pour l'ensemble concernent toutes les modalités, qu'elles soient ou non fréquentes. Pour cette raison, l'effectif indiqué (établi à 1586) est différent du total des lignes précédentes qui est de 1433.

Les deux dates se situent dans les deux tiers des cas, le même mois ou sur des mois consécutifs. Cependant selon les modalités ou combinaison de modalités, ce temps de latence varie :

- Les deux dates de soins sont quasi exclusivement situées dans le même mois quand il s'agit d'une prise en charge en hôpital temps plein ;
- La proximité des deux dates est forte aussi (dans un peu plus de la moitié des cas) quand il s'agit de soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique ou quand il s'agit d'une prise en charge mixant une consultation et une autre prise en charge ambulatoire ;
- Les deux dates peuvent être plus éloignées quand il s'agit uniquement de consultations ou de soins et interventions en institutions substitutives du domicile.

Un peu plus de 75 % des trajectoires de trois actes-jours ne comportent que de l'ambulatoire

Si les possibilités de combinaison augmentent mécaniquement, on constate que dans un peu plus des trois-quart des cas (75.9 %) les trajectoires restent constituées uniquement d'actes en ambulatoire.

Tableau n° 22 :
Distribution des patients ayant une trajectoire de 3 actes-jours
selon les modalités de prise en charge

MODALITES DE PRISE EN CHARGE	Effectif	%
Modalités uniques :		
• Hôpital temps plein	67	7.1
• Accueil et soins en CATTP	18	1.9
• CMP – consultation de secteur	502	53.2
• Soins et interventions à domicile	16	1.7
• Soins et interventions en instit. substit. du domicile	60	6.4
• Soins et interventions unité hospit. somatique	91	9.7
Modalités mixtes :		
• Consultation et autres p.c. en ambulatoire	46	4.9
• Consultation et prises en charge à temps partiel	19	2.0
• Consultation et hôpital temps plein	20	2.1
• Consultation et combinaison de plusieurs types	65	6.9
• Autres combinaisons	39	4.1
TOTAL	943	100

L'examen des dates respectives de ces 3 actes-jours dans la trajectoire du patient révèle que 23 % de ces trajectoires sont limitées à un mois de durée totale, une proportion équivalente de trajectoires s'étale sur deux mois. Finalement près des deux tiers des trajectoires se déroulent sur une période totale n'excédant pas quatre mois.

Selon le type de prise en charge, des écarts apparaissent :

- On retrouve ici encore le caractère très compact de la prise en charge à temps plein, car la quasi-totalité des prises en charge uniquement à temps plein ne s'étale pas au delà de deux mois consécutifs.
- Dans le cas d'une prise en charge uniquement dans le cadre de soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique, comme dans le cas de prises en charge mêlant consultation et d'autres modalités, comme pour les autres combinaisons mixtes, les trajectoires sont aussi assez compactes ne s'étalant pas au delà de 2 mois dans 60 % des cas et au delà de 3 mois dans 70 % des cas.
- La prise en charge uniquement centrée sur des consultations peut s'étaler plus franchement, excédant 4 mois dans 40 % des cas.
- Enfin les prises en charge ambulatoires uniquement réalisées soit à domicile, soit en institutions substitutives du domicile s'étalent le plus généralement, semblant révéler des suivis au long cours.

Près de 75 % des trajectoires de quatre ou cinq actes-jours ne comportent que de l'ambulatoire

Les trajectoires ne comportant que de l'ambulatoire restent essentielles, puisqu'elles couvrent près de 75 % des trajectoires de 4 ou 5 actes-jours.

Tableau n° 23 :
Distribution des patients ayant une trajectoire de 4 ou 5 actes-jours
selon les modalités de prise en charge

MODALITES DE PRISE EN CHARGE	Effectif	%
Modalités uniques :		
• Hôpital temps plein	142	10.9
• Hôpital de jour	3	0.2
• Accueil et soins en CATTP	15	1.1
• CMP – consultation de secteur	642	49.5
• Soins et interventions à domicile	20	1.5
• Soins et interventions en instit. substit. du domicile	78	6.0
• Soins et interventions unité hospit. somatique	58	4.5
Modalités mixtes :		
• Consultation et autre p.c. en ambulatoire	167	12.9
• Consultation et prise en charge à temps partiel	40	3.1
• Consultation et prise en charge à temps complet	60	4.6
• Consultation et combinaison	11	0.8
• Autres combinaisons	62	4.8
TOTAL	1298	100

L'étalement de ces trajectoires est plus élevée que pour celles de moindre lourdeur, puisque : 30 % des trajectoires de dimension 4 ou 5 s'étalent sur au plus 2 mois et près d'une sur quatre s'étalent sur 3,4 ou 5 mois. Cet étalement varie sensiblement selon le type de prise en charge :

- Les prises en charge à temps complet restent très compactes, plus de 95 % ne dépassent pas les 2 mois consécutifs.
- Dans le cas d'une prise en charge uniquement avec des soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique, comme dans le cas de prises en charge mêlant consultation et d'autres modalités, ces trajectoires restent assez compactes, la moitié ne s'étalent pas au delà de trois mois consécutifs.
- Les trajectoires uniquement constituées de consultations ou de soins et interventions au domicile ou en institution substitutive du domicile s'étalent plus dans le temps, près de 50 % d'entre elles s'étalent sur des durées de 7 mois et plus. Cela s'apparente à un suivi de moyen ou long terme.
- Les trajectoires dites « autres » ont un profil dans le temps proche de la moyenne.

En conclusion, les trajectoires les plus légères, comportant au plus 5 actes-jours au total sur les 12 mois et concernant près de la moitié de la population de l'échantillon, sont pour une très large majorité des trajectoires (85 %) effectuées uniquement en ambulatoire. Parmi les 15 % de trajectoires restant, une majorité comporte des prises en charge avec une hospitalisation à temps plein :

- Les prises en charge « courtes » en hôpital temps plein sont les plus compactes, ne s'étalant que rarement au delà de deux mois.
- Lorsque la prise en charge se situe en ambulatoire avec des soins en unité d'hospitalisation somatique, ou, combinant consultation et autre prise en charge ambulatoire, elle est assez compacte.
- Une trajectoire uniquement constituée de consultation s'étale plus dans le temps.
- Les trajectoires constituées de soins à domicile ou en institutions substitutives du domicile sont les plus étalées, s'apparentant à un suivi régulier léger.

Plus des trois-quarts des patients ayant les trajectoires les plus lourdes ont passé la majorité de leur temps de présence en hôpital temps plein

Les trajectoires ici observées comportent au moins 180 actes-jours, à l'autre extrême du spectre des trajectoires.

87.4 % de ces trajectoires comportent de l'hôpital temps plein. Plus significatif encore, 77.1 % des trajectoires, comptant au moins 180 actes-jours sur les 12 mois d'observation, sont des trajectoires passées pour au moins la moitié du temps en hôpital temps plein.

Tableau n° 24 :
% des patients présentant chaque modalité de prise en charge pour des trajectoires comptant 180 actes-jours au moins

Existence de la modalité de prise en charge pour les modalités concernant au moins 5 % des patients	Effectif	%
• Hôpital temps plein	473	87.4
• Hôpital de jour	135	25.0
• Accueil et soins en CATTP	60	11.1
• CMP – consultation de secteur	173	32.0
• Soins et interventions à domicile	97	17.9
• Soins et interventions en institutions subst. du dom.	29	5.4
• Prises en charge ambulatoires autres	49	9.1
ENSEMBLE	541	3.5 % de l'échantillon

La principale alternative est constituée par l'hôpital de jour dont ont bénéficié 25 % des patients. En outre, 12.6 % des patients y ont passé la majorité de leur temps de trajectoire sur 12 mois.

Les autres modalités fréquentées par ces patients de longue haleine ne viennent quasi-exclusivement qu'en complément de l'hôpital de jour et/ou de l'hôpital temps plein : moins de 6 % des patients ayant des temps longs n'ont présenté aucune de ces deux modalités, et, moins de 20 % n'ont pas passé près de 90 % au moins de leur temps dans l'une et/ou l'autre de ces deux modalités.

Dans la quasi-totalité des cas (92.4 %) ces patients ont leur présence enregistrée par le secteur sur chacun des 12 mois d'observation.

Les patients comptant entre 90 et 180 actes-jours ont des trajectoires moins monolithiques : l'hôpital temps plein est toujours majoritaire, mais il est complété par des consultations

Les patients, comptant entre 90 et 180 actes-jours sur les 12 mois de l'observation, représentent 3.7 % de l'échantillon. A la différence des patients les plus lourds – observés précédemment – ils sont beaucoup plus nombreux à avoir bénéficié d'au moins une consultation. Mais globalement l'hospitalisation à temps complet reste très présente : quatre patients sur cinq ont bénéficié au moins durant un jour de cette prise en charge, et, trois patients sur cinq ont passé la majorité de leur temps de prise en charge dans ce cadre.

Tableau n° 25 :
% des patients présentant chaque modalité de prise en charge
pour des trajectoires comptant entre 90 et 180 actes-jours

Existence de la modalité de prise en charge pour les modalités concernant au moins 5 % des patients	Effectif	%
• Hôpital temps plein	459	80.7
• Hôpital de nuit	31	5.4
• Hôpital de jour	205	36.0
• Accueil et soins en CATTP	149	26.2
• Prises en charge à temps partiel autres	45	7.9
• CMP – consultation de secteur	419	73.6
• Soins et interventions à domicile	224	39.4
• Soins et interventions en instit. substit. du domicile	56	9.8
• Soins et interventions en unité hospit. somatique	42	7.4
• Prises en charge ambulatoires autres	125	22.0
ENSEMBLE	569	3.7 % de l'échantillon

Si la proportion de patients ayant bénéficié d'au moins une consultation est forte, ces consultations absorbent généralement une part de temps assez peu significative. C'est en fait, l'hôpital de jour qui constitue l'autre modalité de poids. On le perçoit clairement en mesurant la part de temps passé dans cette modalité, lorsque l'hospitalisation plein temps n'est pas majoritaire : on constate alors que dans près de la moitié des cas, c'est le temps passé en hôpital de jour qui est majoritaire. Le CATTP peut aussi être d'un poids significatif, et enfin, les soins et interventions à domicile.

Une nette majorité des patients « semi-longs » (69 %) a sa présence enregistrée durant chaque mois des 12 observés, mais près de 20 % ont disparu au plus tard au cours du 9^{ème} mois.

Les trajectoires comportant de 60 à 90 actes-jours : les 3 modalités de poids sont l'hôpital temps plein, la consultation et les soins à domicile

Cinq cent onze patients (soit 3.3 % de l'échantillon) comptent de 60 à 90 actes-jours sur les 12 mois d'observation.

La prise en charge en hôpital temps plein reste majoritairement présente, puis la consultation apparaît comme concernant plus de trois patients sur quatre. Mais le champ des prises en charge présentes s'élargit, comme si sur ces trajectoires plus courtes, les modalités les plus lourdes laissaient un espace à d'autres possibilités. Ainsi les soins et interventions à domicile concernent plus du tiers de ces patients, les soins ambulatoires autres près de 25 %, hôpital de jour et CATTP ont concerné chacune respectivement environ 20 % des patients. Les deux autres modalités en ambulatoire, que sont les soins en institutions substitutives du domicile et en unité d'hospitalisation somatique, concernent des effectifs proches de 10 %.

La part du temps passé en hôpital temps plein reste majoritaire et conserve le même profil que dans les trajectoires de la longueur examinée précédemment.

Tableau n° 26 :
% des patients présentant chaque modalité de prise en charge pour des trajectoires comptant entre 60 et 90 actes-jours

Existence de la modalité de prise en charge pour les modalités concernant au moins 5 % des patients	Effectif	%
• Hôpital temps plein	389	76.1
• Hôpital de jour	87	17.0
• Accueil et soins en CATTP	105	20.5
• CMP – consultation de secteur	393	76.9
• Soins et interventions à domicile	186	36.4
• Soins et interventions en instit. substit. du domicile	54	10.6
• Soins et interventions en unité hospit. somatique	40	7.8
• Prises en charge ambulatoires autres	120	23.5
ENSEMBLE	511	3.3 % de l'échantillon

En revanche, l'hôpital de jour ne constitue plus de manière évidente le complément de l'hospitalisation à temps plein. Il existe un nombre non négligeable de trajectoires pour lesquelles la modalité consultation est majoritaire et, surtout, les deux tiers des trajectoires sont décrites à 90 % au moins de leur temps par les prises en charge où existent simultanément ou séparément les modalités PT, CO et SD.

L'observation du nombre de mois où les patients ont ici été présents apparaît comme assez normale, même si les trajectoires comptant 11 ou 12 mois de présence restent importantes.

En conclusion, les trajectoires les plus lourdes, comportant au moins 60 actes-jours au total sur les 12 mois, concernent un peu plus de 10 % de l'échantillon. L'hôpital temps plein est la modalité la plus importante dans ces prises en charge : de manière très prépondérante dans les trajectoires les plus denses, cette modalité peut être relayée ou complétée dans les trajectoires moyennement denses par de l'hôpital de jour, le spectre des alternatives s'élargit dans les trajectoires comptant de 60 à 90 actes-jours.

Il est plus difficile de conclure sur l'étalement de ces trajectoires dans la mesure où ce dernier connaît une forte variabilité au sein de ce sous-groupe de trajectoires. Cependant une majorité d'entre elles concerne des patients dont la présence a été enregistrée sur 11 ou 12 mois de l'année.

- **L'étalement des trajectoires**

Deux éléments peuvent être retenus pour décrire cet étalement des trajectoires. D'une part, on peut relever le nombre de mois où existe une prise en charge. D'autre part, peut être considérée la date du dernier mois d'apparition du patient. Ces deux éléments sont cependant d'une interprétation discutable à eux seuls.

En effet, le nombre de mois où est enregistrée la présence d'un patient n'a pas le même sens, selon que la prise en charge est constituée de consultation ou d'hôpital temps plein. Ensuite, la date du dernier mois d'apparition du patient sur les 12 mois observés réinterroge la pertinence de la longueur de la fenêtre d'observation.

Pour ces raisons, cette description restera assez sommaire et lorsque la dimension de l'étalement sera utilisée, il sera tenu compte de ces contraintes.

Trente cinq % des patients ont une présence enregistrée sur un seul mois et 14.6 % ont une présence enregistrée sur deux mois. A l'autre extrême, 4.1 % des patients ont une présence enregistrée sur 11 mois parmi les 12 mois d'observation, 9.6 % des patients ont été présents sur les 12 mois de l'année.

Tableau n° 27 :
Distribution des patients selon le nombre de mois de présence

NOMBRE DE MOIS OÙ LA PRESENCE DU PATIENT A ETE ENREGISTREE SUR 12 MOIS	Effectifs de patients concernés	% de patients concernés
1	5446	35.0
2	2281	14.6
3	1316	8.4
4	935	6.0
5	753	4.8
6	628	4.0
7	532	3.4
8	488	3.1
9	498	3.2
10	562	3.6
11	645	4.1
12	1500	9.6
TOTAL	15584	100.0

Tableau n° 28 :
Distribution des patients selon le nombre de mois de présence et
l'existence d'un mois « blanc »

NOMBRE DE MOIS OU LA PRESENCE DU PATIENT A ETE ENREGISTREE SUR 12 MOIS	% de patients ayant une présence dans des mois consécutifs	% de patients ayant des mois blancs	Effectifs de patients concernés
1	100.0	0.0	5446
2	61.7	38.3	2281
3	46.4	53.6	1316
4	30.4	69.6	935
5	23.9	76.1	753
6	19.3	80.7	628
7	18.2	81.8	532
8	11.5	88.5	488
9	12.7	87.3	498
10	11.7	88.3	562
11	15.5	84.5	645
12	100.0	0.0	1500
TOTAL	63.7	36.3	15584
TOTAL sans patients d'1 mois ou de 12 mois	34.6	65.4	8638

La part de prises en charge ayant des mois "blancs", autrement dit pour lesquels le patient n'a bénéficié d'aucune prise en charge varie sensiblement. Lorsque la prise en charge combine jusqu'à trois mois où la présence du patient est notée, la part de prises en charges suivies est proche ou supérieure à la moitié. A partir de 4 mois, les mois vides sont plus fréquents. En d'autres termes, les trajectoires d'au plus 3 mois sont plus compactes.

Le caractère consécutif des mois de prises en charge est bien sûr reliable au type de prise en charge. Pour les trajectoires comptant de 2 à 11 mois de présence du patient :

- Plus des deux tiers des trajectoires qui se sont en totalité ou quasi-totalité déroulé en hôpital temps plein s'étalent sur des mois consécutifs ;
- Un tiers des trajectoires totalement ou presque totalement constituées de consultations se réalisent sur des mois qui se suivent.

• **Le rythme ou la densité mensuelle**

Le rythme ou la densité mensuelle permet d'appréhender le type de prise en charge du patient, en différenciant les patients ayant des trajectoires « intenses » (des actes-jours nombreux dans le mois), de ceux ayant des trajectoires « aérées » (peu d'actes-jours dans un mois donné). C'est en fait une résultante des deux dimensions précédentes (lourdeur et étalement).

Ce rythme est bien sûr fortement relié à la nature de la prise en charge.

Les patients mono-consultants sont ici considérés à part, leur rythme est bien sûr automatiquement d'un acte-jour sur un mois donné. Dans la présentation ci-dessous, les chiffres et pourcentages sont établis sur 11 744 patients, soit 15 584 patients auxquels on a ôté les 3840 patients monoconsultants.

Deux éléments descriptifs de ce rythme ont été étudiés.

La densité moyenne mensuelle

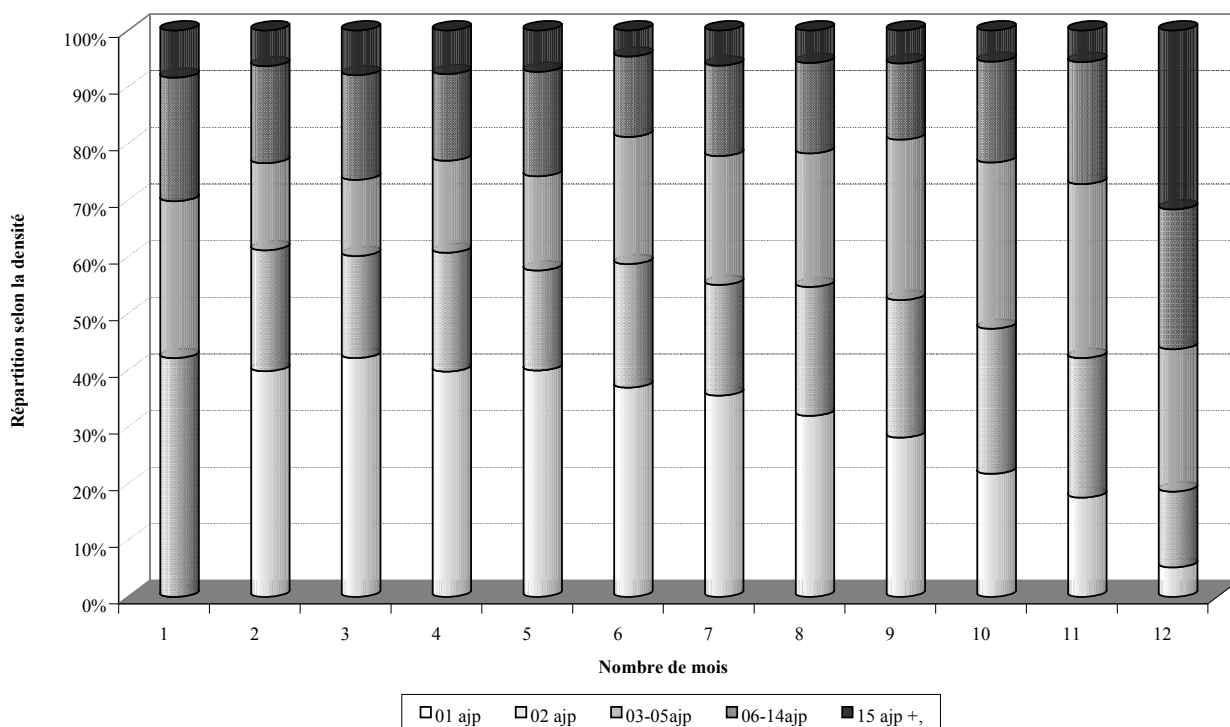
Cette densité est évaluée par le rapport du nombre d'actes-jours durant les 12 mois d'observation sur le nombre de mois où existe une prise en charge. Plus la densité moyenne mensuelle est élevée, plus la prise en charge sera resserrée ; plus cette densité est faible, plus le patient sera pris en charge de manière discontinue.

Pour plus de lisibilité, des classes de densité ont été définies, en différenciant les trajectoires d'un acte-jour par mois en moyenne, de 2 actes-jours, de 3 à 5 actes-jours, de 6 à 14 actes-jours et de 15 actes-jours ou plus.

Il apparaît clairement que le densité moyenne mensuelle varie selon le nombre de mois comme l'illustre le graphique ci-dessous :

Graphique n° 13

Répartition des trajectoires de chaque durée - en nombre de mois - selon la densité moyenne mensuelle



Les trajectoires où la présence du patient est notée au cours de 2, 3, 4 ou 5 mois sont assez homogènes sur le plan de leur profil de densité, avec une nette majorité de faibles densités (1 ou 2 actes-jours par mois) et une densité intermédiaire (3 à 5 actes-jours) peu importante. Les trajectoires de 6 à 8 mois de présence sont pour environ la moitié d'entre elles de faible densité, et la densité intermédiaire devient plus fréquente. A compter de 9 mois de présence, les trajectoires de faibles densité baissent progressivement au profit de densités intermédiaires et lourdes. Les trajectoires où le patient est présent chacun des 12 mois apparaissent les plus denses, avec moins de 20 % de trajectoires de faibles densités, une majorité de trajectoires de densité moyenne supérieure à 5, sous l'effet en grande partie des patients présents quasi-continuellement dans la structure.

Cette densité est bien sûr sensible à la nature de la prise en charge. Dans le tableau ci-dessous, on a ainsi calculé la moyenne de cette densité selon que le patient présente dans sa trajectoire une modalité donnée.

Tableau n° 29 :
Moyennes de la densité mensuelle des trajectoires des patients
présentant chaque modalité de prise en charge

Modalités de prise en charge concernant au moins 5 % des patients	Moyenne	Ecart-type	- % - Effectif de patients
Hôpital temps plein	10.3	7.8	4561
Hôpital de jour	10.5	6.4	668
Accueil et soins en CATTP	5.7	5.0	1064
CMP – consultation de secteur	4.1	4.5	7945
Soins et interventions à domicile	5.8	5.4	1686
Soins et interventions en institution subst. du dom.	3.7	4.7	1187
Soins et interventions en unité d'hospit. somatique	3.8	4.2	1384
Soins ambulatoires autres	6.4	5.6	1123
ENSEMBLE	5.4	6.5	11744

Exemple de lecture : Parmi les 11 744 patients de l'échantillon présentant au moins 2aj sur les 12 mois, 4561 patients comptent au moins 1 aj d'hôpital temps plein : ces patients ont une densité moyenne mensuelle de 10.3 aj.

Il apparaît clairement que la présence d'hôpital temps plein ou d'hôpital de jour dans la trajectoire conduit à une nette augmentation de la densité. A l'inverse, la présence de consultation, de soin et intervention en institution substitutive du domicile, ou, de soin et intervention en unité d'hospitalisation somatique est plus fréquemment associée à des densités faibles.

Un indicateur de rythme composite

La densité moyenne mensuelle ne rend pas compte de la variance selon les mois de la densité de prise en charge, mais il paraît difficile, trop complexe au regard d'une efficacité difficile à évaluer, de recourir à l'écart type entre les mois de prise en charge de chaque patient. Un indicateur de dispersion, a donc été créé qui tient compte de la présence ou de l'absence dans chaque trajectoire de mois d'1 acte-jour et de mois de 6 actes-jours ou plus.

On peut distinguer ainsi :

- Des patients dits réguliers, au sens où existe au moins 1 mois d'un acte-jour et aucun mois dépassant les 5 actes-jours (5410 patients, soit 46 % de l'échantillon). Ces patients ont ici des parcours de longueur n'excédant pas 3 mois dans deux cas sur cinq, les parcours s'étalent sur 4 à 6 mois une fois sur quatre, et, ils s'étalent sur 7 à 12 mois dans environ un cas sur trois.
- Des patients dits intermédiaires, au sens où n'existe aucun mois d'un acte-jour et aucun mois dépassant les 5 actes-jours (1569 patients, soit 13.4 % de l'échantillon). 85 % de ces patients ont alors des parcours ne s'étalant pas au delà de 2 mois.
- Des patients dits irréguliers, au sens où existent au moins un mois d'un acte-jour et un mois dépassant les 5 actes-jours (2349 patients, soit 20 % de l'échantillon). Ces parcours ont des longueurs très variées avec une légère surreprésentation des parcours s'étalant sur 12 mois.
- Des patients dits intenses, au sens où n'existe aucun mois d'un acte-jour, mais au moins un mois dépassant les 5 actes-jours (2416 patients, soit 20.6 % de l'échantillon). Près de la moitié de ces patients ont des trajectoires s'étalant sur 1 à 3 mois, près d'un tiers ont des trajectoires étalées sur les 12 mois, le restant se partageant dans des proportions équivalentes entre les autres longueurs de trajectoire.

Tableau n° 30 :
Répartition des patients présentant chaque modalité de prise en charge
selon le rythme de la trajectoire

Modalités de prise en charge concernant au moins 5 % des patients	Régulier	Intermédiaire	Irrégulier	Intense	Total (Effectif)
Hôpital temps plein	5.4	10.5	40.9	43.3	100 (4561)
Hôpital de jour	7.5	4.2	38.6	49.7	100 (668)
Accueil et soins en C'ATTP	35.8	7.1	31.3	25.8	100 (1064)
CMP – consultation de secteur	53.2	9.9	24.7	12.2	100 (7945)
Soins et interventions à domicile	36.5	3.8	37.3	22.4	100 (1686)
Soins et interventions en instit. subst. du dom.	61.8	9.0	20.4	8.8	100 (1187)
Soins et interventions en unité d'hospit. somatique	44.2	24.3	21.2	10.3	100 (1384)
Soins ambulatoires autres	28.6	8.9	35.9	26.6	100 (1123)
ENSEMBLE	46.1	13.4	20.0	26.6	100 (11744)

Exemple de lecture : parmi les 11 744 patients de l'échantillon présentant au moins 2aj sur les 12 mois, 4561 patients comptent au moins 1 aj d'hôpital temps plein : 5.4 % d'entre eux ont une trajectoire dite régulière, 10.5 % une trajectoire dite intermédiaire, 40.9 % une trajectoire de rythme irrégulier, 43.3 % de rythme intense.

On confirme ici les observations effectuées par l'observation de la densité moyenne mensuelle. Certaines modalités de prise en charge sont associées plus nettement à des rythmes intenses : l'hôpital temps plein et l'hôpital de jour. En revanche, la consultation comme les soins et interventions en institution substitutive du domicile ou en unité d'hospitalisation somatique sont des modalités de prise en charge s'inscrivant plus fréquemment qu'en moyenne dans des trajectoires de rythme dit régulier.

En conclusion, plus la trajectoire d'un patient est étalée – compte un nombre de mois de présence élevé – plus cette trajectoire a de probabilités d'être dense, les trajectoires qui se poursuivent sont rarement des trajectoires de suivi très léger. Le séjour en hôpital temps plein ou en hôpital de jour s'inscrit généralement dans une certaine continuité. Les soins ambulatoires s'inscrivent plutôt dans une discontinuité « aérée », de manière moins nette cependant s'il s'agit de soins dispensés à domicile ou de soins ambulatoires dits « autres ».

II-2-2. Une synthèse possible

L'examen des trajectoires a conduit à définir diverses dimensions descriptives pertinentes des trajectoires. Si cet examen permet de repérer les grandes lignes des modes de consommation de soins sur un plan analytique, il convient ensuite de trouver les moyens de les synthétiser.

Divers éléments de cadrage sont à notre disposition :

- a) Près de la moitié des patients de l'échantillon ont une prise en charge qui ne compte pas plus de 5 actes-jours. Un patient sur dix cumule plus de 60 actes-jours sur les 12 mois d'observation.
- b) Les deux-tiers des patients n'ont connu qu'un seul type de prise en charge. Cette modalité unique de prise en charge est alors dans près de 80 % des cas une modalité ambulatoire : des consultations ou des soins en unité d'hospitalisation somatique le plus souvent. 37 % des patients monotypes (3840 patients sur 10 354 patients monotypes dans l'échantillon) sont en outre monoconsultants, autrement dit n'ont effectué qu'un seul acte-jour.
- c) Près de la moitié des patients ont une prise en charge s'étalant au plus sur 3 mois consécutifs, autrement dit ne sont pas revus par leur secteur d'inscription au delà du 4^{ème} mois à compter de leur début de trajectoire. A l'opposé, près d'un patient sur dix a une présence relevée au moins une fois au cours de chacun des 12 mois d'observation.
- d) Les trajectoires les moins lourdes (au plus 5 actes-jours sur la période d'observation) sont plus ou moins étalées sur la période. La nature de la prise en charge n'est pas indifférente à cet étalement : ainsi l'hospitalisation à temps plein est très compacte, l'association d'une consultation avec une autre modalité ambulatoire ou des soins uniquement effectués en unité d'hospitalisation somatique se réalisent sur des périodes assez courtes, le suivi pur en consultation peut s'effectuer de loin en loin, mais surtout les soins à domicile ou en institution substitutive du domicile sont dispensés selon des périodicités plus larges.

Concernant la nature de la prise en charge, on cerne mieux les profils de consommation associés :

- a) L'hôpital temps plein est une modalité structurante lourde des trajectoires. Si cette hospitalisation peut être de durée très variable selon les individus, elle constitue fréquemment l'axe principal d'une trajectoire. Monolithique, elle est dominante pour les trajectoires les plus lourdes (180 actes-jours sur 12 mois) et présente pour 80 % des patients comptant au moins 60 actes-jours sur les 12 mois d'observation (rappelons qu'un patient sur dix cumule 60 actes-jours dans l'année).
- b) La prise en charge ambulatoire est la modalité du tout-venant. Elle constitue dans plus de 80 % des cas le mode unique de contact entre le patient et le secteur, quand la trajectoire compte moins de 5 actes-jours sur les 12 mois d'observation. La prise en charge ambulatoire légère peut être distillée sur plusieurs mois. Elle peut aussi « compléter » un séjour en hôpital temps plein, ou, ponctuer des passages en hôpital de jour.
- c) La prise en charge à temps partiel est une modalité alternative et « instable ». Elle est rarement seule dans une trajectoire, comme « réservée » à certains cas. L'hôpital de jour ou l'accueil en CATTP sont les deux modalités de temps partiel les plus fréquentes. C'est parmi les trajectoires de lourdeur intermédiaire, que le temps partiel est le plus fréquent.

En filigrane, apparaît l'idée que la file active définie par l'échantillonnage présente une forte hétérogénéité, avec des masses de patients très différentes sur le plan de leur mode de consommation de soins : des patients « très peu consommateurs » et des patients « permanents forts consommateurs », des patients très ponctuels et des patients « suivis ».

Il est apparu tout d'abord rapidement que les patients d'un acte ou d'un jour ne pouvaient guère être considérés comme des patients ayant une véritable trajectoire. Il a par conséquent été choisi de les mettre à part.

- **L'exception des monoconsultants**

Les monoconsultants, patients les plus ponctuels, n'ayant bénéficié sur douze mois que d'une journée ou plus généralement d'un acte – en effet, il s'agit dans environ 85 % des cas de consultation ou d'intervention en unité d'hospitalisation somatique – n'ont pas au sens propre de « trajectoire ».

Ce type de passage, « éclair », qui vraisemblablement restera unique, n'est significatif en rien d'une véritable prise en charge dans le secteur public. D'ailleurs pour les patients sur lesquels on dispose d'éléments concernant la suite des douze mois – pour des durées de suite variables, il est vrai, et n'excédant de toutes façons pas les deux ans suivants, compte tenu du mode de construction de l'échantillonnage – une très large majorité ne réapparaît pas dans le recueil.

Ce type de passage peut être ainsi interprété, il s'agit : soit d'une consultation ponctuelle, soit de psychiatrie de liaison, soit d'une hospitalisation d'urgence. Il apparaît même étonnant que des patients ayant des diagnostics les plus lourds, comme un diagnostic de troubles mentaux organiques présentent ce type de parcours, on doit alors l'interpréter comme la manifestation d'une consultation visant à réorienter le patient. On constate effectivement que dans le groupe des patients monoconsultants, on compte nettement plus de patients résidant hors du secteur (42 % contre 33 % en moyenne).

Leur exception conduit à les mettre à l'écart de la suite des analyses, mais dès lors trois problèmes sont posés :

- Ces patients constituent une proportion importante des patients figurant dans la base. Sur la fenêtre des 12 mois d'observation, ils représentent presque 25 % de l'échantillon. Cela implique une modification non négligeable des valeurs de références ou valeurs moyennes établies sur l'échantillon.
- On définit cette sous-population par le critère d'un acte-jour, mais les patients ayant deux actes-jours sont-ils dans des situations fondamentalement différentes ? Si l'on ne peut être ici complètement affirmatif, la nécessité d'établir une limite et la difficulté évidente à distinguer clairement ces patients des autres patients, du fait notamment du fort taux de réponses manquantes qui les caractérise, ne permet guère d'aller au delà dans la précision du critère.
- On ne peut écarter délibérément une partie de la population des patients, d'autant plus qu'elle forme une proportion importante de l'ensemble de la file active, sans s'interroger sur la manière dont ils seront réintégrés dans la suite du travail. On pourra envisager la définition d'un taux de « monoconsultants » dont la fourchette de coût devrait être relativement aisée à cerner et qui serait intégrée d'emblée dans le modèle d'estimation de coût du secteur. Ce taux pourra être évalué de manière raisonnée en fonction du type de secteur, s'il apparaît un lien de corrélation significative et être amélioré, par les éléments les plus discriminants.

Un travail descriptif approfondi établit leurs singularités :

Tableau n° 31 :
Caractéristiques discriminant les patients d'un jour de l'ensemble de la population

- % -

Caractéristiques	Patients d'un jour	Autres patients	TOTAL
<u>Sexe :</u>			
Homme	42.6	44.6	44.1
Femme	57.2	54.4	55.0
Réponse manquante	<i>0.3</i>	<i>1.0</i>	<i>0.8</i>
<u>Age :</u>			
Moins de 25 ans	12.5	8.2	9.3
De 25 à 39 ans	28.2	28.0	28.1
De 40 à 59 ans	28.8	33.3	32.2
60 ans et plus	27.9	28.5	28.4
Réponse manquante	<i>2.7</i>	<i>2.0</i>	<i>2.1</i>
<u>Mode de vie :</u>			
Seul	24.0	26.3	25.8
Pas seul	64.9	67.0	66.4
Réponse manquante	<i>11.1</i>	<i>6.7</i>	<i>7.8</i>
<u>Situation familiale :</u>			
Célibataire	36.0	40.2	39.2
Marié (e)	34.7	34.0	34.2
Veuf (ve)	12.0	10.1	10.6
Divorcé (e)	7.9	9.1	8.8
Réponse manquante	<i>9.4</i>	<i>6.6</i>	<i>7.3</i>
<u>Disposition d'une AAH</u>			
Réponse manquante	<i>16.0</i>	<i>10.3</i>	<i>11.7</i>
<u>Disposition d'une pension d'invalidité :</u>			
Réponse manquante	<i>16.3</i>	<i>11.5</i>	<i>12.7</i>
<u>Existence d'une protection</u>			
Aucune protection	79.4	77.5	77.9
Une protection	3.8	11.1	9.3
Réponse manquante	<i>16.8</i>	<i>11.4</i>	<i>12.8</i>
<u>Type de résidence</u>			
Dans secteur	47.3	67.1	62.2
Hors secteur	41.6	21.3	26.3
Réponse manquante	<i>11.1</i>	<i>11.6</i>	<i>11.5</i>
<u>Année de première visite</u>			
Avant 1993	23.1	47.9	41.8
1993 et après	76.9	52.1	58.2
<u>Modalités de diagnostic surreprésentées</u>			
Réponse manquante	<i>10.6</i>	<i>7.1</i>	<i>8.0</i>
K ou L : Diagnostics imprécis	<i>8.4</i>	<i>4.6</i>	<i>5.5</i>
E : Troubles névrotiques	23.3	16.9	18.4
A : Troubles mentaux organiques	8.4	6.7	7.2
<u>Modalité de diagnostics sous représentée</u>			
C : Schizophrénie, troubles schizotypiques, délirants	5.7	17.9	14.9

Exemple de lecture : 42.6 % des patients d'un jour sont des hommes, contre 44.6 % des autres patients.

L'effectif des patients monoconsultants est de 3840. Ces patients sont les plus mal renseignés : on constate un plus fort taux de réponses manquantes, sauf pour les caractéristiques les plus communes comme le sexe et l'âge. On est aussi plus soupçonneux sur la qualité des informations lorsqu'elles sont disponibles.

Ces patients sont plus jeunes que la moyenne, le sex-ratio est encore plus favorable aux femmes qu'en moyenne. Ils sont moins fréquemment célibataires, plus souvent veufs (ou veuves). Il est

difficile de conclure sur leur mode de vie, car le taux de réponses manquantes est assez élevé. Le taux de non renseignement est aussi élevé au sujet du bénéficiaire d'allocations ou de pensions. Il semble en revanche assez clair, que ces patients bénéficient moins fréquemment d'une protection juridique qu'en moyenne. Ce sont plus fréquemment de « nouveaux » patients : moins d'un quart d'entre eux a été connu par le secteur avant 1993. Ils sont plus fréquemment résidents hors du secteur. Leur diagnostic est nettement plus mal renseigné qu'en moyenne. Quand il est précisément renseigné, on note tout à la fois une surreprésentation des troubles mentaux organiques, comme des troubles névrotiques et une sous-représentation des pathologies liées à la schizophrénie.

Afin de compléter cet examen, il a été procédé à *une analyse multivariée* (en correspondances multiples) puis à une classification sur la population des patients d'un jour, cette analyse permet de dégager des combinaisons de variables significatives, décrivant des groupes homogènes de patients selon les caractéristiques suivantes : sexe, âge, situation familiale, mode de vie, type d'activité professionnelle, diagnostic, année de première visite, résidence dans ou hors secteur, type de secteur d'inscription. Il y a donc 9 variables actives, et 46 modalités associées significatives.

On obtient par l'analyse multivariée un taux d'explication de la variance de près de 28 % sur les cinq premières valeurs propres. Le premier axe d'explication (7 % d'explication, le plus fort) oppose les patients les plus jeunes aux patients les plus âgés. Le second axe (6.3 % d'explication) est un axe de connaissance, au sens où s'y opposent les patients les moins bien renseignés, aux autres patients. Le troisième axe (5.2 % d'explication) oppose les personnes les mieux insérées sur le plan socio-familial aux personnes plus isolées.

La classification maximisant l'inertie entre les classes (à la moitié de l'inertie totale) définit 5 groupes assez homogènes et/ou facilement interprétables :

- *Les femmes a priori bien insérées dépressives ou névrosées* (908 individus, soit 23.7 %). Ce sont des femmes (à 72 %) qui ne vivent pas seules, très majoritairement mariées, plus d'une fois sur deux âgées d'au moins 40 ans, étant actives professionnellement (52 % des cas) ou femmes au foyer (18 % des cas). Elles présentent (pour 70 % d'entre elles) des diagnostics D ou E. Dans un cas sur deux, elles résident hors du secteur, c'est leur première visite dans le secteur.

- *Les femmes plutôt actives d'âge moyen, célibataires ou divorcées ayant des troubles de l'humeur ou des syndromes comportementaux associés* (354 individus, soit 9.2 %). Ce sont des femmes (à 75 %) plutôt célibataires (45 %) ou divorcées (13 %). Une majorité de ces patients sont actifs professionnellement (à 57 %). Reçus en consultation pour des troubles de l'humeur ou des syndromes comportementaux associés (D et H) dans un cas sur deux, ce sont des patients d'âge moyen. Trois de ces patients sur dix affirment vivre seul. Cette consultation n'est pas toujours la première dans le secteur, à la différence du groupe précédent.

- *Les femmes âgées visitées à l'hôpital ou en institutions ayant des troubles mentaux organiques ou des troubles de l'humeur* (752 individus, soit 19.6 %). Ce sont des femmes (à 66 %), âgées de 60 ans et plus, retraitées et dans un cas sur deux, ce sont des veuves. Elles présentent dans une petite majorité de cas : soit des troubles de l'humeur (D pour 25 %), soit des troubles mentaux organiques (A pour 32 %). Elles ont été identifiées lors d'un séjour à l'hôpital, dans 58 % des cas, ou, repérées par leur institution, dans près de 14 % des cas.

- *Les jeunes célibataires vivant chez leurs parents* (410 individus, soit 10.7 %). Ils ont moins de 25 ans, sont célibataires, pour une petite majorité dits « étudiants » (57 %), et ils ne vivent pas seuls, donc vraisemblablement chez leurs parents. C'est leur première visite dans le secteur, qui n'est pas près

d'une fois sur deux leur secteur de résidence. Aucun diagnostic particulier ne semble vraiment les caractériser, si ce n'est les troubles de l'humeur.

- *Les hommes attardés mentaux travaillant en milieu protégé ou inactifs* (165 individus, soit 4.3 %). Ce sont des hommes (à 61 %), ils sont généralement célibataires, et ont pour spécificité dans près de trois cas sur cinq d'avoir un diagnostic de retard mental. Actifs en milieu protégé (42 %) ou inactifs sans indication (21 %), ils sont très majoritairement résidents dans le secteur. En outre, 18 % d'entre eux, sont de vrais anciens patients (année de première visite avant 83). Ce groupe se caractérise aussi par le fait qu'il se recrute plus qu'en moyenne dans des secteurs plutôt hôpital temps plein (37 % contre 14 %).

Il y a trois autres groupes plus hétérogènes ou regroupant les patients dont on ne sait presque rien :

- Des hommes d'âge moyen, célibataires ou divorcés, au chômage mais ayant déjà travaillé, plus isolés qu'en moyenne, présentant plus de troubles liés aux substances, de schizophrénies et de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, une fois sur deux non résident dans le secteur (795 individus, soit 20.7 %).

- Des hommes plutôt isolés, dont on connaît mal l'âge ou la situation familiale, ayant un diagnostic imprécis et résidents dans le secteur, souvent actifs ordinaires (149 individus, 3.9 %)

- Trois cent sept individus (soit 8.0 %) dont on ne sait presque rien : sur leur âge, leur mode de vie, comme leur situation familiale ou professionnelle. On sait seulement que ce sont des patients d'un jour plus nombreux dans des secteurs plutôt hôpital temps plein.

• **Différentes combinatoires descriptives des trajectoires ont été testées**

On a testé plusieurs combinatoires de dimensions descriptives des trajectoires, avant d'aboutir au système qui est apparu le plus adéquat.

Pour chacune d'entre elles, on a réparti les patients de l'échantillon dans les différentes trajectoires définies selon la combinatoire étudiée, puis les interactions existant entre l'appartenance à une trajectoire et les caractéristiques individuelles des patients porteurs de cette trajectoire ont été observées. On a procédé ainsi par tâtonnements, en recherchant les typologies de trajectoires les plus caractéristiques de différences individuelles et les plus significatives de la réalité des pratiques, telle qu'appréhendée par les membres de l'atelier de travail.

Une typologie basée sur la prise en compte croisée de la densité mensuelle moyenne et du nombre de mois de présence de la trajectoire

Le croisement entre la densité et le nombre de mois a été effectué de la manière suivante :

Tableau n° 32 :
Définition de trajectoires au croisement de la densité et du nombre de mois de présence

Densité mensuelle	Nombre de mois où existe une prise en charge		
	01-02 mois	03-06 mois	07-12 mois
01-02 actes-jours	Ponctuel léger	Suivi court léger	Suivi long léger
03-05 actes-jours	Ponctuel pas léger	Suivi court pas léger	Suivi long moyen
06-14 actes-jours			
15 actes-jours et plus			Suivi lourd

On a tenté d'évaluer ici l'interférence existant entre l'appartenance à l'une de ces 7 trajectoires et les trois caractéristiques individuelles suivantes : le diagnostic regroupé, l'année de première visite et le type de secteur d'inscription. L'année de 1^{ère} visite induit le plus de différences, puis les diagnostics. Le type de secteur semble offrir une dimension explicative plus réduite.

Deux problèmes principaux sont posés :

- Les écarts individuels sont principalement marqués entre les deux trajectoires extrêmes, entre « ponctuel léger » et « suivi lourd », mais ils sont peu visibles pour les cinq autres trajectoires.
- Le fait de ne pas tenir compte de la nature de la prise en charge est gênant, il conviendrait pour le moins de différencier les individus selon qu'ils ou non séjourné en hôpital temps plein, quitte à réduire la précision des classes de densité mensuelle, afin de ne pas multiplier les catégories.

Une typologie basée sur la prise en compte simultanée de la densité mensuelle moyenne, du nombre de mois de présence et de l'existence d'un passage en hôpital temps plein

A la différence de la tentative précédente, les modalités définissant le nombre de mois et la densité ont été regroupées et un facteur tenant compte de la présence ou non d'hôpital temps plein dans la trajectoire a été ajouté.

Tableau n° 33 :
Définition de trajectoires en fonction de la densité, du nombre de mois de présence et de la présence d'hôpital temps plein

- Définition et (Effectif) -

	Parcours sans PT		Parcours avec PT	
	Nombre de mois où prise en charge		Nombre de mois où prise en charge	
Densité mensuelle	01-02 mois	03 mois et plus	01-02 mois	03 mois et plus
01-05 actes-jours	Léger court (2233)	Léger long (4567)	Léger court (635)	Léger long (946)
06-14 actes-jours	Moyen ou lourd, court ou long (383)		Moyen ou lourd, court (977)	Moyen long (1196)
15 actes-jours et plus				Lourd long (807)

Est évalué ici l'interférence existant entre l'appartenance à l'une de ces 8 trajectoires et toutes les caractéristiques individuelles. Une régression logistique dichotomique a ici été utilisée pour chacune des trajectoires. Autrement dit, sont étudiées pour chacune des trajectoires, les variations de la probabilité d'entrer dans la trajectoire pour chacune des caractéristiques du patient.

Certaines caractéristiques sont clairement spécifiques du lourd et du long simultanément : l'état de célibataire, le fait d'être inactif sans autre précision ou d'avoir une activité professionnelle inconnue. On trouve également dans ce type de trajectoire des patients inscrits depuis le plus longtemps dans le secteur, mais ces derniers sont aussi surreprésentés dans les parcours sans PT longs et légers. On peut l'interpréter en considérant que les patients les plus anciens peuvent être suivis régulièrement, en consultation par exemple, sans pour autant que la densité moyenne mensuelle soit très élevée.

Il est nettement moins évident d'interpréter l'effet des autres caractéristiques, hormis le fait que lorsqu'il y a beaucoup de variables inconnues, cela va de pair avec les parcours légers, courts et sans PT. Il semble difficile de traiter l'information présence/absence d'hôpital temps plein, dans la mesure où il n'apparaît pas de tendance générale claire pour un nombre significatif de modalités, la seule interférence nette concerne les diagnostics B, qui sont quasi systématiquement

plus souvent associés à des parcours où existe du temps plein, sauf pour les trajectoires à la fois lourdes et longues.

Une typologie basée sur la prise en compte simultanée de la nature de la prise en charge, de l'indicateur composite de rythme et de la lourdeur de prise en charge

Les patients comptant au moins 300 actes-jours sur les 12 mois d'observation ont tout d'abord été considérés à part, ils sont dans le secteur de manière quasi-permanente et doivent être clairement distingués, quelles que soient leurs trajectoires sur d'autre plan. Ensuite le facteur second de différenciation de la trajectoire est ici la nature de la prise en charge. On distingue : trajectoires effectuées uniquement en hôpital temps plein, celles uniquement effectuées en ambulatoire, celles effectuées entre hôpital temps plein et ambulatoire, et, les autres trajectoires. Puis, à l'intérieur de chacune de ces quatre catégories, lourdeur de prise en charge (nombre total d'actes-jours sur les 12 mois d'observation) et rythme défini par l'indicateur composite (régulier, intermédiaire, irrégulier, intense). Sont considérés, simultanément les regroupements effectués pour distinguer au final 16 types de parcours sont présentés dans le tableau de la page suivante.

L'interférence existant entre l'appartenance à l'une de ces 16 trajectoires et toutes les caractéristiques individuelles a ici été évaluée. Comme précédemment, une régression logistique dichotomique pour chacune des trajectoires a été réalisée.

Tableau n° 34 :
Définition de trajectoires en fonction de la nature de la prise en charge,
de la lourdeur de prise en charge et de l'indicateur composite de rythme

- Effectif -

Rythme	Régulier (mois d'1 aj, sans mois de 6 aj +)	Intermédiaire (sans mois d'1 aj, ni mois de 6 aj +)	Irrégulier (avec mois d'1 aj et mois de 6 aj +)	Intense (sans mois d'1 aj, avec mois 6 aj +)
TOUT AMBULATOIRE				
2 à 5 actes-jours	2357		765	
6 à 299 actes-jours	2332		630	
TOUT HOPITAL TEMPS PLEIN				
2 à 5 actes-jours	354		0	
6 à 20 actes-jours	518			
21 à 299 actes-jours	0		449	
HOPITAL TEMPS PLEIN ET AMBULATOIRE				
2 à 30 actes-jours	319		860	
31 à 60 actes-jours	0	627		
61 à 299 actes-jours		0	466	
AUTRES				
2 à 30 actes-jours	462	279		
31 à 299 actes-jours	514			509
300 ACTES-JOURS ET PLUS				
300 actes-jours et plus	0		303	

Exemple de lecture : il y a 2357 patients qui ont une trajectoire tout ambulatoire et de rythme régulier.

Il apparaît dans les résultats produits par la régression, qu'il n'existe pas à proprement parler une variable individuelle fortement explicative, mais plusieurs variables se distinguent par un effet net : le délai de première visite, le type de secteur d'inscription, la nature de l'établissement et le diagnostic. On doit considérer à part la variable descriptive de la protection qui permet de repérer les patients les plus lourds. Certaines variables n'ont qu'un effet vraiment minime, comme le sexe, la situation familiale ou le mode de vie. D'autres variables se situent à l'intermédiaire : l'âge, l'activité professionnelle, la disposition d'une AAH et la résidence dans / ou hors du secteur.

Le problème central posé par cette combinatoire à trois dimensions demeure la difficulté à caractériser une part importante des patients du groupe « fourre-tout » des « autres trajectoires », constitué pour l'essentiel par des personnes ayant été prises en charge à temps partiel au cours de leur trajectoire. En effet, les patients comptant moins de 31 actes-jours au total dans le groupe des « autres trajectoires » sont très mal caractérisés, ils sont au nombre de 741 (6 % des patients de l'échantillon de travail). Les patients comptant au moins 31 actes-jours sont heureusement mieux caractérisés.

En conclusion, ces divers essais prouvent la pertinence à utiliser une combinatoire où s'associent également des trajectoires, densité de prise en charge et nature de prise en charge. L'étalement de la trajectoire fournit des indications particulièrement intéressantes, il est facilement fiable à des extrêmes de consommation, enfin les patients bénéficiant de prises en charge à temps partiel sont plus facilement repérables sur cette échelle.

- **La distinction en trois types**

Lors de la recherche documentaire menée au cours de ce travail sur les trajectoires, un certain nombre de travaux français ou étrangers ont été examinés. Un article a particulièrement retenu l'attention.[19]

Comme l'explique le résumé de cette publication : « Dans cet article, un modèle de paiement est développé pour un système hospitalier recevant à la fois des patients en court-séjour et long-séjour. Le système de « transition pricing » propose un équilibre entre l'incitation pour un système basé sur l'épisode et la nécessité de paiements journaliers pour le long-terme. Le paiement dépend de deux nouveaux systèmes de classification des résidents en court ou long séjour. Les données du coût par jour des patients hospitalisés, par jour de séjour, ont été recueillies pour un échantillon de 2968 patients de 100 unités psychiatriques dans 51 départements de Veterans Affairs (VA) Medical Centers. Les profits et les pertes ont été simulés en utilisant une cohorte de 9 mois des sortants de toutes les VA à l'échelle nationale ».

La distinction opérée entre patients de court-séjour et de long séjour s'avère particulièrement intéressante. Dans la mesure où cette distinction est effectuée à l'intérieur d'une population de patients pris en charge à temps complet dans certaines structures psychiatriques, il était hors de question de reprendre « tel quel » le modèle proposé. Mais outre la courte synthèse que cet article fournit concernant les travaux menés pour l'élaboration de modèles de paiement efficaces, les résultats présentés montrent l'intérêt à différencier des classes de patients en tenant compte de leur durée de séjour et en utilisant un système mixant la notion de coût à l'épisode pour les patients dits ponctuels (ou de « court-séjour ») et celle de coût à la journée pour les patients dits chroniques (ou de « long séjour »). Entre les deux types de patients, à la frontière ou à l'intermédiaire, un système de « transition pricing » est développé pour éviter les effets pervers associés à des différences trop nettes de budgétisation, en reliant par un système progressif les deux logiques de paiement.

Cette différenciation opérée entre patients ponctuels et patients chroniques est appuyée sur l'observation de coûts à la journée de prise en charge variant sensiblement selon l'étape ou le moment de la carrière du patient : au début, il y a des coûts élevés pour couvrir les coûts de départ du travail et de stabilisation ; puis ils décroissent pour prendre en compte les coûts plus faibles d'hospitalisation « en routine » ; enfin les coûts sont faibles pour les soins « étendus » de l'internement. Se dégage ainsi l'idée de la nécessité de définir des seuils pertinents entre les deux extrêmes : jusqu'où peut-on être jugé un patient ponctuel ? A partir de quand devient-on un patient chronique ?

Dans l'environnement plus étendu du travail ici mené - où l'on considère simultanément prises en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire - les notions de ponctualité et de chronicité doivent être manipulées différemment. Si l'on appliquait directement la définition de ponctualité aux trajectoires, tout patient bénéficiant d'acte ambulatoire serait dit ponctuel, puisque le plus généralement cet acte s'effectue un jour donné de manière quasi-isolée. A l'opposé, un patient séjournant en hôpital temps plein durant plus de quelques semaines pourrait être considéré comme chronique, alors qu'il n'est pas improbable qu'à sa sortie, il ne réapparaisse pas - parce que suivi par un psychiatre de ville - ou de manière très occasionnelle - pour « contrôle ».

Mais on peut se saisir de ces notions en considérant qu'un patient est ponctuel lorsqu'il est pris en charge durant - au maximum - les trois premiers mois d'apparition (le premier mois étant celui où il apparaît pour la première fois dans notre recueil). Il peut être considéré comme « permanent » lorsque sa présence est relevée au cours de 11 ou 12 mois d'observation.

L'interférence observée entre nature de prise en charge et rythme de la trajectoire permettra de solidifier cette distinction.

- **La typologie retenue : les ponctuels, les intermédiaires et les permanents**

Dans une optique de prédiction des trajectoires, il est important d'évaluer la probabilité d'un individu donné de « durer » dans le secteur. La dimension mensuelle de nos données fait que l'on mesure cette durée en nombre de mois. Pour évaluer ensuite le caractère compact ou non de la trajectoire, il convient d'observer si les mois de prise en charge se suivent ou non.

Ainsi, un individu A qui effectue un parcours s'étalant sur trois mois consécutifs, ces trois mois étant ensuite suivis par 9 mois « vierges de toute prise en charge », peut être considéré comme un patient ponctuel. En revanche, un patient B bénéficiant d'une prise en charge s'étalant sur trois mois disséminés tout au long de l'année s'inscrit peut être dans un suivi de long cours.

A l'autre extrême, il y a des patients ayant des trajectoires s'étalant sur 11 ou 12 mois au total. On peut considérer que ces patients ont une trajectoire permanente ou quasi-permanente sur la période. Les patients « permanents lourds » sont les plus simples à caractériser, ils ont au moins 300 jours de prise en charge. D'autres patients seront là au cours des 12 mois, mais ils auront alterné différents types de prise en charge de manière irrégulière.

Le fait de différencier les patients selon qu'ils sont ponctuels, permanents ou ni l'un ni l'autre, fournit des indications non négligeables sur le plan de la gestion de la file active pour un secteur donné. Alors que dans le cas où l'on définit la trajectoire par le contenu de la prise en charge (plein temps et ambulatoire, ou ambulatoire et temps partiel), plusieurs questions restent en suspens : Que dire d'un individu qui ne présente sur une période que du temps plein et de la consultation ? Peut être va-t-il ensuite effectuer du temps partiel ? En outre, on a bien observé précédemment les problèmes posés pour distinguer les patients présentant du temps partiel : il est difficile de les typer d'une part, il est complexe de fournir des seuils significatifs d'autre part. L'observation sur le caractère ponctuel ou permanent de la prise en charge permet de situer ces patients, de manière imparfaite bien sûr, mais sans hypothèse trop lourde sur la signification du temps partiel. Sont distingués ainsi :

- 1) Les patients ponctuels : ce sont les patients qui ne connaissent de prise en charge qu'au cours des 1, 2 ou 3 premiers mois de leur trajectoire, sans mois vide.
- 2) Les patients intermédiaires : ce sont les patients qui sont pris en charge sur 2 ou 3 mois qui ne se suivent pas, ou, 4 à 10 mois.
- 3) Les patients permanents : ce sont les patients dont la présence a été relevée lors de chacun des 11 ou 12 mois de la période d'observation.

Sont présentés dans le tableau suivant les résultats produits par la régression logistique dichotomique effectuée pour chaque trajectoire.

Tableau n° 35 : Régressions logistiques selon que la trajectoire est ponctuelle, intermédiaire ou permanente

Variables introduites dans le modèle	Type de parcours		
	Ponctuelles	Intermédiaires	Permanentes
Délai			
• Moins de 2 ans	Réf	Réf	Réf
• 2 à 4 ans	-- 0.39	++ 1.56	++ 1.77
• 5 ans et plus	-- 0.31	++ 1.37	++ 2.07
Groupe diagnostique			
• A : Troubles mentaux organiques	++ 1.30		- 0.76
• B : Troubles liés aux substances	-- 0.58	-- 0.80	++ 2.40
• C : Schizophrénie, troubles schizo, délirants			
• D : Troubles de l'humeur			
• E : Troubles névrotiques	Réf	Réf	Réf
• F : Trbles personnalité et cptt chez adulte			
• G : Retard mental	- 0.66		
• <i>H/IJ : Syndromes cpitts: associés à perturbations physio. ou fac. physiques, trbles dévelpt psycho, trbles cpitts: et émotionnels apparaissant ds enfance ou ado.</i>	- 0.73		+ 1.54
• Imprécis ou inconnu			-- 0.58
Type de secteur			
• Plutôt hôpital temps plein		+ 1.12	-- 0.77
• Plutôt consultation			- 0.85
• Plutôt hôpital de jour	-- 0.74		++ 1.51
• Autres secteurs	Réf	Réf	Réf
Etablissement de rattachement du secteur			
• Spécialisé	Réf	Réf	Réf
• Général	++ 1.56		-- 0.49
Résidence			
• Dans le secteur	Réf	Réf	Réf
• Hors secteur	++ 1.53	-- 0.85	-- 0.67
• Inconnu		++ 1.31	-- 0.54
Sexe			
• Homme			
• Femme	Réf	Réf	Réf
• <i>Inconnu</i>			
Age			
• Moins de 25 ans			-- 0.58
• 25 à 39 ans	Réf	Réf	Réf
• 40 à 59 ans	-- 0.72	+ 1.11	++ 1.33
• 60 ans et plus	-- 0.69	++ 1.43	
• Inconnu			
Situation familiale			
• Marié	Réf	Réf	Réf
• Célibataire			+ 1.19
• Divorcé		- 0.83	+ 1.24
• Veuf			++ 1.32
• Inconnu			
Mode de vie			
• Pas seul	Réf	Réf	Réf
• Seul	++ 1.20	- 0.90	
• Inconnu			-- 0.69
Activité professionnelle			
• Actif en milieu ordinaire	Réf	Réf	Réf
• Actif en milieu protégé, SP			
• Chômeur			
• Etudiant, femme au foyer			
• Retraité		-- 0.81	++ 1.55
• Autre inactif		-- 0.77	++ 1.47
• Inconnu	++ 1.44	-- 0.69	
AAH			
• Pas d'AAH	Réf	Réf	Réf
• AAH	-- 0.57		++ 1.75
• Inconnu			
Protection			
• Pas de protection	Réf	Réf	Réf
• Tutelle	-- 0.60	-- 0.63	++ 2.12
• Autre protection	-- 0.40		++ 1.93
• Protection inconnue			-- 0.67
EFFECTIF TOTAL (%)	3624 (30.9 %)	5975 (50.9 %)	2145 (18.3 %)
Taux de concordance	71.3 %	58.9 %	76.9 %

AU SUJET DE LA REGRESSION LOGISTIQUE DICHOTOMIQUE

Dans le cadre d'une régression logistique dichotomique, on étudie le rôle de chaque variable dans le suivi de chacun des parcours. Les impacts sont mesurés pour chaque variable, par le risque différentiel, pour une modalité donnée vis-à-vis de la modalité de référence, de suivre ou non une trajectoire donnée. Cette mesure est exprimée « toutes choses égales par ailleurs » après déduction des impacts des autres variables (« effet pur »). Seuls les écarts entre impacts ont un sens. On dispose notamment d'un taux de concordance pour juger de la qualité de l'ensemble du modèle.

Le choix du patient de référence

C'est donc par référence à ce patient que seront présentés les résultats. On a coutume d'utiliser une référence correspondant à la moyenne de la population ou à la médiane. Dans les cas litigieux - plusieurs modalités fortes de manière identique - on a privilégié ici la modalité correspondant au patient a priori le plus susceptible d'avoir un parcours léger, pour une meilleure lisibilité. Le patient de référence se définit par une modalité pour chaque variable introduite dans le modèle.

Il a été décidé de définir le patient de référence par les caractéristiques suivantes : Femme (54.4 %) ; Ayant de 25 à 39 ans (28.0 %) ; Marié (34.0 %) ; Ne vivant pas seul (67.0 %) ; Ayant une activité ordinaire (28.7 %) ; Sans protection (77.5 %) ; Sans AAH (79.8 %) ; Ayant un diagnostic E (16.9 %) ; Ayant eu une première visite dans le secteur il y a moins de 2 ans (66.6 %) ; Inscrit dans un secteur dit « autres » (47.7 %).

Type de résultats et modalités de leur présentation

Dans les tableaux présentés dans les pages suivantes, on indique pour chaque modalité :

- Un indice de sa plus ou moins grande significativité : ++ signifie que cette modalité est surreprésentée et que l'hypothèse d'existence d'effet a une probabilité inférieure à 1 % d'être rejetée ; pour + la probabilité de rejet est fixé entre 1 et 5 % ; on raisonne symétriquement pour - - et -, la modalité étant alors sous-représentée.
- Un odd-ratio, qui s'apparente à un coefficient multiplicateur : il est inférieur à 1 quand l'effet de la variable est négatif ; il est supérieur à 1 quand l'effet de la variable est positif.

Si une modalité a un effet non significatif rien n'est indiqué. Les coefficients se multiplient entre eux.

Exemple d'interprétation :

Régression logistique expliquant l'accès à une trajectoire ponctuelle : Les patients ayant eu une première visite dans le secteur datant d'au moins 5 ans ont 0.31 fois moins de chances d'avoir une trajectoire ponctuelle que le patient de référence.

Les réponses manquantes

Pour traiter les réponses manquantes, il existe plusieurs options possibles dans le cas de la régression logistique : soit on enlève les individus présentant des valeurs manquantes dans l'une ou l'autre variable ; soit les réponses manquantes sont conservées et négligées, elles sont contenues dans la référence ; soit elles constituent une modalité explicative.

Il a été choisi ici de les conserver comme modalité explicative, d'une part dans la mesure où elles concernent pour la plupart des variables un effectif non négligeable de patients, d'autre part parce que l'on peut considérer que ces non-réponses ont un sens. Le sens de ces non-réponses peut être double. En effet, l'absence d'une réponse concernant le patient peut être liée à la méconnaissance de la situation du patient en raison de sa très courte prise en charge dans le secteur, mais, à l'inverse, une réponse peut manquer parce que le patient est tellement présent dans le secteur qu'il devient difficile de le qualifier dans sa vie hors du secteur (ceci est particulièrement vrai dans le cas de l'activité professionnelle ou du mode de vie).

Précautions d'usage

Ces diverses interprétations des réponses manquantes rendent bien compte de la difficulté à traiter ces données et des précautions à prendre dans leur utilisation, notamment dans les liens de cause à effet. Il est difficile de considérer qu'un patient ayant un diagnostic inconnu ou imprécis a une plus forte probabilité d'effectuer une trajectoire courte dans le secteur. En fait c'est plutôt parce que sa visite a été très ponctuelle et donc parce que le relevé de ses caractéristiques n'a pas été fait de manière précise qu'un patient a un diagnostic imprécis ou inconnu.

Ensuite le choix des variables introduites dans le modèle a, bien sûr, une importance. Plus on augmente le nombre de variables ayant un effet, plus il est probable qu'un effet a priori très important quand une variable est considérée seule, se réduise en raison de son lien avec d'autres variables.

Enfin on se doit de ne pas négliger la dimension de recueil de nos données, elles concernent un et un seul secteur et ne disposons de données que sur les patients présents au moment du recueil. Le rappel de cette évidence n'est pas superflu, notamment pour juger de l'effet du délai de prise en charge. Lorsqu'on note une plus forte présence des patients connus du secteur depuis le plus long temps (5 ans et plus) dans les trajectoires les plus lourdes, cela ne signifie pas que tous les patients anciens reviennent plus que les patients les plus récents dans le secteur. Cela signifie, en fait, que lorsqu'un patient ancien dans le secteur y revient, il n'y revient pas « pour rien », mais on ne sait pas ce qu'il advient d'un certain nombre d'anciens patients qui ne reviennent justement pas dans le secteur.

Les résultats obtenus et présentés dans le tableau appellent les commentaires suivants :

- L'ancienneté de connaissance par le secteur mesurée par le délai montre d'emblée ses interférences avec le type de parcours. Cette variable présente un impact fort dans les 3 types de trajectoires : les patients les plus anciens ont une probabilité deux fois plus forte que le patient de référence de suivre une trajectoire permanente et nettement moindre (trois fois moins) de suivre une trajectoire ponctuelle.
- Le bénéfice d'une protection juridique constitue la deuxième variable d'importance sur le plan de son impact : permanence de la trajectoire et bénéfice d'une tutelle ou d'une autre protection vont clairement de pair. Le bénéfice d'une Allocation Adulte Handicapée (AAH) « fonctionne » de la même manière.
- Le groupe diagnostic constitue ensuite la variable qui présente les impacts les plus significatifs mais sur un nombre restreint de modalités. Le diagnostic de schizophrénie est associé aux trajectoires permanentes, il est moins fréquent dans les trajectoires ponctuelles et intermédiaires. A l'opposé, mais de manière moins massive, les diagnostics de troubles liés aux substances sont associés aux trajectoires ponctuelles, et dissociés des trajectoires permanentes.
- L'âge constitue une variable intéressante, qui présente une progressivité relative, les trajectoires ponctuelles semblent plus réservées aux 25-39 ans, les trajectoires intermédiaires sont plus fréquentes pour les 60 ans et +, les trajectoires permanentes sont plus associées aux 40-59 ans et nettement moins accessibles aux moins de 25 ans.
- Concernant l'impact du secteur d'inscription – dans son type ou selon la nature de l'établissement de rattachement – on constate que les patients inscrits dans des secteurs dits « plutôt hôpital de jour » seraient plus susceptibles de suivre des trajectoires permanentes, moins d'en effectuer des ponctuelles ; selon un raisonnement symétrique, l'inscription dans un secteur rattaché à un établissement général réduit la probabilité d'être dans une trajectoire permanente et augmente celle d'être dans une trajectoire ponctuelle. On doit noter en outre que le fait de résider hors secteur est plus associé à des trajectoires ponctuelles.
- Il est difficile d'interpréter l'impact de l'activité professionnelle, comme celui du mode de vie ou de la situation familiale. Rien n'apparaît concernant le sexe.

Cette distinction en 3 groupes de patients est bien sûr insuffisante à elle seule pour définir des trajectoires homogènes. En outre, il est possible d'aboutir à une meilleure caractérisation des patients dans des sous-groupes plus fins. Chaque groupe va donc être à son tour subdivisé selon des critères caractéristiques, comme la nature de la prise en charge, de la densité et/ou de la lourdeur.

II-2-3. Neuf profils de trajectoire

Comme l'annonce le titre de ce paragraphe, les 3 groupes de patients vont être subdivisés en 9 sous-groupes.

Cette subdivision a été élaborée de manière à obtenir les sous-groupes les plus homogènes possibles tant sur le plan de la consommation de soins que sur celui de la caractérisation des individus qui suivent les trajectoires de chacun de ces sous-groupes.

- **Deux types de « ponctuels »**

Le caractère ponctuel des trajectoires est établi sur le fait que durant au maximum trois mois, les individus ont leur présence relevée tous les mois, puis ils disparaissent du champ d'observation pour les mois suivants.

Ces sorties « rapides » peuvent s'expliquer par diverses raisons :

- les visites du patient dans le secteur ont principalement servi à identifier un problème et à donner les moyens et/ou organiser le traitement à l'extérieur du secteur ;
- le passage du patient a permis à ce dernier de retrouver un état de santé permettant de quitter le secteur dans un délai de trois mois au maximum ;
- pour les patients déjà présents en janvier 1993, donc pour lesquels notre observation s'entame donc dès ce premier mois, quelle que soit la longueur de sa prise en charge auparavant, il termine son parcours.

Les patients ponctuels sont au nombre de 3624, ils se répartissent de la manière suivante selon le type de prise en charge :

- 1725 patients n'ont été qu'en ambulatoire ;
- 1108 patients ont été accueillis uniquement en hôpital temps plein ;
- 571 patients ont bénéficié de prises en charge en hôpital temps plein et en ambulatoire ;
- 220 patients ont bénéficié d'autres prise en charge.

En effectuant une analyse plus précise de ce groupe de « ponctuels », il apparaît que les patients ayant effectué une trajectoire ponctuelle uniquement en ambulatoire se distinguent le plus clairement du reste des patients de ce groupe : sur le plan de la légèreté de leur prise en charge comme sur le plan du groupe diagnostic. Dans la mesure où ce sous-groupe de patients représente près de la moitié des patients ayant des trajectoires dites « ponctuelles », il a été choisi d'utiliser ce critère : seront donc distingués les patients qui n'ont « fait » que de l'ambulatoire, des autres patients.

Dans le tableau ci-dessous sont présentés les résultats des régressions logistiques dichotomiques effectuées pour les trajectoires ponctuelles « tout ambulatoire » et les trajectoires ponctuelles non tout ambulatoire, dites ici « autres ».

Tableau n° 36 : Régressions logistiques pour expliquer les trajectoires ponctuelles

Variables introduites dans le modèle	Trajectoires ponctuelles (au plus 3 mois qui se suivent)	
	Tout ambulatoire	Autres
Délai		
• Moins de 2 ans	Réf	Réf
• 2 à 4 ans	-- 0.43	-- 0.46
• 5 ans et plus	-- 0.35	-- 0.36
Groupe diagnostique		
• A : Troubles mentaux organiques		++ 1.69
• B : Troubles reliés aux substances	-- 0.56	++ 2.29
• C : Schizophrénie, troubles schizo, délirants	-- 0.34	
• D : Troubles de l'humeur	-- 0.70	++ 1.44
• E : Troubles névrotiques	Réf	Réf
• F : Trbles personnalité et cptt chez l'adulte	-- 0.74	++ 1.32
• G : Retard mental	- 0.64	
• <i>HIJ : Syndromes cpttx associés à perturbations physio ou fac. physiques, trbles dévelpt psycho, trbles cpttx et émotionnels apparaissant ds enfance et ado.</i>		- 0.65
• Imprécis ou inconnu	++ 1.38	++ 1.34
Type de secteur		
• Plutôt hôpital temps plein	-- 0.52	++ 1.67
• Plutôt consultation	-- 0.52	
• Plutôt hôpital de jour		
• Autres secteurs	Réf	Réf
Etablissement de rattachement du secteur		
• Spécialisé	Réf	Réf
• Général	+ 1.19	++ 1.61
Résidence		
• Dans le secteur	Réf	Réf
• Hors secteur		++ 1.95
• Inconnu		
Sexe		
• Homme	-- 0.82	++ 1.23
• Femme	Réf	Réf
• Inconnu		
Age		
• Moins de 25 ans		Réf
• 25 à 39 ans	Réf	
• 40 à 59 ans	-- 0.68	- 0.87
• 60 ans et plus		-- 0.62
• Inconnu	+ 1.50	-- 0.36
Situation familiale		
• Marié	Réf	Réf
• Célibataire		
• Divorcé		
• Veuf		
• Inconnu		
Mode de vie		
• Pas seul	Réf	Réf
• Seul	+ 1.19	
• Inconnu		
Activité professionnelle		
• Actif en milieu ordinaire	Réf	Réf
• Actif en milieu protégé, SP		
• Chômeur		
• Etudiant, femme au foyer		
• Retraité		
• Autre inactif		
• Inconnu	+ 1.29	++ 1.39
AAH		
• Pas d'AAH	Réf	Réf
• AAH	-- 0.51	-- 0.69
• Inconnu	-- 0.68	
Protection		
• Pas de protection	Réf	Réf
• Tutelle		-- 0.55
• Autre protection	-- 0.49	-- 0.42
• Protection inconnue	++ 1.71	- 0.76
EFFECTIF TOTAL (%)	1725 (14.7 %)	1899 (16.2 %)
Taux de concordance	72.7 %	70.6 %

Cette différenciation clarifie l'analyse.

Sur certains points, on constate que les patients ponctuels quelle que soit la nature de la prise en charge se ressemblent : faible ancienneté de connaissance par le secteur (variable « délai »), moindre fréquence du bénéfice d'une autre protection (sauvegarde de justice et curatelle), comme du bénéfice de l'AAH, et, plus d'inconnue sur l'activité professionnelle.

Sur d'autres points, les patients « tout ambulatoire » et les autres se distinguent :

- Concernant le groupe diagnostic : Il semble que les patients porteurs d'un diagnostic E aient le plus de « chances » d'effectuer un parcours ponctuel tout en ambulatoire. En revanche ils ont moins de probabilités que les autres d'effectuer un parcours ponctuel non ambulatoire. En outre, les patients ayant un diagnostic C voient leurs « chances » d'effectuer un parcours ponctuel en ambulatoire divisées par trois, comparés aux patients de diagnostic E. Enfin les patients ayant des troubles liés aux substances ont une probabilité divisée par 2 d'effectuer un passage transitoire en ambulatoire, en revanche ils auront plus de deux fois plus de chances d'effectuer un parcours transitoire d'un autre type. Ici les diagnostics D et F apparaissent intermédiaires (entre les diagnostics E et les autres), ils sont moins exposés au tout ambulatoire, plus exposés aux passages transitoires de type autre.
- Les femmes ont plus de probabilités d'effectuer un parcours ponctuel en ambulatoire moins de probabilités que les hommes dans un autre type de trajectoire.
- Concernant le type de secteur on sait déjà que la probabilité d'effectuer un parcours ponctuel, quelle que soit sa nature, se trouve réduite lorsqu'on est dans un secteur plutôt hôpital de jour, elle ne varie pas dans les secteurs de type « plutôt hôpital temps plein » ou « plutôt consultation ». On s'aperçoit cependant que dans les secteurs plutôt hôpital temps plein on a une probabilité supérieure de 50 % à effectuer un parcours transitoire dit autre. Ensuite, les secteurs « généraux » prédisposent systématiquement à effectuer un parcours ponctuel, quelle que soit sa nature, même si le fait est moins net pour les ponctuels « tout ambulatoire ».

Pour compléter ce descriptif, une analyse est effectuée afin de mieux connaître les parts du temps de prise en charge et le nombre d'actes-jours passés dans chacun des trois grands types de prise en charge : hôpital temps plein, temps partiel et ambulatoire.

Tableau n° 37 :
Descriptif de la composition des trajectoires ponctuelles

Type de parcours Eléments descriptifs	Trajectoires ponctuelles (au plus 3 mois qui se suivent)	
	Tout ambulatoire	Autres
Nombre moyen d'actes-jours		
• En ambulatoire	3.38	0.98
• A temps partiel	0	0.51
• En hôpital temps plein	0	14.10
Part moyenne d'actes-jours (%)		
• En ambulatoire	100.0	9.38
• A temps partiel	0	6.29
• En hôpital temps plein	0	84.31
Eléments de rapprochement / la moyenne	Tous les individus ont par définition 100 % de leur temps de prise en charge passé en ambulatoire	1434 (75.5 %) ont au moins 90 % de temps plein 1555 (81.9 %) ont au moins 80 % de temps plein
Eléments de discordance / la moyenne		210 (11.1 %) ont moins de la moitié de leur temps total en temps plein
TOTAL	1725	1899

Il est facile d'évaluer la consommation des patients ponctuels du tout ambulatoire, dont la totalité du temps s'effectue par définition en ambulatoire, avec un nombre moyen d'actes-jours un peu supérieur à 3 (l'écart-type présentant une valeur cohérente). Il est plus difficile de cerner les patients ponctuels dits « autres » dans la mesure où leurs trajectoires sont plus diverses. Quoiqu'il en soit, il apparaît pour une nette majorité d'entre eux (81.9 %), que le temps passé dans le secteur s'effectue essentiellement (80 %) en hôpital temps plein ; les consultations et le temps partiel étant plus réduits. Une proportion d'un peu plus de 10 % (11.1 %) de patients n'ont pas la majorité de leur temps de prise en charge absorbé par le temps plein dans ce sous-groupe de trajectoires.

- **Le sens des trajectoires « permanentes »**

Ce sont les patients pour lesquels on compte 11 ou 12 mois de présence sur les 12 mois d'observation, le 1^{er} mois étant celui au cours duquel le patient montre une 1^{ère} prise en charge. Ces patients sont permanents ou quasi permanents. Ils sont au nombre de 2145.

- Parmi ces patients, il convient de distinguer en premier lieu les patients les plus permanents. Ils ont déjà été repérés au cours des étapes précédentes, comme constituant un sous-groupe particulièrement bien identifié : ce sont les patients comptant au moins 300 actes-jours sur les 365 jours d'observation, ils sont quasi constamment présents et l'on constate d'ailleurs qu'ils ont une trajectoire quasi-exclusivement effectuée en hôpital temps plein. Ce sous-groupe est constitué de 303 patients.
- Parmi les 1842 patients comptant moins de 300 actes-jours sur la période, une distinction a été opérée. Une analyse multivariée réalisée sur ces 1842 patients à partir des caractéristiques descriptives des trajectoires des patients et décrite par les caractéristiques individuelles de ces derniers fait clairement apparaître 2 sous-groupes : l'un comprenant les individus comptant moins de 30 aj sur la période avec plus de 80 % des patients effectuant leur trajectoire uniquement en ambulatoire et une plus forte part de patients âgés d'au moins 60 ans ; l'autre comprenant les individus comptant plus de 60 aj sur la période, dont les deux tiers comptent des jours de temps partiel et où les 25-40 ans sont surreprésentés. Entre ces deux sous-groupes clairs, se trouve un dernier sous-groupe composé de patients comptant de 31 à 60 aj, mal caractérisés sur le plan individuel comme sur celui de leurs trajectoires. Afin de ne pas multiplier les divisions, il a été choisi de raccrocher ce sous-groupe mal défini au sous-groupe des patients dont les prises en charge sont les moins lourdes. Par conséquent, on distingue au sein de ces 1842 patients : les patients comptant au total et au plus 60 aj sur la période, et, les patients comptant au total 61 à 299 actes-jours sur la période.

Dans le tableau ci-dessous sont présentés les résultats des régressions logistiques dichotomiques effectuées pour les trajectoires permanentes comptant au plus 60 actes-jours, les trajectoires permanentes de 61 à 299 actes-jours et les trajectoires permanentes lourdes, autrement dit de 300 actes-jours et plus.

Tableau n° 38 : Régressions logistiques des trajectoires permanentes

Variables introduites dans le modèle	Type de parcours		
	Trajectoires étalées sur 11 ou 12 mois ou « permanentes »		
	Moins de 61 actes- jours	De 61 à 299 actes-jours	300 actes-jours et plus
Délai			
• Moins de 2 ans	Réf	Réf	Réf
• 2 à 4 ans	++ 1.50	++ 1.63	++ 4.18
• 5 ans et plus	++ 1.74	++ 1.47	++ 5.15
Groupe diagnostique			
• A : Troubles mentaux organiques			++ 4.76
• B : Troubles reliés aux substances	-- 0.66		
• C : Schizophrénie, troubles schizo, délirants	++ 2.03	++ 2.53	++ 3.03
• D : Troubles de l'humeur		+ 1.40	
• E : Troubles névrotiques	Réf	Réf	Réf
• F : Trbles personnalité et cptt chez l'adulte			+ 2.56
• G : Retard mental			++ 5.27
• HIJ : <i>Syndromes cpttx associés à perturbations physio ou fac. physiques, trbles dévelpt psycho, trbles cpttx et émotionnels apparaissant ds enfance et ado.</i>			++ 9.29
• Imprécis ou inconnu	-- 0.60	-- 0.48	
Type de secteur			
• Plutôt hôpital temps plein	-- 0.74	-- 0.69	
• Plutôt consultation			
• Plutôt hôpital de jour		++ 1.92	
• Autres secteurs	Réf	Réf	Réf
Etablissement de rattachement du secteur			
• Spécialisé	Réf	Réf	Réf
• Général	-- 0.73	-- 0.47	-- 0.21
Résidence			
• Dans le secteur	Réf	Réf	Réf
• Hors secteur	-- 0.64	-- 0.66	
• Inconnu		-- 0.33	
Sexe			
• Homme			
• Femme	Réf	Réf	Réf
• Inconnu			
Age			
• Moins de 25 ans	- 0.67	-- 0.53	
• 25 à 39 ans	Réf	Réf	Réf
• 40 à 59 ans	++ 1.69		
• 60 ans et plus	++ 1.47	-- 0.46	
• Inconnu			
Situation familiale			
• Marié	Réf	Réf	Réf
• Célibataire			+ 1.84
• Divorcé	++ 1.39		
• Veuf	++ 1.52		
• Inconnu	++ 1.68		
Mode de vie			
• Pas seul	Réf	Réf	Réf
• Seul	-- 0.77	++ 1.32	
• Inconnu	-- 0.45		+ 2.02
Activité professionnelle			
• Actif en milieu ordinaire	Réf	Réf	Réf
• Actif en milieu protégé, SP			+ 2.68
• Chômeur			
• Etudiant, femme au foyer		+ 1.41	
• Retraité		++ 1.81	++ 3.56
• Autre inactif		++ 2.02	++ 4.14
• Inconnu		+ 1.43	+ 2.90
AAH			
• Pas d'AAH	Réf	Réf	Réf
• AAH	++ 1.63		++ 1.66
• Inconnu			
Protection			
• Pas de protection	Réf	Réf	Réf
• Tutelle	- 0.75	+ 1.31	++ 6.66
• Autre protection		++ 2.21	+ 2.01
• Protection inconnue		- 0.60	
EFFECTIF TOTAL (%)	1095 (9.3 %)	747 (6.4 %)	303 (2.6)
Taux de concordance	70.0 %	76.0 %	92.7 %

Voici les points les plus saillants selon ces résultats :

- Les patients les plus anciens sont plus souvent prédisposés à effectuer les parcours dits « permanents ». Pour eux, la probabilité d'effectuer ces trajectoires est multipliée par 1.5 pour les parcours comportant au total moins de 300 actes-jours ; elle est multipliée par 4 au moins pour les parcours comptant au moins 300 actes-jours.
- Le fait d'être porteur d'un diagnostic C multiplie les probabilités d'avoir un parcours « permanent », ils sont rejoints par les diagnostics A et G dans les trajectoires les plus lourdes. Seuls les diagnostics B, comme les diagnostics imprécis ou inconnus, excluent autant que les diagnostics E d'effectuer ces parcours permanents.
- Le fait d'être inscrit dans un secteur rattaché à un hôpital général réduit nettement la probabilité d'effectuer un parcours permanent, d'autant plus lorsque la lourdeur de la prise en charge s'accroît.
- Le bénéfice d'une protection joue un rôle multiplicateur dès que la prise en charge permanente compte plus de 60 actes-jours, et le bénéfice d'une tutelle joue un rôle particulièrement net dans les trajectoires les plus lourdes.

D'autres éléments moins nets apparaissent :

- Dans les secteurs plutôt « hôpital temps plein », on est moins prédisposé à effectuer ces parcours de permanence lorsque ces derniers comportent un nombre d'actes-jours inférieur à 300.
- Les plus jeunes effectuent moins de trajectoires permanentes pour les prises en charge les plus légères (moins de 61 actes-jours), les plus de 60 ans les rejoignent dans cette moindre présence pour les prises en charge de 61 à 299 actes-jours. Aucun effet de l'âge n'apparaît pour les trajectoires permanentes les plus lourdes.
- L'inactivité va de pair avec les trajectoires permanentes comptant au moins 61 actes-jours. Seuls les actifs en milieu protégé ou actifs sans précision sont surreprésentés dans les trajectoires d'au moins 300 actes-jours. On peut relier ce fait à la surreprésentation des AAH marquée pour les prises en charge les plus légères comme les plus lourdes.

On a comme précédemment réalisé une analyse des actes-jours effectués pour chaque sous-groupe dans les trois grands types de prise en charge, et, des parts relatives moyennes de temps passé dans chacun des trois types.

Tableau n° 39 :
Descriptif de la composition des trajectoires permanentes

Type de parcours Eléments descriptifs	Trajectoires permanentes (11 ou 12 mois où présence)		
	Moins de 61 aj	De 61 à 299 aj	300 aj et +
Nombre moyen d'actes-jours			
• En ambulatoire	22.73	26.81	1.14
• A temps partiel	4.53	52.30	9.95
• En hôpital temps plein	3.44	57.12	320.68
Part moyenne d'actes-jours (%)			
• En ambulatoire	79.65	25.53	0.26
• A temps partiel	12.20	36.24	3.00
• En hôpital temps plein	7.88	37.64	90.36
Eléments de rapprochement / la moyenne	773 (70.6 %) ont au moins 80 % d'ambulatoire 801 (73.2 %) ont au moins 70 % d'ambulatoire	<i>- forte hétérogénéité -</i>	266 (87.8 %) ont au moins 90 % en tps plein
Eléments de discordance / la moyenne	199 (18.2 %) ont moins de 50 % d'ambulatoire	180 (24 %) ne présentent qu'une nature de prise en charge	29 (9.6 %) ont moins de 50 % de temps plein
TOTAL	1095	747	303

L'approximation fournie par la moyenne dans le cas des trajectoires permanentes de moins de 61 actes-jours apparaît comme tolérable, puisque près des trois quarts des patients effectuent l'essentiel de leur prise en charge en ambulatoire. Concernant les patients ayant des trajectoires comptant au moins 300 actes-jours, l'approximation de la consommation par le nombre moyen de jours en hôpital temps plein (composant généralement leurs trajectoires) paraît aussi acceptable et les 29 individus pour lesquels le temps plein n'est pas majoritaire seront à observer au plus près pour vérifier s'ils ne s'apparentent pas à des outliers.

En revanche, les trajectoires comptant de 61 à 299 actes-jours sur 11 ou 12 mois présentent une assez forte hétérogénéité dans leur consommation : 11 % d'entre eux ont eu recours aux trois types de prise en charge, 65 % combinent deux types de prise en charge et 24 % n'ont eu qu'un type de prise en charge ; en outre, dans chaque combinaison les proportions de l'un ou l'autre type varie franchement. Ce sous-groupe sera traité différemment dans le cadre d'une évaluation plus précise de la consommation des patients, présentée plus tard dans cet exposé. Heureusement ce groupe de patients ne forme que 6.4 % des effectifs totaux de l'échantillon.

- **Quatre sous-groupes parmi les « intermédiaires »**

Les patients aux trajectoires « intermédiaires » sont au nombre de 5975, ils ont été pris en charge sur 2 ou 3 mois qui ne se suivent pas, ou, sur 4 à 10 mois. Cette classe contient à elle seule près de la moitié des individus de l'échantillon de travail (rappelons que l'effectif de cet échantillon est de 11 744, puisque les mono-consultants en ont été exclus). Cette classe de trajectoires est définie par négation, elle contient les individus qui ne sont ni « ponctuels », ni « permanents », les « ni-ni ».

Il a déjà été souligné, à maintes reprises au cours des travaux, la difficulté à caractériser les patients intermédiaires, qu'ils soient intermédiaires selon le temps de prise en charge, le type de prise en charge, la densité, etc.

On reprend ici, sous une forme résumée, les éléments les plus nets de caractérisation des patients entre trajectoires et profil individuel :

- Le bénéfice d'une protection ne connaît pas une évolution évidente et progressive, il caractérise des patients pris en charge au delà d'un certain seuil, et il est quasi inexistant pour les patients les plus ponctuels.
- Le délai de prise en charge permet de dégager deux groupes de populations : des patients bénéficiant d'un suivi régulier d'une part ; des patients très en difficulté nécessitant un suivi permanent ou quasi-permanent d'autre part, mais rien ne se distingue entre les deux.
- Du point de vue du diagnostic, les diagnostics E prédisposent aux trajectoires les plus courtes et les plus légères, les diagnostics B aux parcours les plus ramassés et/ou hachés avec de l'hôpital plein temps, les diagnostics D et F sont intermédiaires, les diagnostics C induisent des parcours plus longs et plus lourds, les patients ayant un diagnostic G se distinguent en deux lots, ceux qui sont suivis en ambulatoire alors qu'ils vivent en institutions et ceux qui sont en permanence pris en charge dans le secteur.
- Le type de secteur interfère dans le mode de prise en charge : les secteurs « plutôt consultation » induisent plus de trajectoires "tout ambulatoire" de plus de 6 jours, les « plus hôpital temps plein » prédisposent à plus de trajectoires tout hôpital temps plein avec ou sans ambulatoire, les « plus hôpital de jour » induisent plus de temps partiel.
- La durée moyenne de prise en charge est réduite dans les secteurs rattachés à des établissements généraux ; dans ces secteurs aussi, les trajectoires comportant de l'hôpital plein temps sont surreprésentées, pour des durées de prise en charge alors en général plus courtes que dans les secteurs rattachés à des établissements spécialisés.
- L'activité professionnelle semble ne jouer qu'à l'extrême des plus lourds, les inactifs ou ceux dont l'inactivité est difficile à qualifier se retrouvant dans les trajectoires les plus longues.

Une analyse multivariée effectuée sur les « ni-ni », à partir des caractéristiques descriptives des trajectoires des patients et décrite par les caractéristiques individuelles, met en évidence le rôle le plus structurant et régulier joué par la densité de prise en charge. C'est par conséquent le critère de la densité qui sera utilisé en premier lieu pour discriminer les patients aux trajectoires intermédiaires. Dans la mesure où les trajectoires ayant une densité de l'ordre de 1 acte-jour sont en effectifs relatifs importants, une distinction est opérée entre les trajectoires de cette densité sur 2 à 4 mois de présence et celles sur 5 à 10 mois de présence.

Par conséquent, dans le tableau ci-dessous sont présentés les résultats des régressions logistiques dichotomiques effectuées pour les trajectoires intermédiaires ayant une densité mensuelle de 6 actes-jours ou plus, celles de densité de 3 à 5 actes-jours, celles ayant une densité de 1 acte-jour mensuel sur 2 à 4 mois et celles ayant une densité de 1 acte-jour sur 5 à 10 mois.

Tableau n° 40 :
Régressions logistiques des trajectoires intermédiaires

Variables introduites dans le modèle	Trajectoires intermédiaires			
	Densité mensuelle de 6 actes-jours et plus	Densité mensuelle de 2 à 5 actes-jours	Densité mensuelle de 1 acte-jour sur 2 à 4 mois	Densité mensuelle de 1 acte-jour sur 5 à 10 mois
Délai				
• Moins de 2 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
• 2 à 4 ans			++ 1.65	++ 1.98
• 5 ans et plus	-- 0.77	-- 0.79	++ 1.47	++ 2.52
Groupe diagnostic				
• A : Troubles mentaux organiques	++ 2.44	-- 0.69		
• B : Troubles reliés aux substances	++ 2.33	-- 0.76		-- 0.74
• C : Schizophrénie, troubles schizo, délirants	++ 2.02	-- 0.68	-- 0.69	
• D : Troubles de l'humeur	++ 2.33	-- 0.77		
• E : Troubles névrotiques	Réf	Réf	Réf	Réf
• F : Trbles personnalité et cptt chez l'adulte	++ 1.68			
• G : Retard mental		-- 0.69		+ 1.60
• <i>HIJ : Syndromes cpttc associés à perturbations physio ou fac. physiques, trbles dévelpt psycho, trbles cpttc et émotionnels apparaissant ds enfance et ado.</i>				
• Imprécis ou inconnu				-- 0.64
Type de secteur				
• Plutôt hôpital temps plein	++ 1.29			+ 1.21
• Plutôt consultation			-- 0.77	++ 1.44
• Plutôt hôpital de jour				
• Autres secteurs	Réf	Réf	Réf	Réf
Etablissement de rattachement du secteur				
• Spécialisé	Réf	Réf	Réf	Réf
• Général		- 0.87		
Résidence				
• Dans le secteur	Réf	Réf	Réf	Réf
• Hors secteur	-- 0.72	-- 0.74	++ 1.63	-- 0.79
• Inconnu	-- 0.58		++ 1.66	++ 1.76
Sexe				
• Homme				
• Femme	Réf	Réf	Réf	Réf
• Inconnu				
Age				
• Moins de 25 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
• 25 à 39 ans		- 0.87	++ 1.37	++ 1.43
• 40 à 59 ans		-- 0.74	++ 2.00	++ 2.28
• 60 ans et plus				
• Inconnu				
Situation familiale				
• Marié	Réf	Réf	Réf	Réf
• Célibataire				-- 0.74
• Divorcé	+ 1.26		-- 0.62	- 0.71
• Veuf				- 0.78
• Inconnu				
Mode de vie				
• Pas seul	Réf	Réf	Réf	Réf
• Seul			-- 0.79	
• Inconnu				
Activité professionnelle				
• Actif en milieu ordinaire	Réf	Réf	Réf	Réf
• Actif en milieu protégé, SP				
• Chômeur				
• Etudiant, femme au foyer	-- 0.68			
• Retraité			- 0.79	
• Autre inactif		-- 0.75		
• Inconnu		-- 0.70		- 0.70
AAH				
• Pas d'AAH	Réf	Réf	Réf	Réf
• AAH	- 0.75			
• Inconnu				+ 1.33
Protection				
• Pas de protection	Réf	Réf	Réf	Réf
• Tutelle		- 0.78	-- 0.56	- 0.75
• Autre protection	++ 1.86		-- 0.57	
• Protection inconnue	-- 0.61		++ 1.44	
EFFECTIF TOTAL (%)	1151 (9.8 %)	2357 (20.1 %)	1327 (11.3 %)	1140 (9.7 %)
Taux de concordance	64.4 %	60.2 %	63.2 %	67.9 %

Voici les points les plus intéressants mis en valeur par ces résultats :

- Les patients les plus anciens se distinguent par leur surreprésentation dans les parcours « ni-ni » ayant une densité mensuelle moyenne d'un acte-jour.
- Les patients de 60 ans et plus sont aussi surreprésentés dans ces trajectoires « mensuelles mono-actes ». On se trouve ici clairement dans des trajectoires de suivi léger, les patients étant probablement pour une part non négligeable accueillis dans une institution substitutive du domicile. Les patients de 40-59 ans sont aussi plus impliqués dans les trajectoires « mensuelles mono-actes », que leurs comparses plus jeunes.
- Les patients ayant un diagnostic E sont franchement sous-représentés dans les trajectoires intermédiaires de la densité la plus lourde (6 actes-jours et plus), alors qu'ils sont surreprésentés dans les trajectoires intermédiaires de densité moyenne (2 à 5 actes-jours), dans ce dernier cas avec les patients de diagnostic F.
- On note peu d'effets pour le type de secteur, sinon une légère surprobabilité d'avoir une trajectoire intermédiaire plutôt dense dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » et une surprobabilité de trajectoires de suivi légers longs (1 acte-jour sur 5 mois et plus) dans les secteurs dits « plutôt consultation ».
- Du côté de la protection, il est difficile de conclure de manière tranchée. Il semble apparaître une sous-représentation globale, hormis pour les trajectoires intermédiaires ayant la plus forte densité (6 actes-jours et plus), où les patients ayant une autre protection sont légèrement surreprésentés.

L'analyse des actes-jours effectués en moyenne dans chaque sous-groupe pour les trois grands types de prise en charge a été réalisée, les parts moyennes de temps passé dans chacun de ces types sont aussi présentées :

Tableau n° 41 :
Descriptif de la composition des trajectoires intermédiaires

Type de parcours	Trajectoires intermédiaires (2 à 3 mois qui ne se suivent pas, ou, 4 à 10 mois)			
	Densité mensuelle de 6 aj et +	Densité mensuelle de 2 à 5 aj	Densité mensuelle de 1 aj sur 2 à 4 mois	Densité mensuelle de 1 aj sur 5 à 10 mois
Eléments descriptifs				
Nombre moyen d'actes-jours				
• En ambulatoire	7.90	10.68	2.91	7.64
• A temps partiel	5.09	1.75	0.09	0.35
• En hôpital temps plein	57.49	4.01	0.02	0.02
Part moyenne d'actes-jours (%)				
• En ambulatoire	13.91	72.35	96.13	95.54
• A temps partiel	6.62	8.42	3.08	4.20
• En hôpital temps plein	79.17	19.24	0.86	0.24
Eléments de rapprochement / la moyenne	944 (82.0 %) ont au moins 70 % de temps plein	1572 (66.7 %) ont au moins 60 % d'ambulatoire	1248 (94.1 %) ont au moins 90 % d'ambulatoire	1067 (93.6 %) ont au moins 90 % d'ambulatoire
Eléments de discordance / la moyenne	132 (11.5 %) ont moins de 50 % de temps plein	560 (23.8 %) ont moins de 40 % d'ambulatoire	35 (2.6 %) ont moins de 50 % d'ambulatoire	45 (4.0 %) ont moins de 50 % d'ambulatoire
TOTAL	1151	2357	1327	1140

Il apparaît comme tout à fait acceptable de considérer les valeurs moyennes dans les trajectoires intermédiaires de densité mensuelle de 1 acte-jour. Pour les trajectoires intermédiaires de densité

plus élevée, les profils de consommation de soins sont moins nets. Les trajectoires de densité supérieure ou égale à 6 actes-jours mensuels se partagent plus entre les trois types de prise en charge. Les trajectoires de densité moyenne (2 à 5 actes-jours par mois) sont plus hétérogènes, près d'un quart des patients présente des parts d'actes-jours en ambulatoire nettement inférieures à la moyenne. Ces éléments seront à prendre en compte au final.

En conclusion, l'analyse synthétique des trajectoires des patients de l'échantillon – hors monoconsultants – permet de dégager trois types de patients : les ponctuels, les intermédiaires et les permanents, puis de mettre à jour 9 types de trajectoires associées.

S'il n'est pas possible d'associer systématiquement une trajectoire donnée à un patient donné, sur la seule base des caractéristiques de ce dernier, il semble que chaque patient n'a pas la même probabilité d'accès aux diverses trajectoires selon son profil individuel.

Toutes les trajectoires ne sont pas homogènes sur le plan de la consommation de soins analysée sur la base du nombre d'actes-jours effectué dans chacun des trois grands types de prise en charge : en ambulatoire, à temps partiel ou en hôpital temps plein. Mais pour un certain nombre d'entre elles, une nette majorité des patients s'approche de la consommation moyenne.

II-2-4. Profils de patients et profils de trajectoires

- **Les quatre éléments discriminants majeurs**

Au fur et à mesure de l'examen des caractéristiques individuelles associées à chacun des types de trajectoires, il apparaît que certaines caractéristiques individuelles sont plus ou moins nettement corrélées avec les trajectoires. Pour certaines caractéristiques, comme le sexe, on ne constate que très rarement de véritables inférences avec l'accès à une trajectoire. Alors que l'ancienneté de première visite infère nettement plus clairement pour l'accès aux trajectoires.

Sont représentés dans le tableau suivant, toutes les variables individuelles et le jugement de leur impact tel qu'il a été évalué par les diverses régressions :

**Tableau n°42 :
Synthèse schématique de l'impact des caractéristiques individuelles et du secteur d'inscription du patient pour l'accès aux différentes trajectoires**

CARACTERISTIQUES :	TRAJECTOIRES								
	PONCTUELLES		INTERMEDIAIRES				PERMANENTES		
	Tout ambu.	Non tout ambu	6aj et + par mois	2 à 5 aj par mois	1 aj sur 2 à 4 mois	1 aj sur 5 à 10 mois	60 aj maximum au total	61 à 299 aj au total	300 aj et + au total
DU PATIENT									
• Sexe	*	*	o	o	o	o	o	o	o
• Age	**	***	o	*	**	***	***	**	o
• Situation familiale	o	o	*	o	*	*	**	o	*
• Mode de vie	*	o	o	o	*	o	***	*	*
• Activité proffle	*	*	*	*	*	*	o	**	***
• AAH	***	**	*	o	o	*	**	o	**
• Protection	**	***	**	*	***	*	*	***	***
• Résidence	o	**	**	*	***	***	**	***	o
• Ancienneté	***	***	*	*	**	***	*	**	***
• Diagnostic	***	***	***	**	*	*	**	**	***
DU SECTEUR D'INSCRIPTION :									
• Type de secteur	***	*	*	o	*	*	*	**	o
• Général/Spécialisé	*	**	o	*	o	o	**	***	***

*** impact net, qui concerne plusieurs modalités de manière sensible ou une modalité de la variable de manière très forte.

** impact, qui concerne plusieurs modalités ou une modalité de manière forte

* impact réduit et/ou difficilement interprétable

o aucun impact ou impossible à interpréter

Pour les trois caractéristiques que sont la protection juridique, l'ancienneté et le diagnostic, un impact existe pour l'accès à toutes les trajectoires. On peut par conséquent considérer que ces variables sont pertinentes pour discriminer les patients entre eux.

Deux autres variables présentent un impact globalement fort, mais de manière non régulière, puisque dans deux trajectoires, on ne note aucune interférence. Ainsi le fait de résider à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur interfère, sauf pour les trajectoires ponctuelles tout ambulatoire et les trajectoires permanentes. Parallèlement, l'âge interfère, sauf pour les trajectoires intermédiaires les plus denses et les trajectoires permanentes. Cependant, si l'on peut considérer l'âge comme un facteur recevable de différenciation des patients, il est beaucoup plus difficile de considérer

l'appartenance au secteur sur le même plan. En effet, l'appartenance au secteur est fortement recommandée pour l'accueil d'un patient, et, le fait de ne pas relever du secteur peut être considéré comme « a-normal ».

Finalement quatre variables paraissent pertinentes pour distinguer les patients entre eux, afin de maximiser les écarts d'accès aux diverses trajectoires : le diagnostic, l'ancienneté de la 1^{ère} visite, la protection juridique et l'âge. Les autres variables interfèrent de manière trop peu efficace et/ou trop irrégulière pour être prises en compte.

L'identification d'un patient par ces quatre éléments peut ainsi permettre de définir un profil moyen d'accès aux trajectoires.

Diagnostic, ancienneté, protection et âge

Pour ne pas multiplier les groupes de patients – groupes définis par la qualification des patients selon ces quatre éléments – on a procédé à certains regroupements de modalités à l'intérieur de chaque variable :

- en utilisant comme toujours une règle de maximisation des écarts ;
- en associant les modalités « non réponse », « inconnu » ou « imprécis » à la modalité maximisant la probabilité d'une prise en charge courte et/ou légère. On a effectivement noté pour les quatre variables retenues, que plus la prise en charge du patient était de faible durée ou « légère », plus le taux de non-renseignés était élevé.

On a opéré les regroupements suivants pour les diagnostics, constituant 5 groupes diagnostics :

- Les diagnostics de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (C) ont été regroupés avec les diagnostics de retard mental (G) et de troubles du développement psychologique (I). C'est dans ces diagnostics que se recrutent les plus aisément les patients permanents. Les patients porteurs de diagnostics G et I sont en effectif assez faible, et, s'ils ne semblent pas toujours complètement suivre les patients schizophrènes dans leurs trajectoires, c'est de ces diagnostics qu'ils sont les moins éloignés. C'est une solution de moindre mal ;
- On a déjà à plusieurs reprises associé les patients ayant des diagnostics de troubles de l'humeur (D) et de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F), souvent « à l'intermédiaire » notamment parce que ne se « spécialisant » pas sur l'un ou l'autre type de trajectoire, et situés entre les diagnostics les plus légers et les plus lourds. Il a été choisi de les traiter ensemble ;
- Les diagnostics de troubles névrotiques (E) apparaissent comme les troubles les plus légers, au sens où ils concernent des patients ayant le moins fréquemment de prise en charge suivie et/ou lourde dans le secteur. On peut leur associer les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques (H) ou les troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence. Ces 2 derniers groupes diagnostics sont en effectifs relativement peu nombreux et ils conduisent le plus généralement à des prises en charge légères. C'est à cette catégorie de diagnostics, qu'il est choisi aussi de rattacher les diagnostics imprécis ou inconnus, qui sont les plus synonymes de passage éclair dans le secteur ;
- Les diagnostics de troubles mentaux organiques (A) demeurent seuls, parce que trop singuliers ;

- De même les troubles liés aux substances (B) présentent un profil de consommation original. C'est parmi ces patients que se recrutent les « adeptes » du temps plein sur des périodes compactes.

Au sujet de l'âge, une différenciation est réalisée entre les patients âgés de moins de 60 ans, et ceux qui avaient atteint ou dépassé cet âge, pour plusieurs raisons. Premièrement, dans le cadre des régressions, les « 60 ans et plus » se distinguent le plus fréquemment ; si les « moins de 25 ans » se distinguent aussi à plusieurs reprises c'est essentiellement en raison de la brièveté de leur passage, peu significative ici. Deuxièmement, la classe d'âge la plus âgée bénéficie d'un accès plus large aux institutions substitutives du domicile, plus nombreuses pour leur tranche d'âge que pour leurs comparses moins âgés, ce qui modifie leurs trajectoires.

C'est l'existence d'une protection juridique qui a été prise en compte, car il était superflu de distinguer les différentes protections. Dans la plupart des cas, le fait d'avoir une sauvegarde de justice ou une curatelle fonctionne de concert avec le bénéfice d'une tutelle pour expliquer les différences individuelles d'accès aux trajectoires. Les patients pour lesquels cette information n'est pas renseignée ont été regroupés avec les patients sans protection juridique.

Les patients dont l'ancienneté de 1^{ère} visite est inférieure à 2 ans ont été distingués de ceux dont la 1^{ère} visite date d'au moins 2 ans. A l'intérieur de ce dernier sous-groupe, on n'a pas souhaité opérer d'autres distinctions dans la mesure où, dans la plupart des cas, les patients ayant une ancienneté de 2 à 4 ans évoluent de manière assez parallèle avec ceux encore plus anciennement connus.

En définitive, on utilise 4 variables sous la forme suivante :

- **Le diagnostic regroupé :**
 - Troubles mentaux organiques (F0) ;
 - Troubles liés aux substances (F1) ;
 - Schizophrénies, retard mental, troubles du développement psychologique (F2, F7, F8) ;
 - Troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F3, F6) ;
 - Troubles névrotiques, syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou facteurs physiques, troubles comportementaux et émotionnels /enfance, adolescence, imprécis, inconnus (F4, F5, F9).
- **L'ancienneté de la 1^{ère} visite dans le secteur :** moins de 2 ans / 2 ans ou plus.
- **L'âge :** < 60 ans / >= 60 ans.
- **Le bénéfice d'une protection juridique :** oui / non.

L'effet secteur a-t-il disparu ?

Les caractéristiques du secteur d'inscription du patient n'ont pas été retenues parmi les quatre variables de définition des groupes de patients.

Les caractéristiques sectorielles ne sont effectivement pas les plus efficaces dans le cadre de l'analyse des accès aux 9 trajectoires, comme cela a déjà été précisé.

- Dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein », les trajectoires ponctuelles ne sont globalement ni privilégiées, ni défavorisées. On note tout de même que les trajectoires ponctuelles tout ambulatoire y sont sous-représentées, à l'opposé des autres trajectoires ponctuelles. En ce qui concerne les trajectoires intermédiaires, on ne note que 2 interférences légèrement favorables. Pour les trajectoires permanentes, il apparaît une légère sous-estimation de la probabilité d'accès des patients de ces secteurs pour les trajectoires permanentes de moins de 300 actes-jours.
- Dans les secteurs dits « plutôt consultation », il apparaît une interférence négative pour les trajectoires ponctuelles tout ambulatoire, comme pour les trajectoires intermédiaires d'un acte-jour mensuel sur moins de 5 mois ; il apparaît une seule interférence positive pour les trajectoires intermédiaires d'un acte-jour mensuel sur 5 à 10 mois.
- Dans les secteurs dits « plutôt hôpital de jour », on note globalement un accès privilégié aux trajectoires permanentes (particulièrement en leur sein, pour les trajectoires de lourdeur intermédiaire) à l'opposé des trajectoires ponctuelles. Mais il n'apparaît rien de sensible sur le plan des trajectoires intermédiaires.
- Les secteurs dits « autres » sont notre référence et ne constituent à aucun moment une modalité auxquelles s'opposent les trois autres modalités simultanément, donc ne semblent pas se singulariser.

La distinction entre les secteurs rattachés à un établissement spécialisé ou à un établissement général ne fournit de résultats significatifs que pour l'accès aux trajectoires permanentes, ces dernières étant défavorisées dans les secteurs « généraux ».

Mais il demeure que le nombre moyen d'actes-jours effectués varie selon le type de secteur :

- Le taux de monoconsultants est plus élevé dans les secteurs dits « autres » (29 %), les trois autres types de secteurs présentent un moindre taux de monoconsultants (entre 20 et 21 %). Dans les secteurs rattachés à un établissement général, ce taux de monoconsultants est particulièrement élevé (39 %) ;
- Après exclusion des monoconsultants, l'analyse du nombre moyen d'actes-jours effectués par patient varie de manière non négligeable entre chaque type de secteur ; en moyenne de 35 actes-jours sur l'ensemble, il est inférieur dans les secteurs dits « plutôt consultation » (25 aj), et plutôt supérieur dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » (47 aj) ou « plutôt hôpital de jour » (44 aj) ;
- Mais si l'on exclut les patients au long cours (300 aj et plus), les écarts se réduisent nettement, la moyenne sur l'ensemble s'établit alors à 27 aj, elle est de 23 aj dans les secteurs dits « plutôt consultation » et de 30 aj dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein ». Seuls les secteurs plutôt hôpital de jour fournissent une moyenne significativement plus forte de 36 aj.

Sur le plan des contenus de prise en charge, on note aussi des différences importantes d'un secteur à l'autre (analyse effectuée hors prise en compte des monoconsultants) : de manière logique dans les secteurs dits « plutôt consultation », on trouve plus de patients ayant une trajectoire uniquement en ambulatoire, nettement moins ayant une trajectoire contenant du

temps partiel (seul ou mixé avec du temps plein et/ou de la consultation) ; dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein », on trouve plus de patients ayant des trajectoires contenant un séjour en hôpital temps plein, seul ou associé uniquement avec de l'ambulatoire ; dans les secteurs dits « plutôt hôpital de jour », on trouve plus de patients ayant une prise en charge à temps partiel dans leur parcours et moins de patients n'ayant été suivi qu'en ambulatoire.

Si pour préciser encore notre approche, on évalue, pour chaque type de secteur et selon la nature de la prise en charge, le nombre moyen d'actes-jours effectués, les écarts se confirment et l'on constate que : dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » sauf si la trajectoire s'effectue uniquement en ambulatoire, le nombre moyen d'actes-jours est toujours significativement supérieur à la moyenne ; alors que dans les secteurs dits « plutôt consultation », le nombre moyen d'actes-jours est plutôt inférieur à la moyenne. Cela dit, lorsqu'on retire de l'évaluation les patients comptant 300 actes-jours et plus (peu nombreux, mais forts consommateurs d'actes-jours), les écarts entre types de secteur se réduisent nettement.

Finalemment, on ne doit pas conclure à une disparition de l'effet secteur, mais notre logique de définition des trajectoires conduit à émettre cet effet, en faveur d'autres éléments d'impacts plus forts : particulièrement le diagnostic, l'ancienneté du patient dans le secteur et sa protection juridique. Et l'examen de la composition des files actives de chaque type de secteur en prenant en compte ces éléments permet de le saisir.

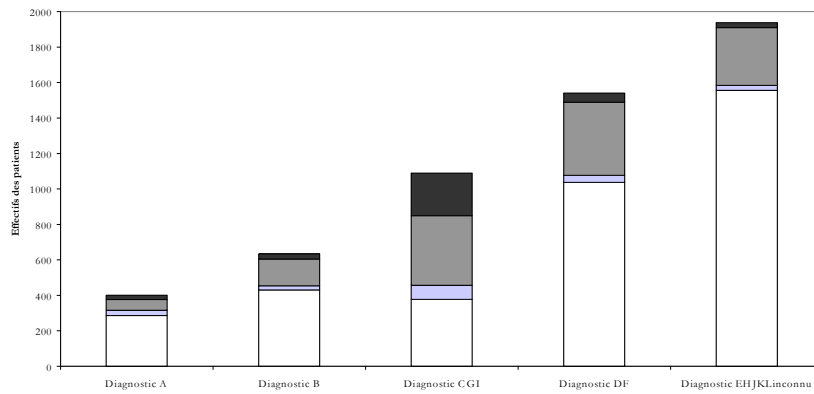
Est représentée dans les graphiques de la page suivante, pour chaque type de secteur, la distribution des patients de l'échantillon (donc à l'exclusion des monoconsultants) selon le diagnostic, puis l'ancienneté de la 1^{ère} visite et l'existence d'une protection juridique.

On note de nettes différences :

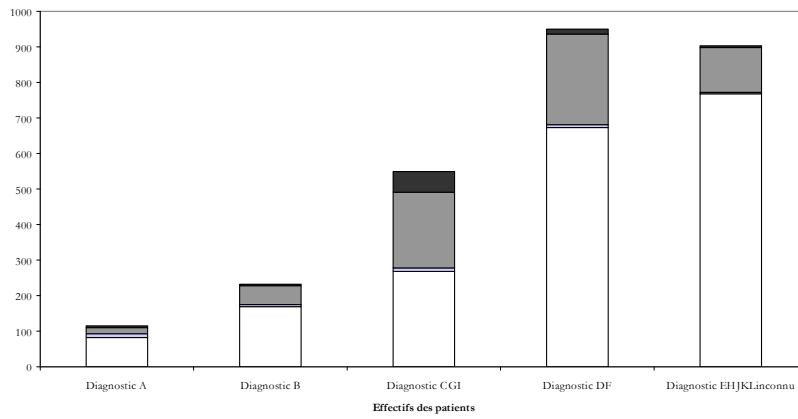
- d'une part, dans les répartitions par diagnostic, les silhouettes des graphiques ne sont pas identiques. Ainsi le groupe diagnostic « EHJKLinconnu » est le plus important en effectif dans les secteurs dits « autres » à la différence des autres types de secteurs. Dans les secteurs dits « plutôt consultation », ce groupe diagnostic est rattrapé par le groupe DF. Dans les deux autres types de secteur, le groupe diagnostic CGI prend de l'importance et devient même le groupe diagnostic modal dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein ».
- d'autre part, au sein des groupes diagnostic, les patients anciens, et surtout les patients anciens bénéficiant d'une protection juridique, sont relativement moins nombreux dans les secteurs dits « autres » ou « plutôt consultation » que dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » ou « plutôt hôpital de jour ».

Graphiques n° 14 : Distribution des patients selon le diagnostic, puis l'ancienneté et l'existence d'une protection juridique selon le type de secteur

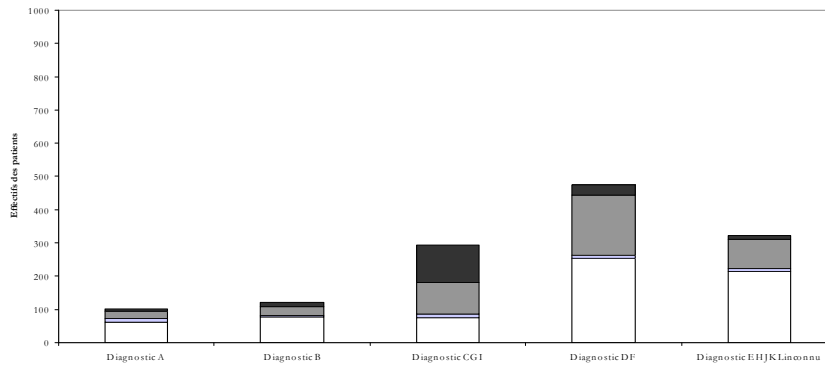
"autres"



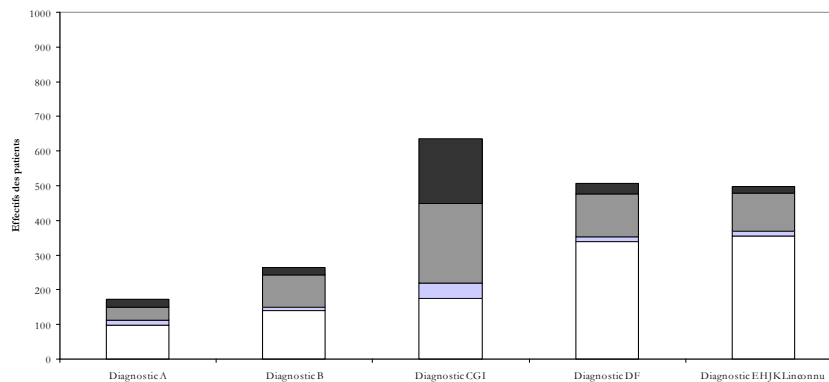
"plutôt consultation"



"plutôt hôpital de jour"



"plutôt hôpital temps plein"



En d'autres termes, il semble exister un effet de sélection des patients à l'intérieur des secteurs, ce qui explique, en partie tout au moins, les variations sensibles selon les secteurs. Ainsi par exemple dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein », se trouvent beaucoup plus que dans les autres secteurs de patients relevant du groupe diagnostique CGI, et, à l'intérieur de ce groupe, beaucoup de patients bénéficiant d'une protection juridique, qui sont les plus à même d'effectuer des parcours lourds ; alors que dans les secteurs dits « plutôt consultation », se trouvent beaucoup de patients des groupes diagnostics DF et EHJKLinconnu, et, à l'intérieur de ce groupe, beaucoup de patients récents et sans protection juridique, qui sont les moins aptes à effectuer des parcours lourds.

Le fait de prendre en compte les caractéristiques individuelles pour la définition d'un modèle d'accès aux trajectoires permet de se dégager pour partie de l'effet secteur. Et lorsque dans la suite du travail, sont comparés par secteur les chiffres obtenus par l'application du modèle élaboré sur l'ensemble des secteurs aux chiffres réels, il sera possible de mesurer l'impact du secteur hors effet structure, lié à la composition de la file active.

- **Groupes de patients et probabilités d'accès aux trajectoires**

Pour prendre en compte les 4 variables jugées pertinentes, sont construits sur l'ensemble de l'échantillon les groupes de patients définis simultanément par les 4 variables regroupées selon les choix présentés dans le paragraphe précédent.

Comme sont pris en compte 5 groupes diagnostics, 2 niveaux d'ancienneté, 2 modalités relatives à la protection juridique et 2 groupes d'âge, on obtient 40 groupes de patients ($40 = 5 \times 2 \times 2 \times 2$). Ces groupes de patients sont d'effectifs variables. Ces groupes sont présentés dans le tableau de la page suivante.

Certains groupes de patients ont de forts effectifs, notamment la plupart des groupes constitués de patients récents et sans protection juridique. Les groupes de tailles les plus faibles sont les groupes constitués de patients récents avec une protection juridique. Dans le cas d'effectifs réduits, les probabilités d'accès définies par le modèle seront probablement les moins stables, la loi des grands nombres ne peut s'appliquer et les variations individuelles ne peuvent être lissées. Pour les groupes de taille conséquente, la modélisation sera plus proche de la réalité, d'autant plus que dans le cadre des régressions logistiques, ont été choisies les situations les plus fréquentes pour établir la référence de calcul.

Pour définir les probabilités d'accès aux trajectoires, deux méthodes de régression logistique existent : la régression logistique dichotomique appliquée successivement pour chaque trajectoire et la régression logistique polytomique qui calcule simultanément pour toutes les trajectoires les probabilités d'accès. Les différences entre les deux méthodes sont présentées dans un encadré après le tableau de présentation des groupes.

Tableau n° 43 :
Répartition des patients du 1^{er} échantillon (hors monoconsultants)
dans les groupes définis par les 4 caractéristiques discriminantes

Numéro	Diagnostic	Ancienneté	Age	Protection	Effectif
1	A	00-01 an	60 ans et plus	Oui	58
2	A	00-01 an	60 ans et plus	Non	460
3	A	00-01 an	moins de 60 ans	Oui	8
4	A	00-01 an	moins de 60 ans	Non	66
5	A	2 ans et plus	60 ans et plus	Oui	41
6	A	2 ans et plus	60 ans et plus	Non	116
7	A	2 ans et plus	moins de 60 ans	Oui	20
8	A	2 ans et plus	moins de 60 ans	Non	23
9	B	00-01 an	60 ans et plus	Oui	15
10	B	00-01 an	60 ans et plus	Non	106
11	B	00-01 an	moins de 60 ans	Oui	30
12	B	00-01 an	moins de 60 ans	Non	710
13	B	2 ans et plus	60 ans et plus	Oui	27
14	B	2 ans et plus	60 ans et plus	Non	96
15	B	2 ans et plus	moins de 60 ans	Oui	40
16	B	2 ans et plus	moins de 60 ans	Non	228
17	CGI	00-01 an	60 ans et plus	Oui	29
18	CGI	00-01 an	60 ans et plus	Non	117
19	CGI	00-01 an	moins de 60 ans	Oui	117
20	CGI	00-01 an	moins de 60 ans	Non	777
21	CGI	2 ans et plus	60 ans et plus	Oui	170
22	CGI	2 ans et plus	60 ans et plus	Non	209
23	CGI	2 ans et plus	moins de 60 ans	Oui	427
24	CGI	2 ans et plus	moins de 60 ans	Non	721
25	DF	00-01 an	60 ans et plus	Oui	23
26	DF	00-01 an	60 ans et plus	Non	527
27	DF	00-01 an	moins de 60 ans	Oui	50
28	DF	00-01 an	moins de 60 ans	Non	1774
29	DF	2 ans et plus	60 ans et plus	Oui	52
30	DF	2 ans et plus	60 ans et plus	Non	380
31	DF	2 ans et plus	moins de 60 ans	Oui	76
32	DF	2 ans et plus	moins de 60 ans	Non	591
33	EHJKLinc	00-01 an	60 ans et plus	Oui	25
34	EHJKLinc	00-01 an	60 ans et plus	Non	627
35	EHJKLinc	00-01 an	moins de 60 ans	Oui	30
36	EHJKLinc	00-01 an	moins de 60 ans	Non	2267
37	EHJKLinc	2 ans et plus	60 ans et plus	Oui	28
38	EHJKLinc	2 ans et plus	60 ans et plus	Non	243
39	EHJKLinc	2 ans et plus	moins de 60 ans	Oui	34
40	EHJKLinc	2 ans et plus	moins de 60 ans	Non	406

DEUX TYPES DE REGRESSIONS LOGISTIQUES

Pour relier les groupes de patients définis par quatre critères aux profils d'accès aux trajectoires, deux types de régression logistique sont a priori utilisables : la régression logistique dichotomique et les régression logistique polytomique.

La régression logistique dichotomique

Cette forme de régression a été utilisée pour examiner les interférences entre toutes les variables individuelles et la probabilité d'accéder à chaque trajectoire. Un premier encadré méthodologique a été présenté dans le point de présentation de la typologie distinguant patients ponctuels, intermédiaires et permanents. Ainsi pour chaque trajectoire, est réalisée une dichotomie entre les patients qui effectuent la trajectoire étudiée et ceux qui ne l'effectuent pas. Cette étape a permis d'observer les facteurs les plus discriminants pour chacune des trajectoires et d'en déduire, pour l'ensemble, les facteurs les plus lourdement et fréquemment discriminants.

Dans l'étape suivante, qui à chaque groupe de patients – défini simultanément par les 4 critères les plus pertinents – associe un profil d'accès à chaque trajectoire, on peut de nouveau utiliser ce type de régression et déduire pour chacune les probabilités prédites. Cependant la multiplication des régressions (une par trajectoire, donc neuf au total) effectuées séparément et le caractère relativement empirique de la méthode ne garantit pas qu'au bout du compte, l'addition pour un groupe donné des probabilités obtenues dans chaque trajectoire soit égale à un. Pour les groupes les plus proches de la référence, comme pour les groupes de plus gros effectifs, le total des probabilités est généralement assez proche de l'unité, mais c'est plus rare pour les groupes de petits effectifs.

La régression logistique polytomique

Elle a été utilisée pour la seconde étape – celle où l'on relie chaque groupe à un profil d'accès aux trajectoires – car, par cette méthode, on obtient d'emblée pour chaque groupe la probabilité d'entrer dans les 9 trajectoire et par définition le total de probabilités est égal à un. Malheureusement pour que cet ajustement soit effectif, une hypothèse forte est posée, l'hypothèse dite de l'égalité des pentes. Il s'avère que cette hypothèse n'est pas ici vérifiée.

Il a finalement été choisi de retenir la régression logistique dichotomique, pour diverses raisons :

- L'hypothèse d'égalité des pentes associée à la régression logistique polytomique est trop lourde à supporter ;
- Il est possible d'effectuer des ajustements dans le cas de la régression logistique dichotomique ;
- Les ajustements réalisés ne modifieront sensiblement les résultats que pour certains groupes de patients, or plus de 70 % des patients appartiennent à des groupes pour lesquels le total de probabilités se situe entre 0.95 et 1.05, donc pouvant être considéré comme assez proche de 1.
- Les groupes ne sont ensuite pas considérés individuellement puisque l'on effectue une fusion des groupes en tenant compte de la proximité de leur profil d'accès aux trajectoires. On aboutit ainsi à sept profils généraux d'accès aux trajectoires.

Résultats sur un 1^{er} échantillon, puis sur un 2nd échantillon

Une régression logistique dichotomique est effectuée pour chaque trajectoire, en utilisant comme variables : diagnostic, ancienneté de 1^{ère} visite, âge et protection juridique. Puis sont calculées les probabilités prédites pour chaque groupe de patients.

Tableau n° 44 :
Probabilités prédites pour chaque groupe de patients
d'entrer dans les 9 trajectoires - 1^{er} échantillon (hors monoconsultants)

- % -

Numéro	Trajectoires ponctuelles		Trajectoires intermédiaires				Trajectoires permanentes			Effectif
	Trajec1	Trajec2	Trajec3	Trajec4	Trajec5	Trajec6	Trajec7	Trajec8	Trajec9	
1	9,8	11,7	16,8	12,4	7,7	5,8	6,9	4,6	6,3	58
2	17,5	21,4	13,4	16,1	13,7	8,9	7,1	2,4	0,6	460
3	10,6	14,3	17,8	15,7	5,5	3,5	5,7	6,7	5,9	8
4	18,8	25,4	14,2	20,2	10,0	5,4	5,8	3,5	0,6	66
5	3,5	4,8	14,3	10,5	11,0	13,1	13,1	8,3	27,7	41
6	6,6	9,4	11,3	13,8	19,0	19,3	13,5	4,4	3,5	116
7	3,8	6,0	15,1	13,4	7,9	8,1	10,9	11,9	26,4	20
8	7,1	11,5	12,0	17,4	14,0	12,2	11,2	6,4	3,3	23
9	7,1	17,1	17,6	12,6	6,5	5,3	5,0	5,3	1,9	15
10	13,0	29,7	14,0	16,4	11,7	8,1	5,1	2,8	0,2	106
11	7,7	20,5	18,6	16,0	4,6	3,1	4,1	7,6	1,8	30
12	13,9	34,6	14,9	20,5	8,5	4,9	4,2	4,0	0,2	710
13	2,5	7,3	15,0	10,7	9,3	12,0	9,6	9,5	10,0	27
14	4,7	13,9	11,9	14,0	16,3	17,8	9,9	5,0	1,1	96
15	2,7	8,9	15,8	13,6	6,7	7,4	7,9	13,4	9,4	40
16	5,1	16,8	12,6	17,7	12,0	11,2	8,2	7,3	1,0	228
17	4,9	8,0	13,1	11,3	6,5	6,4	12,6	10,4	6,5	29
18	9,2	15,1	10,3	14,8	11,6	9,8	12,9	5,6	0,7	117
19	5,3	9,8	13,9	14,4	4,6	3,9	10,4	14,7	6,2	117
20	9,9	18,2	11,0	18,6	8,4	6,0	10,7	8,1	0,6	777
21	1,7	3,2	11,1	9,6	9,2	14,4	22,6	17,9	28,5	170
22	3,2	6,3	8,7	12,6	16,2	21,1	23,2	10,0	3,7	209
23	1,8	4,0	11,7	12,3	6,6	9,0	19,1	24,4	27,2	427
24	3,5	7,8	9,2	16,0	11,8	13,5	19,7	14,1	3,5	721
25	9,3	10,1	14,2	14,0	7,1	7,5	7,3	6,3	2,1	23
26	16,6	18,8	11,3	18,2	12,7	11,3	7,5	3,3	0,2	527
27	10,0	12,4	15,0	17,7	5,1	4,5	5,9	9,1	2,0	50
28	17,8	22,4	11,9	22,6	9,2	7,0	6,1	4,8	0,2	1774
29	3,3	4,1	12,0	12,0	10,2	16,5	13,7	11,3	10,8	52
30	6,2	8,1	9,5	15,6	17,7	23,9	14,1	6,1	1,1	380
31	3,5	5,1	12,7	15,2	7,3	10,4	11,4	15,8	10,2	76
32	6,7	9,9	10,0	19,6	13,0	15,5	11,8	8,7	1,1	591
33	15,1	7,8	6,9	17,0	8,4	6,4	6,2	3,4	2,0	25
34	25,8	14,8	5,4	21,8	14,9	9,7	6,4	1,8	0,2	627
35	16,2	9,6	7,3	21,3	6,0	3,8	5,1	5,0	1,9	30
36	27,4	17,9	5,7	26,9	10,8	5,9	5,3	2,6	0,2	2267
37	5,6	3,1	5,8	14,6	11,9	14,3	11,9	6,3	10,6	28
38	10,3	6,2	4,5	18,8	20,4	21,0	12,3	3,3	1,1	243
39	6,0	3,9	6,1	18,4	8,6	8,9	9,8	9,0	10,0	34
40	11,1	7,6	4,8	23,4	15,2	13,4	10,1	4,8	1,1	406

On constate effectivement une certaine diversité entre les groupes, qui s'exerce logiquement plus fortement sur les trajectoires situées aux deux extrêmes du spectre. En revanche, les écarts sont moins larges pour les probabilités d'accéder à des trajectoires intermédiaires.

Pour tester la solidité de ces profils d'accès par groupes, un 2nd échantillon de données a été constitué selon les mêmes règles que le 1^{er}. Sont présentées dans l'encadré des pages suivantes, les caractéristiques de ce second échantillon. Dans le tableau suivant figurent les résultats obtenus selon la même méthode sur ce 2nd échantillon.

Tableau n° 45 :
Probabilités prédites pour chaque groupe de patients
d'entrer dans les 9 trajectoires – 2nd échantillon (hors monoconsultants)

- % -

Numéro	Trajectoires ponctuelles		Trajectoires intermédiaires				Trajectoires permanentes			Effectif
	Trajec1	Trajec2	Trajec3	Trajec4	Trajec5	Trajec6	Trajec7	Trajec8	Trajec9	
1	9,9	14,9	15,6	10,8	9,6	4,6	4,5	5,8	12,4	65
2	18,1	22,0	13,5	16,6	14,2	6,9	5,3	3,5	1,4	374
3	9,9	18,2	15,8	14,6	6,4	2,7	3,9	7,7	11,0	7
4	18,2	26,4	13,7	21,8	9,6	4,1	4,6	4,7	1,2	63
5	3,9	5,5	11,4	10,8	14,7	9,4	10,4	8,8	30,3	42
6	7,5	8,5	9,8	16,5	21,1	13,8	12,2	5,3	4,2	95
7	3,9	6,9	11,5	14,5	10,0	5,6	9,2	11,5	27,4	14
8	7,5	10,6	9,9	21,7	14,7	8,4	10,8	7,1	3,6	18
9	6,8	21,2	21,9	9,1	6,5	3,9	3,5	6,6	4,8	6
10	12,8	30,2	19,2	14,1	9,7	5,9	4,2	4,0	0,5	92
11	6,8	25,5	22,1	12,4	4,3	2,3	3,1	8,8	4,2	48
12	12,9	35,5	19,4	18,8	6,5	3,5	3,7	5,4	0,4	756
13	2,6	8,2	16,3	9,1	10,1	8,0	8,4	9,9	13,3	22
14	5,1	12,5	14,1	14,1	14,9	11,9	9,9	6,1	1,5	51
15	2,6	10,2	16,4	12,3	6,8	4,8	7,4	13,0	11,8	45
16	5,1	15,4	14,3	18,7	10,1	7,2	8,7	8,1	1,3	224
17	4,4	9,0	14,5	9,0	5,5	6,3	9,3	15,5	13,9	23
18	8,5	13,7	12,5	13,9	8,4	9,5	10,9	9,7	1,6	110
19	4,4	11,1	14,6	12,2	3,6	3,7	8,2	19,9	12,3	137
20	8,5	16,8	12,7	18,5	5,5	5,6	9,6	12,7	1,4	800
21	1,7	3,2	10,5	8,9	8,7	12,7	20,4	22,2	33,1	134
22	3,3	5,0	9,0	13,8	12,9	18,5	23,4	14,3	4,7	197
23	1,7	4,0	10,6	12,1	5,8	7,7	18,2	27,9	30,1	305
24	3,3	6,3	9,1	18,4	8,7	11,4	21,0	18,5	4,1	620
25	9,9	11,5	13,7	11,5	6,7	8,0	6,1	8,2	4,6	9
26	18,2	17,3	11,9	17,5	10,0	11,9	7,2	5,0	0,5	360
27	10,0	14,2	13,9	15,4	4,4	4,7	5,4	10,8	4,1	50
28	18,3	21,1	12,0	23,0	6,7	7,1	6,3	6,7	0,4	1350
29	3,9	4,1	9,9	11,4	10,4	15,8	13,9	12,2	13,0	27
30	7,5	6,5	8,5	17,4	15,3	22,5	16,2	7,6	1,5	244
31	3,9	5,2	10,0	15,3	7,0	9,7	12,3	15,9	11,5	52
32	7,6	8,1	8,6	22,9	10,4	14,3	14,4	10,0	1,3	388
33	16,1	11,0	8,9	13,7	7,0	5,7	4,8	4,1	4,7	21
34	27,9	16,6	7,6	20,7	10,4	8,5	5,7	2,4	0,5	443
35	16,1	13,5	9,0	18,3	4,6	3,3	4,2	5,5	4,1	52
36	28,0	20,2	7,7	26,8	6,9	5,1	5,0	3,3	0,4	1905
37	6,5	3,9	6,3	13,7	10,8	11,5	11,1	6,2	13,1	23
38	12,4	6,2	5,4	20,6	15,8	16,8	13,0	3,7	1,5	166
39	6,6	4,9	6,4	18,2	7,2	6,9	9,8	8,2	11,6	41
40	12,4	7,7	5,5	26,7	10,8	10,3	11,5	5,0	1,3	337

LE 2ND ECHANTILLON

Les règles de construction du 2nd échantillon sont les mêmes que pour le 1^{er}. On a d'une part respecté la distribution générale des secteurs selon les différents types. Puis un patient sur quatre a été tiré de manière aléatoire.

Le tirage des secteurs du 2nd échantillon a aussi été effectué en veillant à ce que les éléments à notre disposition concernant la qualité des données (cohérence avec les données issues des rapports de secteur pour le nombre de patients en 1995 et bon taux de renseignement de la variable diagnostic) soient les meilleurs possibles. Mais dans la mesure où les « meilleurs » avaient été choisis pour le 1^{er} échantillon, les 36 secteurs retenus dans ce second échantillon sont déjà moins satisfaisants au regard de nos critères de qualité.

A la différence du 1^{er} échantillon, il n'a pas été procédé à une vérification au moment de la définition du tirage au 1/4 de la conformité des données des patients dans le cas d'une saisie journalière. L'application des règles DGS a constitué la seule vérification.

Finalement 2 secteurs initialement retenus dans ce 2nd échantillon ont été ensuite exclus dans le cadre d'examen plus approfondis, car ils présentaient des résultats trop singuliers. Le 2nd échantillon concerne donc finalement 36 secteurs.

Après application des règles DGS, l'effectif des patients du second échantillon est 16 152.

On a défini comme dans le premier échantillon, une base contenant tous les individus dont la première prise en charge s'entame au plus tard en janvier 1995, de manière à disposer des informations sur 12 mois à compter du 1^{er} mois de prise en charge, pour chaque patient.

Il apparaît que 12 252 patients entrent dans cette base. Enfin lorsqu'on retire de cette base les patients mono-consultants, la population d'étude des trajectoires compte 9716 patients.

Comparatif entre 1^{er} échantillon et 2nd échantillon en termes d'effectifs d'échantillons d'étude

Informations	1 ^{er} échantillon	2 nd échantillon
Nombre de secteurs	38	36
Nombre de patients au total	20 699	16 684
Nombre de patients dont les prises en charge respectent les règles DGS	20 245	16 152
Nombre de patients observables sur 12 mois à compter du 1 ^{er} mois où apparaît une prise en charge :	15 584	12 252
- dont patients monoconsultants	3 840	2 536
- dont patients non monoconsultants	11 744	9 716

LES SECTEURS RETENUS DANS LE 2ND ECHANTILLON CONSTRUIT

Secteur	Diff/file active RAS95	Diagno manqts	File active 3 ans	Effectif échant. au 1/4	Commentaire	Qualité
CLASSE 1 : SECTEURS « PLUTOT HOPITAL TEMPS PLEIN »						
N° 25	3 %	32 %	3689	940	saisie journalière	*
N°71	4 %	19 %	1063	263	saisie journalière	**
N° 95	0 %	3 %	2119	532	saisie journalière	***
N° 107	4 %	24 %	1570	394	saisie journalière	*
N°203	4 %	32 %	1553	389	saisie mensuelle	*
N° 214	<i>nr</i>	28 %	2723	674	saisie journalière	*
N° 279	<i>nr</i>	29 %	939	240	saisie journalière	*
CLASSE 2 : SECTEURS « PLUTOT CONSULTATION »						
N° 21	0 %	3 %	1412	349	saisie journalière	***
N°43	0 %	6 %	2716	686	saisie journalière	***
N° 74	0 %	35 %	2631	669	saisie mensuelle	*
N°82	3 %	4 %	2449	615	saisie mensuelle	***
N° 202	2 %	0 %	1614	402	saisie mensuelle et journalière	***
N° 250	0 %	2 %	1189	295	saisie journalière	***
N° 260	0 %	13 %	1824	451	saisie journalière	**
CLASSE 3 : SECTEURS PLUTOT HOPITAL DE JOUR						
N° 11	0 %	0 %	1069	264	saisie mensuelle et journalière	***
N° 32	<i>nr</i>	29 %	663	173	saisie journalière	*
N° 42	<i>nr</i>	0 %	658	173	saisie journalière	***
N° 50	4 %	36 %	1001	251	saisie journalière	*
N° 98	15 %	10 %	1100	269	saisie mensuelle	*

LES SECTEURS RETENUS DANS LE 2ND ECHANTILLON CONSTRUIT (SUITE)

Secteur	Diff/file active RAS95	Diagno manquants	File active 3 ans	Effectif échant. au 1/4	Commentaire	Qualité 1
CLASSES 4,5,6 : « AUTRES » SECTEURS						
N° 91	0 %	29 %	2057	517	saisie mensuelle	*
N° 209	0 %	15 %	2659	674	saisie journalière	**
N° 224	2 %	35 %	1924	480	saisie journalière	*
N° 230	0 %	28 %	2204	552	saisie mensuelle	*
N° 271	<i>nr</i>	8 %	3257	830	saisie journalière	***
N° 3	0 %	0 %	1178	292	saisie mensuelle	***
N° 73	0 %	0 %	1338	332	saisie mensuelle	***
N° 84	0 %	5 %	2144	537	saisie mensuelle	***
N° 108	0 %	4 %	1905	476	saisie journalière	***
N° 252	0 %	9 %	1247	309	saisie journalière	***
N° 6	0 %	6 %	1890	475	saisie mensuelle	***
N° 44	1 %	27 %	2419	541	saisie journalière	*
N° 20	0 %	1 %	1986	496	saisie journalière	***
N° 55	3 %	2 %	2971	753	saisie mensuelle	***
N° 57	1 %	1 %	2523	632	saisie mensuelle	***
N° 94	0 %	1 %	1659	413	saisie journalière	***
N° 100	0 %	1 %	1347	333	saisie mensuelle	***
TOTAL				16684		

EXPLICATION QUALITE :

Cet indicateur est différent de celui utilisé pour le premier échantillon. Il combine les résultats de la comparaison avec les rapports de secteurs de 1995 sur le plan du nombre de patients et du relevé de la part de diagnostics manquants.

*** : moins de 10 % de différence sur le nombre de patients décrits par notre fichier et celui des RAS pour l'année 1995 et moins de 10 % de diagnostics manquants.

** : moins de 10 % de différence sur le nombre de patients décrits par notre fichier et celui des RAS pour l'année 1995 et de 10 à 20 % de diagnostics manquants.

* : plus de 10 % de différence sur le nombre de patients décrits par notre fichier et celui des RAS pour l'année 1995 ou 20 % au moins de diagnostics manquants.

Remarque : 6 secteurs sur les 36 de cet échantillon sont rattachés à des établissements généraux, ils figurent dans les différents types de secteur, sauf dans les secteurs dits hôpital temps plein.

Comparaison des résultats obtenus dans chacun des échantillons

A première vue, les résultats obtenus dans les deux échantillons ne sont pas fondamentalement différents, les ordres de grandeur restent dans l'ensemble très comparables. Cependant, deux méthodes ont été utilisées pour comparer plus précisément les résultats obtenus dans les deux échantillons.

La première méthode consiste tout simplement à comparer terme à terme la probabilité obtenue dans le 1^{er}, puis le 2nd échantillon, en évaluant en % la part de variation. Les résultats ont été dits très différents lorsque ce % de variation excédait la valeur de 20 et que ce % de variation fournissait un écart d'au moins 1 point entre les deux probabilités

Les résultats sont présentés par trajectoire dans les pages suivantes. Pour 102 des probabilités définies, un écart sensible est à considérer, soit un peu plus d'une probabilité sur 4 (En effet, il y a 9 probabilités pour 40 groupes, $4 \times 90 = 360$).

Si on analyse les probabilités par trajectoire : sur la 1^{ère} trajectoire, on note peu d'écarts. Ils sont peu nombreux, si l'on exclut les groupes de faibles effectifs, pour les trajectoires 2, 4 et 7. Pour la trajectoire 3, les écarts restent maîtrisables, sauf pour les groupes 10 et 12.

Les écarts sont plus nombreux et/ou plus lourds pour les trajectoires 5, 6, 8 et 9 : les trajectoires 5 et 6 sont sous-représentées pour les patients du 2nd échantillon ; les trajectoires 8 et 9 sont surreprésentées dans le second échantillon.

Les groupes posant les problèmes les plus importants sont une fois sur deux les groupes de diagnostics CGI, qui sont moins nombreux dans le 2nd échantillon pour les trajectoires 5 et plus nombreux pour les trajectoires 8. Les groupes de diagnostic "EHJKLinconnu" sont essentiellement sous-représentés dans les trajectoires 5 et 6. Les écarts concernant d'autres groupes diagnostics sont plus épars.

La seconde méthode consiste à calculer un taux de corrélation des probabilités observées pour chaque groupe et pour chaque trajectoire entre le 1^{er} et le 2nd échantillon. Il apparaît clairement que les ordres de grandeur sont respectés entre les échantillons.

Les taux de corrélation sont présentés pour chaque trajectoire dans le tableau ci-dessous :

Trajectoires	Taux de corrélation entre les probabilités de chaque groupe entre le 1 ^{er} et le 2 nd échantillon
Trajectoire 1	0.9931
Trajectoire 2	0.9742
Trajectoire 3	0.8733
Trajectoire 4	0.9119
Trajectoire 5	0.8827
Trajectoire 6	0.9602
Trajectoire 7	0.9689
Trajectoire 8	0.9652
Trajectoire 9	0.9814

Les graphiques représentant pour chaque trajectoire les probabilités d'accès de chaque groupe dans les 2 échantillons figurent après les tableaux.

Tableau n° 46 :
Groupes aux différences les plus importantes entre probabilités du 1^{er} et du 2nd échantillons
dans chaque trajectoire

Trajectoire 1	Proba 1^{er} echant.	Proba 2nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 30	0.0619	0.0751	0.0133	21.4206
Groupe 38	0.1029	0.1236	0.0207	20.1311
Trajectoire 2	Proba 1^{er} echant.	Proba 2nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 1	0.1174	0.1487	0.0313	26.6445
Groupe 3*	0.1428	0.1818	0.0390	27.3280
Groupe 9*	0.1711	0.2117	0.0406	23.7571
Groupe 11*	0.2053	0.2546	0.0493	24.0165
Groupe 22	0.0632	0.0500	-0.0132	-20.8543
Groupe 33*	0.0782	0.1097	0.0315	40.2810
Groupe 35	0.0960	0.1355	0.0395	41.1237
Groupe 39*	0.0388	0.0493	0.0105	27.0422
Trajectoire 3	Proba 1^{er} echant.	Proba 2nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 5*	0.1431	0.1137	-0.0294	-20.5254
Groupe 7*	0.1513	0.1150	-0.0363	-23.9791
Groupe 9*	0.1760	0.2188	0.0428	24.3035
Groupe 10	0.1404	0.1916	0.0511	36.4153
Groupe 12	0.1485	0.1936	0.0451	30.3321
Groupe 18	0.1035	0.1251	0.0216	20.8695
Groupe 31	0.1274	0.1004	-0.0270	-21.1872
Groupe 33*	0.0691	0.0890	0.0199	28.7719
Groupe 34	0.0537	0.0763	0.0226	42.0874
Groupe 35	0.0734	0.0900	0.0166	22.6042
Groupe 36	0.0571	0.0772	0.0201	35.1639
Trajectoire 4	Proba 1^{er} echant.	Proba 2nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 8*	0.1740	0.2175	0.0435	24.9702
Groupe 9*	0.1261	0.0913	-0.0348	-27.6131
Groupe 11*	0.1597	0.1237	-0.0360	-22.5293
Groupe 17*	0.1131	0.0897	-0.0235	-20.7416
Trajectoire 5	Proba 1^{er} echant.	Proba 2nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 1	0.0774	0.0962	0.0188	24.2938
Groupe 5*	0.1100	0.1470	0.0370	33.6680
Groupe 7*	0.0792	0.0998	0.0206	25.9855
Groupe 12	0.0845	0.0649	-0.0196	-23.1902
Groupe 18	0.1159	0.0835	-0.0324	-27.9542
Groupe 20	0.0836	0.0553	-0.0283	-33.8054
Groupe 22	0.1619	0.1286	-0.0333	-20.5688
Groupe 24	0.1185	0.0867	-0.0318	-26.8643
Groupe 26	0.1271	0.1001	-0.0269	-21.1873
Groupe 28	0.0920	0.0668	-0.0252	-27.3983
Groupe 32	0.1299	0.1039	-0.0260	-20.0273
Groupe 34	0.1485	0.1039	-0.0446	-30.0582
Groupe 35	0.0602	0.0459	-0.0143	-23.7760
Groupe 36	0.1083	0.0694	-0.0389	-35.9187
Groupe 38	0.2044	0.1581	-0.0464	-22.6878
Groupe 40*	0.1517	0.1077	-0.0440	-29.0013

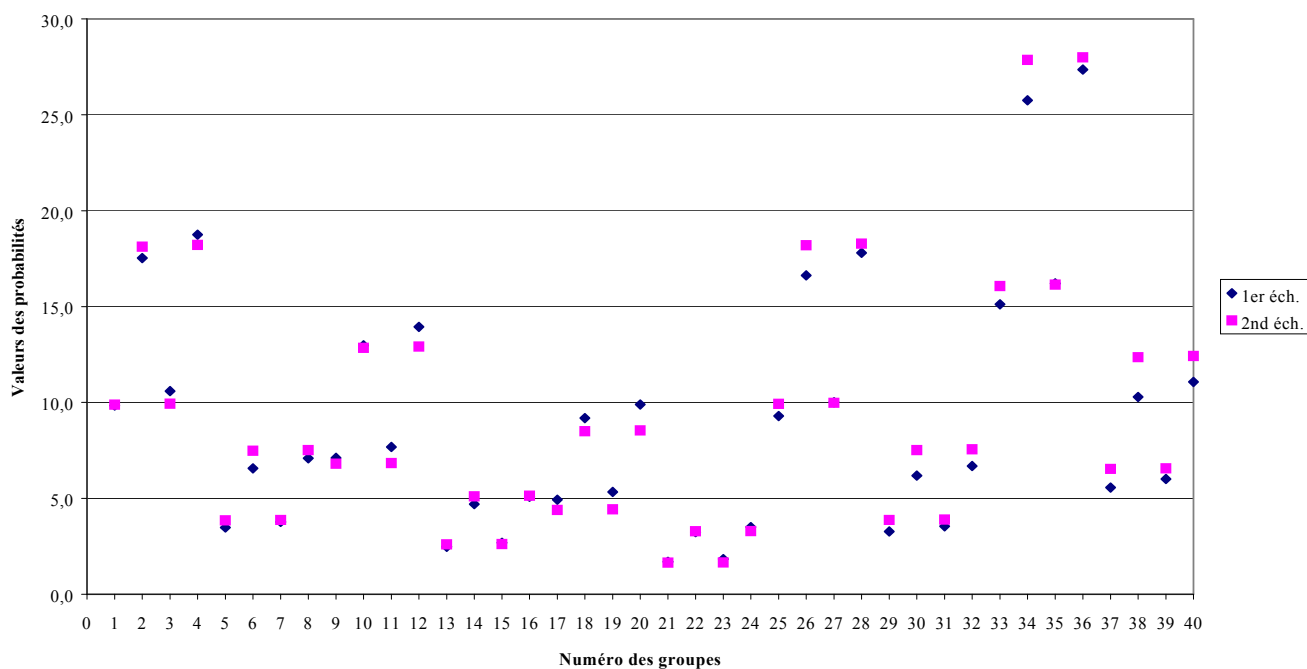
* signifie que le groupe est de faible effectif, autrement dit que dans chaque échantillon, le nombre de patients du groupe est inférieur à 50.

Tableau n°46 (suite)

Trajectoire 6	Proba 1 ^{er} echant.	Proba 2 nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 1	0.0577	0.0458	-0.0119	-20.6088
Groupe 2	0.0885	0.0692	-0.0193	-21.7911
Groupe 4	0.0537	0.0407	-0.0130	-24.1652
Groupe 5*	0.1307	0.0939	-0.0368	-28.1400
Groupe 6	0.1925	0.1384	-0.0542	-28.1330
Groupe 7*	0.0808	0.0559	-0.0249	-30.8335
Groupe 8*	0.1223	0.0840	-0.0383	-31.3419
Groupe 9*	0.0526	0.0389	-0.0137	-26.0465
Groupe 10	0.0810	0.0591	-0.0219	-27.0877
Groupe 12	0.0490	0.0346	-0.0144	-29.3894
Groupe 13*	0.1201	0.0804	-0.0396	-33.0087
Groupe 14	0.1779	0.1194	-0.0586	-32.9170
Groupe 15*	0.0739	0.0476	-0.0263	-35.6070
Groupe 16	0.1123	0.0718	-0.0405	-36.0441
Groupe 38	0.2096	0.1676	-0.0421	-20.0710
Groupe 39*	0.0890	0.0690	-0.0200	-22.4537
Groupe 40	0.1343	0.1031	-0.0312	-23.2071
Trajectoire 7	Proba 1 ^{er} echant.	Proba 2 nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 1	0.0691	0.0446	-0.0245	-35.4611
Groupe 2	0.0714	0.0528	-0.0186	-26.0488
Groupe 3*	0.0566	0.0390	-0.0176	-31.0705
Groupe 4	0.0585	0.0462	-0.0123	-20.9676
Groupe 5*	0.1314	0.1042	-0.0272	-20.7023
Groupe 9*	0.0496	0.0355	-0.0141	-28.5007
Groupe 17*	0.1257	0.0931	-0.0326	-25.9677
Groupe 19	0.1041	0.0819	-0.0222	-21.3009
Groupe 32	0.1175	0.1439	0.0263	22.4116
Groupe 33*	0.0622	0.0480	-0.0142	-22.8166
Trajectoire 8	Proba 1 ^{er} echant.	Proba 2 nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 1	0.0462	0.0582	0.0120	25.9029
Groupe 2	0.0241	0.0350	0.0109	45.4352
Groupe 4	0.0352	0.0469	0.0117	33.1249
Groupe 9*	0.0528	0.0663	0.0135	25.6749
Groupe 10	0.0276	0.0400	0.0125	45.1931
Groupe 12	0.0403	0.0535	0.0133	32.8893
Groupe 14	0.0505	0.0608	0.0103	20.4523
Groupe 17*	0.1043	0.1550	0.0507	48.5854
Groupe 18	0.0560	0.0972	0.0413	73.7392
Groupe 19	0.1470	0.1992	0.0522	35.4716
Groupe 20	0.0807	0.1275	0.0468	57.9828
Groupe 21	0.1792	0.2216	0.0424	23.6646
Groupe 22	0.1000	0.1433	0.0432	43.2033
Groupe 24	0.1413	0.1849	0.0436	30.8275
Groupe 25*	0.0633	0.0823	0.0190	30.0120
Groupe 26	0.0333	0.0501	0.0168	50.4268
Groupe 28	0.0485	0.0667	0.0182	37.5675
Groupe 30	0.0606	0.0756	0.0150	24.7266
Trajectoire 9	Proba 1 ^{er} echant.	Proba 2 nd echant.	Différence	% de la différence
Groupe 1	0.0630	0.1240	0.0610	96.8094
Groupe 3*	0.0594	0.1095	0.0501	84.3970
Groupe 9*	0.0191	0.0477	0.0286	149.8361
Groupe 11*	0.0180	0.0417	0.0238	132.3471
Groupe 13*	0.0998	0.1333	0.0336	33.6384
Groupe 15*	0.0943	0.1179	0.0237	25.0850
Groupe 17*	0.0653	0.1389	0.0736	112.6573
Groupe 19	0.0616	0.1230	0.0614	99.6135
Groupe 22	0.0368	0.0473	0.0104	28.3839
Groupe 25*	0.0208	0.0465	0.0257	123.7166
Groupe 27	0.0195	0.0406	0.0211	108.0015
Groupe 29	0.1078	0.1302	0.0224	20.8128
Groupe 33*	0.0204	0.0468	0.0264	129.5455
Groupe 35	0.0192	0.0410	0.0218	113.4356
Groupe 37*	0.1060	0.1311	0.0251	23.6798

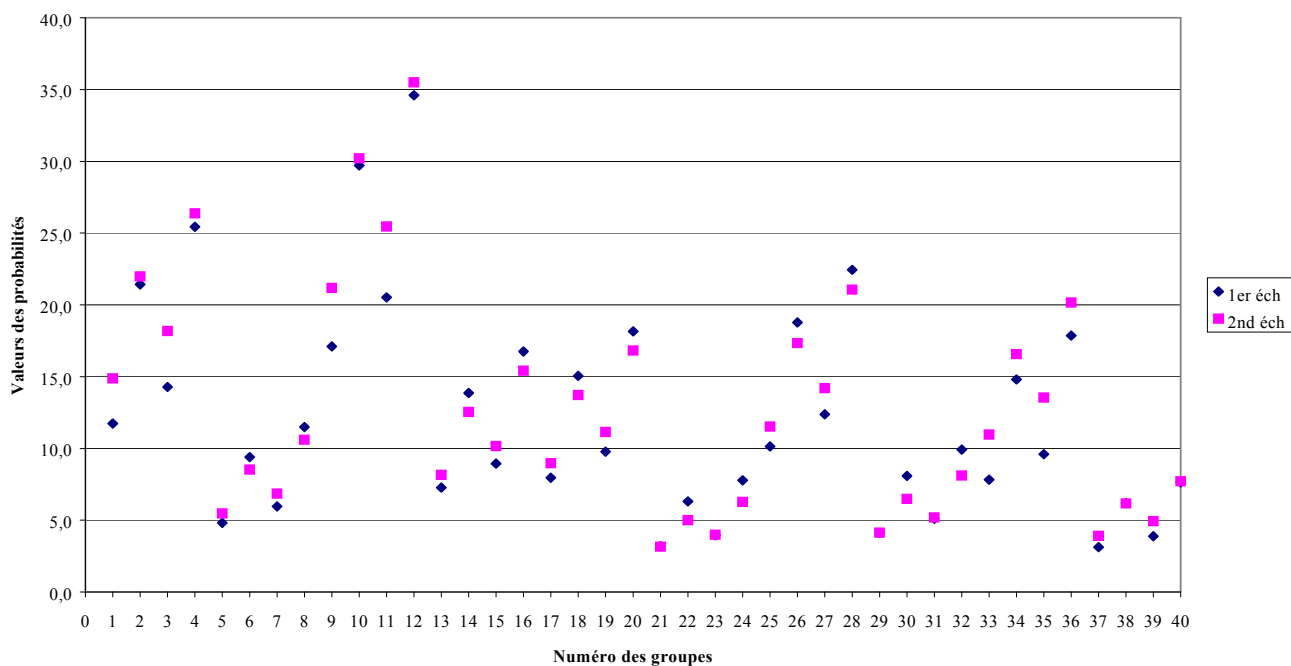
Graphique n° 15 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires ponctuelles tout ambulatoire dans les deux échantillons

Pour la trajectoire 1



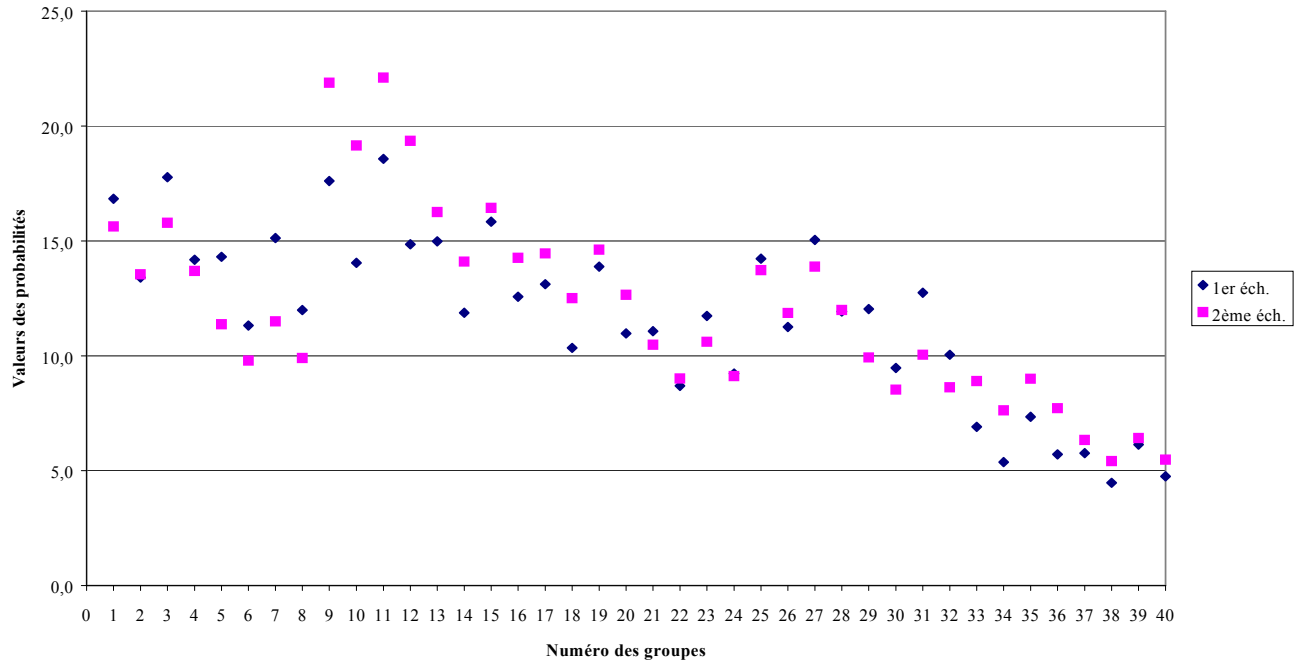
Graphique n° 16 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires ponctuelles non tout ambulatoire dans les deux échantillons

Pour la trajectoire 2



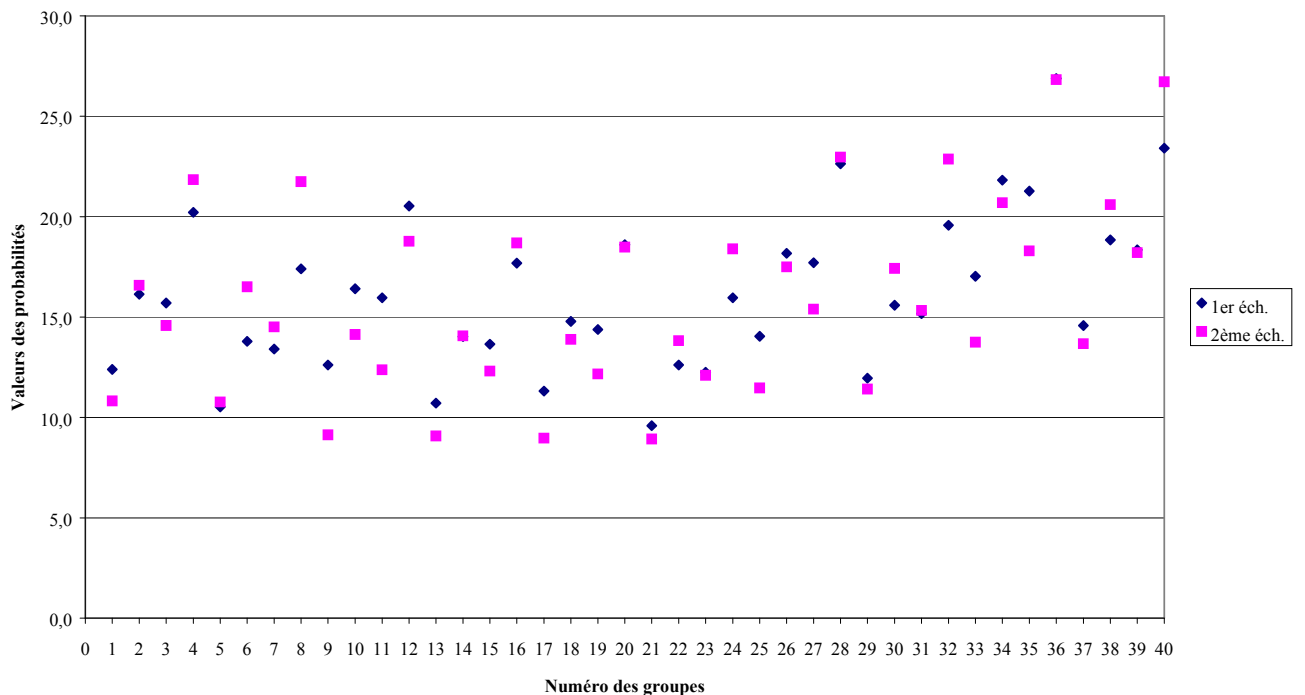
Graphique n° 17 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires intermédiaires de lourde densité (6 aj et +/-mois) dans les deux échantillons

Pour les trajectoires 3



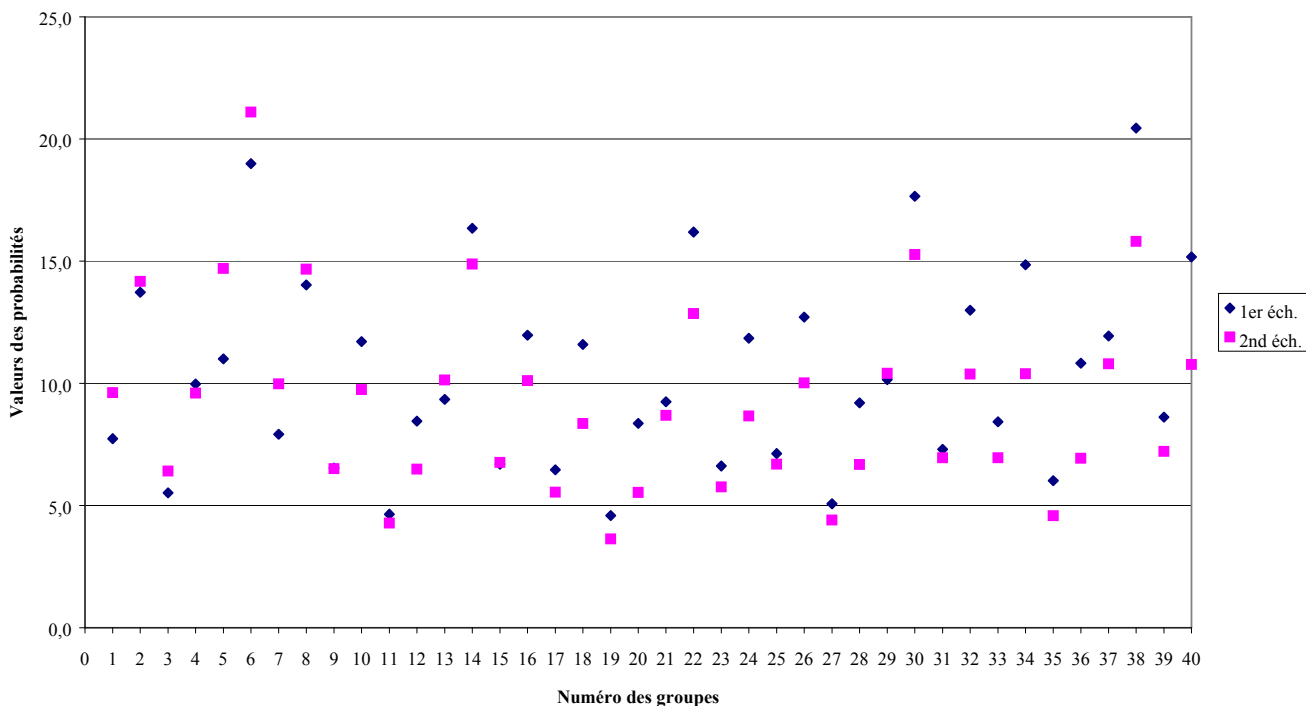
Graphique n° 18 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires intermédiaires de densité moyenne (2 à 5 aj/mois) dans les deux échantillons

Pour les trajectoires 4



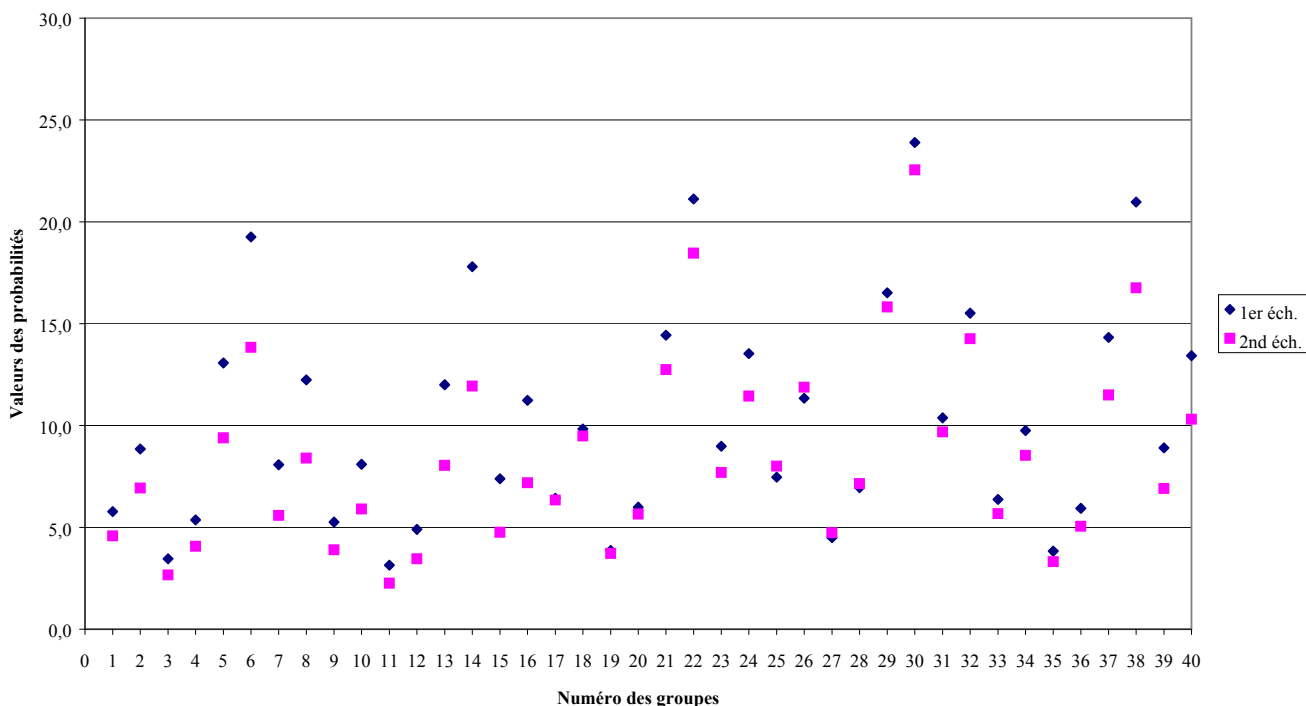
Graphique n° 19 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires intermédiaires d'1 aj sur 2 à 4 mois dans les deux échantillons

Pour les trajectoires 5



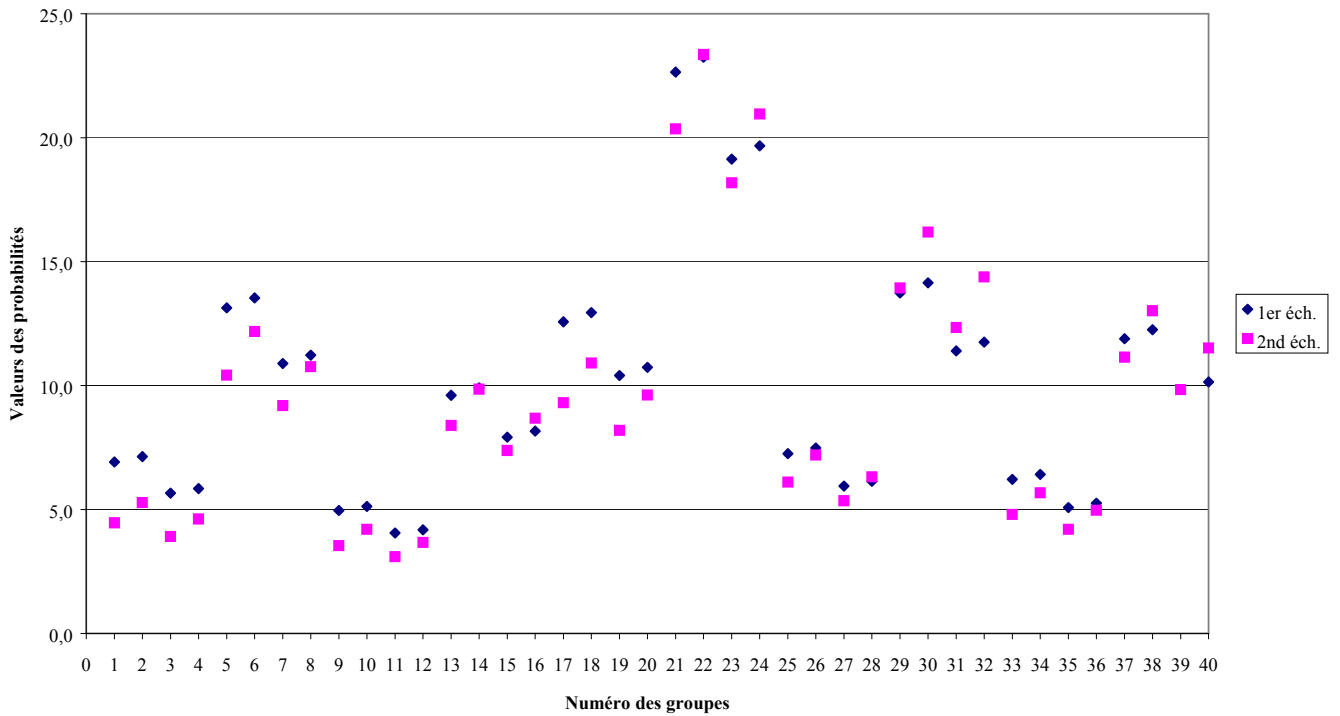
Graphique n° 20 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires intermédiaires d'1 aj sur 5 à 10 mois dans les deux échantillons

Pour les trajectoires 6



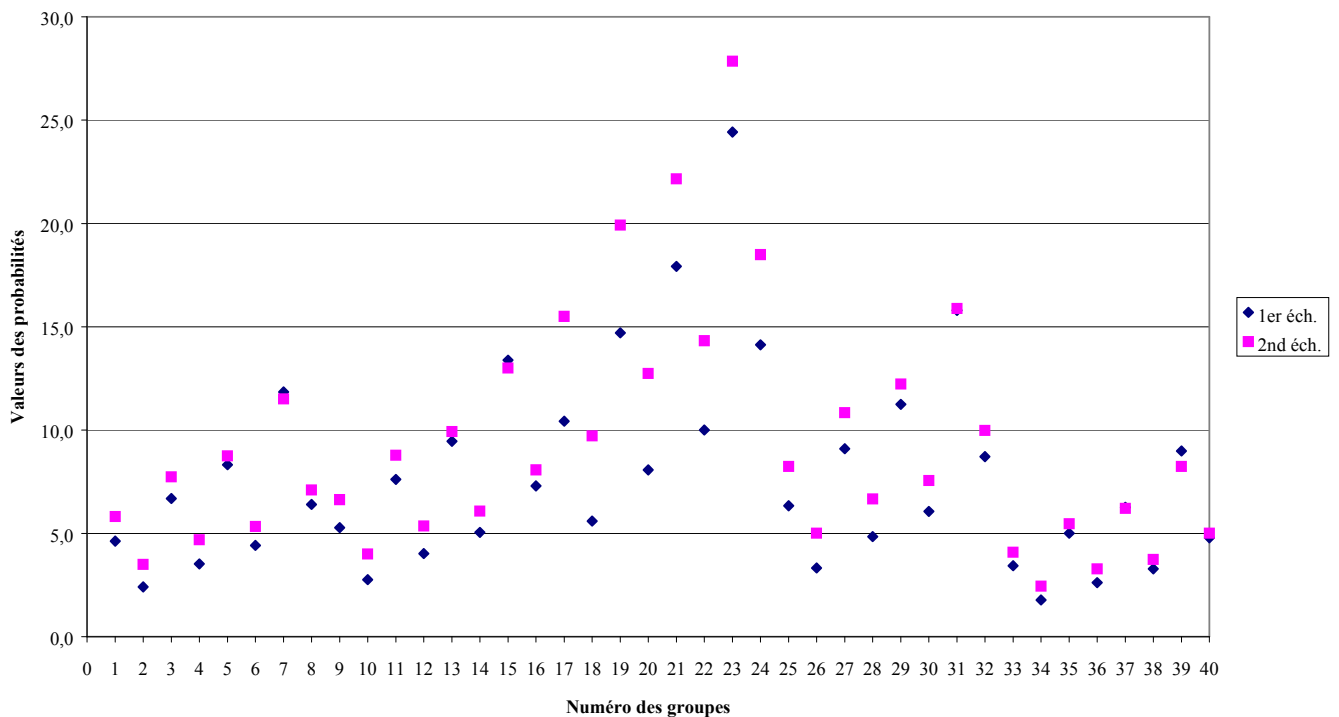
Graphique n° 21 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires permanentes comptant au plus 60 actes-jours dans les deux échantillons

Pour les trajectoires 7

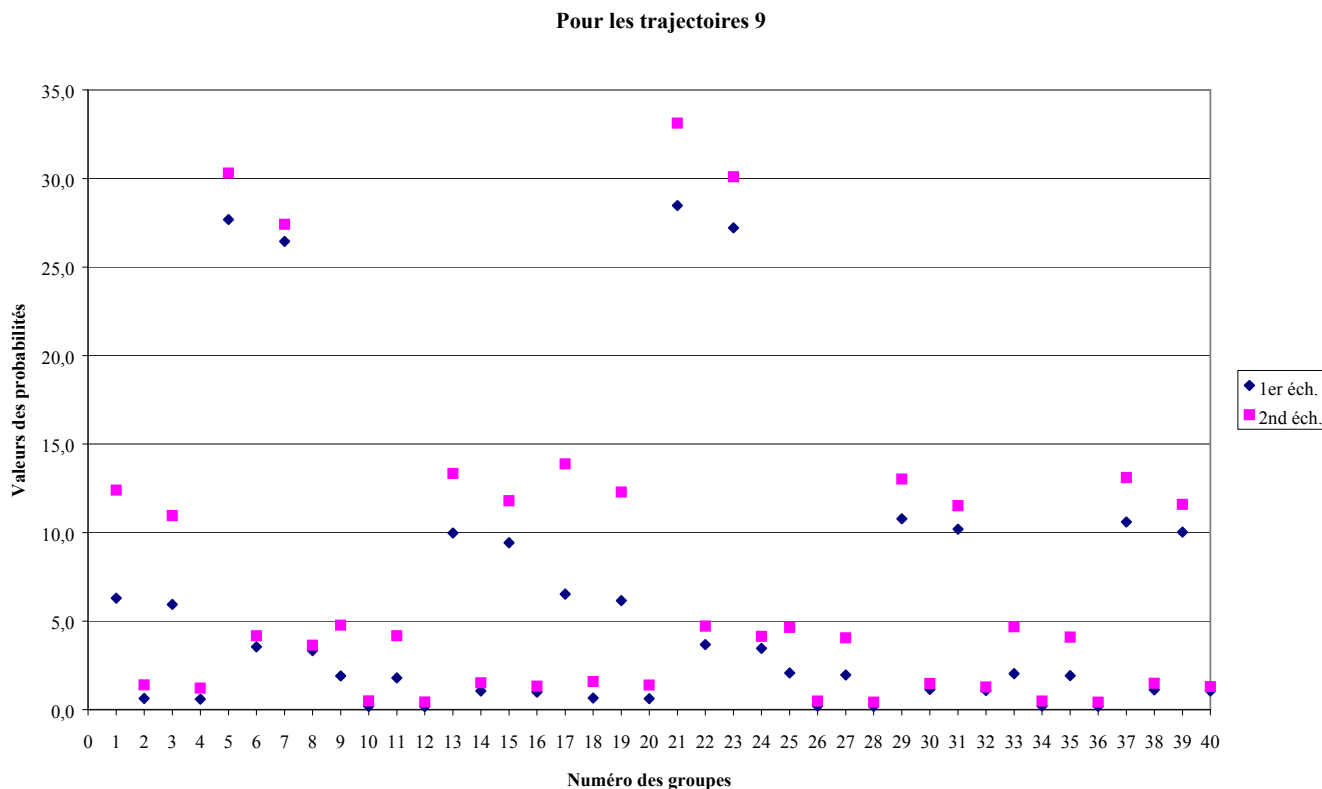


Graphique n° 22 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires permanentes comptant entre 60 et 300 actes-jours dans les deux échantillons

Pour les trajectoires 8



Graphique n° 23 : Présentation pour chaque groupe des probabilités d'accès (%) aux trajectoires permanentes comptant 300 actes-jours ou plus dans les deux échantillons



En conclusion, s'il semble que les résultats varient d'un échantillon à l'autre, ces variations ne remettent pas en cause les profils généraux de chaque groupe, ce que montrent les taux de corrélation calculés. Pour stabiliser notre modèle, il a été décidé de définir les probabilités d'accès en traitant conjointement les 2 échantillons. Ainsi les probabilités seront définies pour un total de 74 secteurs (38 du 1^{er} échantillon, 36 du 2nd échantillon) pour 21 460 patients, toujours à l'exclusion des patients monoconsultants.

Résultats obtenus sur la totalité des 2 échantillons

Les probabilités prédites brutes obtenues sur la totalité des 2 échantillons sont ensuite ajustées de manière à obtenir un total de probabilités égal à 1 pour les 40 groupes de patients. On note qu'en utilisant l'ensemble des données figurant dans les 2 échantillons, un certain nombre de groupes demeurent cependant de faible effectif. Or on peut noter des similitudes entre les profils de certains groupes.

Exemple

les probabilités établies pour les groupes n°34 et n°36 présentent des profils très ressemblants. On peut les opposer aux profils des groupes n°21 et n°23.

Par conséquent, il a été procédé à une analyse en composantes principales sur les 9 probabilités prédites ajustées (analyse pondérée par les effectifs de chaque groupe) de manière à identifier les principaux profils. Par cette analyse, on obtient une typologie en 7 classes.

Tableau n°47 : Probabilités prédites et ajustées pour chaque groupe de patients d'entrer dans les 9 trajectoires – 1^{er} et 2nd échantillons totalisés (hors monoconsultants)

- % -

Numéro	Trajectoires ponctuelles		Trajectoires intermédiaires				Trajectoires permanentes			Effectif
	Trajec1	Trajec2	Trajec3	Trajec4	Trajec5	Trajec6	Trajec7	Trajec8	Trajec9	
1	11,6	15,6	19,1	13,7	10,0	6,1	6,7	6,1	11,1	123
2	17,5	21,4	13,3	16,1	13,8	7,9	6,2	2,9	1,0	834
3	11,7	18,3	19,2	17,1	6,7	3,5	5,4	8,2	9,8	15
4	17,8	24,8	13,5	20,1	9,4	4,6	5,1	3,9	0,9	129
5	3,5	4,9	12,2	10,1	11,9	10,8	11,3	8,0	27,3	83
6	7,0	9,0	10,6	15,0	20,0	16,8	13,0	4,8	3,8	211
7	3,8	6,3	13,2	13,6	8,6	6,8	9,9	11,4	26,5	34
8	7,7	11,7	11,6	20,3	15,1	11,0	11,7	7,1	3,7	41
9	8,5	23,5	24,3	13,4	8,0	5,7	5,3	7,3	4,0	21
10	12,8	29,7	16,3	15,2	10,7	7,0	4,7	3,3	0,3	198
11	8,4	26,4	23,6	16,3	5,1	3,1	4,1	9,5	3,4	78
12	12,7	33,1	16,1	18,6	7,1	4,0	3,7	4,5	0,3	1466
13	2,9	9,1	18,3	11,5	11,2	11,8	10,5	11,2	13,5	49
14	5,2	14,4	14,0	15,1	16,9	16,3	10,7	6,0	1,4	147
15	3,1	11,2	19,1	15,1	7,8	7,1	8,9	15,3	12,5	85
16	5,6	17,9	15,0	20,0	12,2	10,3	9,3	8,5	1,3	452
17	5,6	10,2	16,5	12,2	7,2	7,6	13,2	15,4	12,1	52
18	9,9	16,1	12,7	16,2	11,3	10,8	13,5	8,4	1,2	227
19	5,6	12,0	16,5	15,3	4,8	4,3	10,8	20,0	10,7	254
20	10,1	19,1	12,9	20,3	7,6	6,3	11,2	11,3	1,1	1577
21	1,4	2,7	9,0	7,8	7,5	11,5	18,1	16,6	25,5	304
22	3,1	5,4	8,4	12,6	14,0	19,0	22,2	11,4	3,9	406
23	1,5	3,4	9,6	10,4	5,3	7,2	16,0	22,2	24,4	732
24	3,4	7,1	9,2	17,1	10,3	12,6	20,3	16,3	3,8	1341
25	12,1	13,8	17,7	16,2	8,9	9,7	8,5	9,0	4,1	32
26	17,3	18,2	11,5	17,9	11,6	11,6	7,4	4,1	0,3	887
27	12,1	16,3	17,7	20,1	5,9	5,6	6,9	12,0	3,6	100
28	17,7	21,5	11,8	22,3	7,9	6,9	6,1	5,6	0,3	3124
29	3,8	4,5	11,7	12,4	11,1	17,4	14,7	12,2	12,3	79
30	6,6	7,2	8,8	16,0	16,4	22,8	14,6	6,5	1,2	624
31	4,1	5,8	12,6	16,7	8,0	11,1	13,0	17,1	11,7	128
32	7,3	9,4	9,7	21,7	12,3	15,5	13,3	9,5	1,2	979
33	20,8	12,4	10,5	20,7	10,6	8,2	7,4	5,0	4,4	46
34	26,5	15,5	6,3	21,2	12,9	9,2	6,1	2,1	0,3	1070
35	20,9	14,7	10,5	25,6	7,0	4,6	6,0	6,7	3,9	82
36	26,8	18,4	6,4	26,1	8,8	5,4	5,0	2,8	0,3	4172
37	7,1	4,2	7,2	16,9	13,9	15,7	13,8	7,3	13,9	51
38	11,5	6,4	5,0	20,3	19,1	19,8	13,0	3,6	1,3	409
39	7,8	5,5	7,9	22,7	10,1	10,0	12,2	10,5	13,4	75
40	12,8	8,4	5,6	27,2	14,5	13,2	11,8	5,3	1,3	743

Voici les 7 classes définies par l'analyse en composantes principales, qui définissent 7 profils :

Profil n°1 : « les moyens ou mal caractérisés »

Onze groupes relèvent de ce profil : groupes de numéros 1, 3, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27.

Selon la logique d'exposé propre au logiciel de l'analyse de données (SPAD), ce premier profil, est en fait celui défini par défaut. Dans ce profil, les groupes présentent à la fois des probabilités légèrement plus fortes qu'en moyenne d'entrer dans des trajectoires ponctuelles non tout ambulatoire, dans des trajectoires intermédiaires denses et dans des trajectoires permanentes.

Tout d'abord on distingue les groupes 13, 15, 17 et 19 : qui sont soit des patients de diagnostic B anciens depuis au moins 2 ans dans le secteur, soit des patients de diagnostics CGI récents. Tous bénéficiaires d'une protection juridique, les patients de ces 4 groupes ont surtout des probabilités plus fortes d'entrer dans des trajectoires permanentes qu'en moyenne.

Puis on distingue les groupes 1, 16, 18, 20, 25 et 27 : ces groupes sont peu homogènes, de divers diagnostics, de divers âges et anciennetés. Dans ces groupes, ce sont les trajectoires ponctuelles non tout ambulatoire et les trajectoires intermédiaires denses qui sont plus mises en valeur.

Dans ce profil, environ un patient sur deux a été accueilli en hôpital temps plein, les trajectoires s'étalent sur un peu plus de 6 mois et comptent en moyenne près de 50 actes-jours.

Profil n°2 : « Les patients plus ponctuels et aux trajectoires denses »

Six groupes relèvent de ce profil : groupes de numéros 2, 4, 26, 28, 33, 35.

Ces groupes sont constitués de patients récents. Il y a deux groupes de diagnostic A, puis deux groupes de diagnostics DF, tous les quatre constitués de patients sans protection juridique. Enfin s'y trouvent deux groupes de diagnostics EHJKLinconnu, constitués de patients ayant une protection juridique. Dans ces groupes, les patients ont environ sept « chances » sur dix d'entrer dans des trajectoires ponctuelles ou intermédiaires de forte (6 actes-jours ou plus) ou moyenne (2 à 5 actes-jours) densité. Dans ce profil, les trajectoires s'étalent sur un peu moins de 5 mois et comptent en moyenne 27 actes-jours, 43 % des patients ont eu recours à du temps plein.

Profil n°3 : « Les patients aux trajectoires denses avec du temps plein »

Quatre groupes relèvent de ce profil : groupes de numéros 9, 10, 11, 12.

Ce profil est constitué de tous les patients récents de diagnostic B « troubles liés aux substances ». Les patients de ces groupes ont des trajectoires dans un cas sur deux : soit ponctuelles, soit intermédiaires de densité lourde (6 actes-jours ou plus). Les deux tiers de ces patients ont séjourné en hôpital temps plein, leurs trajectoires s'étalent en moyenne sur moins de 4 mois, avec 27 actes-jours.

Profil n°4 : « Les ponctuels légers »

Les groupes n°34 et 36 constituent ce profil.

Ce sont les groupes de patients de diagnostics EHJKLinconnu, récents et sans protection juridique. Ces patients ont plus d'une « chance » sur quatre d'effectuer un parcours ponctuel tout ambulatoire et plus de deux « chances » sur cinq d'effectuer un parcours ponctuel. On les trouve aussi plus nombreux qu'en moyenne dans les trajectoires intermédiaires de 2 à 5 actes-jours/mois. C'est dans ce profil que les trajectoires présentent le nombre d'actes-jours le plus faible : 16 en moyenne, sur 4 mois environ. 28 % des patients seulement ont été en hôpital temps plein.

Profil n°5 : « Les permanents »

Quatre groupes relèvent de ce profil : les groupes de numéros 5, 7, 21, 23.

Ce profil est constitué des patients anciens, ayant une protection juridique des diagnostics A (troubles mentaux organiques) et CGI (schizophrénie, retard mental, troubles du développement psychologique). Dans ce profil les trajectoires permanentes sont privilégiées. Un patient sur quatre effectue une trajectoire permanente d'au moins 300 actes-jours, un patient sur cinq une

trajectoire permanente comptant entre 60 et 300 actes-jours. Sur l'ensemble de ce profil, c'est trois patients sur cinq qui s'inscrivent dans des trajectoires permanentes. Leurs trajectoires sont les plus étalées (près de 10 mois en moyenne) et les plus lourdes (près de 120 jours en moyenne).

Profil n°6 : « Les intermédiaires de densité moyenne ou légère »

Huit groupes relèvent de ce profil : les groupes de numéros 6, 8, 14, 30, 32, 37, 38, 40.

Ce sont des patients anciens, pour leur quasi-totalité sans protection juridique. Tous les diagnostics y sont représentés, sauf les diagnostics CGI n'y figurent pas. Plus de la moitié des patients de ces groupes ont des trajectoires intermédiaires de densité moyenne ou légère. Pour une proportion aussi plus forte qu'en moyenne, ils relèvent de trajectoires permanentes légères (moins de 60 actes-jours au total). Ils ont des trajectoires étalées sur un peu plus de 6 mois en moyenne, avec un nombre d'actes-jours assez faible.

Profil n°7 : « Les suivis réguliers de l'ambulatoire et du temps partiel »

Cinq groupes relèvent de ce profil : les groupes de numéros 22, 24, 29, 31, 39.

Les patients de ces groupes se partagent essentiellement entre les diagnostics CGI et les diagnostics DF ; les premiers n'ont pas de protection juridique, les seconds en ont une. Ces patients, ayant tous une ancienneté supérieure ou égale à deux années, semblent inscrits dans un suivi régulier, soit en ambulatoire, soit à temps partiel.

- **Valorisation des trajectoires en actes-jours, la nécessité d'une subdivision pour 2 trajectoires : de 9 à 12 trajectoires**

Une fois ces sept profils définis, il convient d'associer à chacun de ces profils un nombre d'actes-jours en hôpital temps plein, en hôpital à temps partiel et en ambulatoire. Dans le tableau suivant figurent les valeurs moyennes obtenues par l'observation sur le total de nos deux échantillons :

Tableau n°48 : Moyenne, écart-type du nombre d'actes-jours et parts moyennes dans chaque type de prise en charge au sein de chaque trajectoire (2 échantillons – hors monoconsultants)

Trajectoires	Nombre moyen d'actes-jours (aj)			Ecart-type du nombre d'actes-jours			Part moyenne d'actes-jours (%)			Total
	ambu	partiel	tps plein	ambu	partiel	tps plein	ambu	partiel	tps plein	
1 – Ponctuelle tout ambulatoire	3.4	0	0	2.29	0	0	100	0	0	3174
2- Ponctuelle non tout ambulatoire	1.0	0.6	13.8	2.24	3.11	14.07	8.6	5.5	85.5	3523
3 – Intermédiaire de 6 aj/mois	8.3	6.3	55.6	13.98	19.31	52.21	14.7	8.4	76.1	2218
4 – Intermédiaire de 2 à 5 aj/mois	10.9	1.5	4.0	7.72	5.19	7.62	73.7	7.3	19.1	4331
5 – Intermédiaire de 1 aj/mois sur 2 à 4 mois	2.9	0.07	0.03	1.10	0.44	0.27	96.6	2.5	1.0	2150
6 – Intermédiaire de 1 aj/mois sur 5 à 10 mois	7.8	0.2	0.02	2.6	1.29	0.26	96.8	2.9	0.3	1927
7 – Permanente de 60 aj au plus	23.5	4.1	3.2	12.66	10.53	8.18	81.7	10.8	7.4	1974
8 – Permanente comptant entre 60 et 300 aj	30.4	53.3	53.4	33.76	66.28	70.81	28.6	35.8	34.9	1546
9 – Permanente de 300 aj et plus	3.7	12.7	320.9	28.10	52.21	97.43	1.0	3.7	90.5	617

Sont maintenant détaillés pour chaque trajectoire, les choix opérés pour optimiser la valorisation de chacune en termes de nombre d'actes-jours dans chacun des trois grands types de prise en charge :

1) Pour les trajectoires ponctuelles tout ambulatoire, la moyenne est significative, elle peut être prise en compte sous cette forme. Toute trajectoire de ce type sera donc traduite par 3.4 actes-jours en ambulatoire.

2) Pour les trajectoires ponctuelles non tout ambulatoire, des écarts apparaissent dans la mesure où l'écart-type est assez élevé, notamment pour les actes-jours effectués en hôpital temps plein. On a tout d'abord vérifié la stabilité de la répartition entre les trois types de prise en charge selon le temps total effectué. Cette répartition est assez stable.

Selon le nombre d'actes-jours effectués, on constate que la part des actes-jours effectués en temps plein varie de 77.5 % à 92.4 %, cette variation est acceptable.

Cependant pour solidifier la moyenne, afin qu'elle ne soit pas « tirée » par quelques valeurs extrêmes, on effectue un trimmage : autrement dit on recalcule la moyenne pour chacun des trois grands types de prise en charge, en retirant 2,5 % des valeurs extrêmes les plus faibles et 2,5 % des valeurs les plus élevées . On obtient les chiffres suivants :

- 12.8 actes-jours en hôpital temps plein ;
- 0.2 actes-jours en hôpital à temps partiel ;
- 0.8 actes-jours en ambulatoire.

Ces chiffres seront ceux utilisés au final.

3) Pour les trajectoires intermédiaires de forte densité (6 actes-jours et plus par mois), le rapport entre la moyenne et l'écart-type de la modalité de prise en charge la plus lourde (hôpital plein temps) est proche de 1.

Selon le nombre d'actes-jours effectués, on constate que la part d'actes-jours effectués en temps plein varie de près de 70 % à 82 %, cette variation paraît acceptable.

Afin de solidifier les valeurs moyennes obtenues, on effectue comme précédemment un trimmage en retirant du calcul les valeurs extrêmes (2.5 % des valeurs les plus élevées et 2.5 % des valeurs les plus faibles) dans chaque type de prise en charge. On obtient les chiffres suivants :

- 52.0 actes-jours en hôpital temps plein ;
- 4.0 actes-jours en hôpital à temps partiel ;
- 6.8 actes-jours en ambulatoire.

4) Pour les trajectoires intermédiaires de densité moyenne (2 à 5 actes-jours par mois), on constate que les trajectoires sont réellement hétérogènes entre les trois types de prise en charge. Il n'est pas possible d'affecter des valeurs moyennes significatives, par conséquent, il est procédé à un découpage de cette trajectoire en deux sous-trajectoires : le critère le plus pertinent concerne la présence d'hôpital temps plein dans la trajectoire. Ce critère apparaît le plus pertinent dans la mesure où le séjour en hôpital temps plein est particulièrement structurant dans le schéma de la trajectoire comme dans son contenu. On distinguera ainsi les

patients ayant une trajectoire comportant de l'hôpital temps plein et les patients ayant une trajectoire n'en comportant pas. Les résultats obtenus figurent dans le tableau suivant :

Tableau n°49 : Moyenne, écart-type du nombre d'actes-jours et parts moyennes dans chaque type de prise en charge au sein des trajectoires intermédiaires de densité moyenne (2 échantillons – hors monoconsultants)

Trajectoires	Nombre moyen d'actes-jours (aj)			Ecart-type du nombre d'actes-jours			Part moyenne d'actes-jours (%)			Total
	ambu	partiel	tps plein	ambu	partiel	tps plein	ambu	partiel	tps plein	
Intermédiaire de densité moyenne sans hôpital temps plein	12.3	1.9	0	7.9	5.9	0	90.4	9.5	0	2972
Intermédiaire de densité moyenne avec de l'hôpital temps plein	7.8	0.7	12.6	6.2	3.1	8.7	37.3	2.3	60.9	1359

On constate une nette amélioration du rapport existant entre valeur moyenne et écart-type pour chacun des deux types de trajectoires pour les actes-jours en ambulatoire et à temps plein, les chiffres sont moins satisfaisants pour le temps partiel, mais pour des actes-jours en nombre nettement moins élevé. Par conséquent, sont retenus les chiffres suivants :

Pour les trajectoires intermédiaires de densité moyenne sans hôpital temps plein :

- 12.3 actes-jours en ambulatoire ;
- 1.9 acte-jour en hôpital à temps partiel ;
- 0 acte-jour en hôpital temps plein.

Pour les trajectoires intermédiaires de densité moyenne avec de l'hôpital temps plein :

- 7.8 actes-jours en ambulatoire ;
- 0.7 acte-jour en hôpital à temps partiel ;
- 12.6 actes-jours en hôpital temps plein.

Par la création de ces deux sous-trajectoires, le modèle est modifié et cela donne lieu par conséquent à un réexamen des variations des probabilités d'accès pour nos groupes de patients dans ces trajectoires, effectué dans la suite de ce travail.

5) Pour les trajectoires intermédiaires légères (1 acte-jour) étalées sur 2 à 4 mois, la valeur moyenne des actes-jours effectués en ambulatoire est significative au regard de son écart-type. Les valeurs obtenues pour le temps plein et le temps partiel sont très faibles. En effet, seuls 3.5 % des patients de cette trajectoire ont été accueillis en hôpital à temps partiel, 1.9 % ont été accueilli en hôpital temps plein. Par conséquent, sont retenus les chiffres suivants :

- Aucun acte-jour en hôpital temps plein et en hôpital à temps partiel ;
- 2.9 actes-jours en ambulatoire.

6) Pour les trajectoires intermédiaires légères (1 acte-jour) étalées sur 5 à 10 mois, la valeur moyenne des actes-jours effectués en ambulatoire est significative au regard de son écart-type. Les valeurs obtenues pour le temps plein et le temps partiel sont très faibles. En effet, seuls 5.7 %

des patients ont été accueillis en hôpital à temps partiel, 1 % a été accueilli en hôpital temps plein. Par conséquent, les chiffres suivants sont retenus :

- Aucun acte-jour en hôpital temps plein et en hôpital à temps partiel ;
- 7.8 actes-jours en ambulatoire.

7) Pour les trajectoires permanentes les moins lourdes (60 actes-jours au plus au total), la valeur moyenne des actes-jours effectués en ambulatoire est significative au regard de son écart-type. Les valeurs moyennes obtenues pour le temps plein et le temps partiel sont inférieures à l'écart-type et nécessitent un examen plus approfondi. 23 % des patients ont été accueillis en hôpital à temps partiel, 18 % des patients ont été accueillis en hôpital temps plein. Un trimmage a été effectué pour ces deux types de prise en charge. Par conséquent les chiffres suivants sont retenus :

- 2.3 actes-jours en hôpital temps plein ;
- 2.9 actes-jours en hôpital à temps partiel ;
- 23.5 actes-jours en ambulatoire.

8) Pour les trajectoires permanentes de lourdeur intermédiaire (entre 60 et 300 actes-jours au total), on note une forte hétérogénéité des composantes de prise en charge. Par conséquent, il est nécessaire de procéder à une subdivision en sous-trajectoires. La composante ambulatoire est présente dans plus de 90 % des cas. En revanche, un peu plus d'un tiers des patients n'ont pas connu l'hôpital temps plein, une même proportion n'a pas connu l'hôpital à temps partiel.

Trois sous-trajectoires sont différenciées : la sous-trajectoire ne comportant pas d'hôpital temps plein ; la sous-trajectoire comportant de l'hôpital temps plein et du temps partiel ; la sous-trajectoire comportant de l'hôpital temps plein mais pas de temps partiel.

Les résultats obtenus figurent dans le tableau suivant :

Tableau n°50 : Moyenne, écart-type du nombre d'actes-jours et parts moyennes dans chaque type de prise en charge au sein des trajectoires permanentes de lourdeur moyenne (2 échantillons – hors monoconsultants)

Trajectoires	Nombre moyen d'actes-jours (aj)			Ecart-type du nombre d'actes-jours			Part moyenne d'actes-jours (%)			Total
	ambu	partiel	tps plein	ambu	partiel	tps plein	ambu	partiel	tps plein	
Permanente moyenne sans hôpital tps plein	38.7	87.1	0	43.5	74.6	0	37.6	61.7	0	553
Permanente moyenne avec hôpital tps plein et hôpital tps partiel	24.7	58.7	68.7	27.5	57.2	62.6	19.6	36.5	42.8	582
Permanente moyenne avec hôpital tps plein, sans hôpital tps partiel	27.5	0	103.5	22.8	0	81.5	29.1	0	70.6	411

Les chiffres suivants sont donc retenus :

Pour les trajectoires permanentes moyennes sans hôpital temps plein :

- 38.7 actes-jours en ambulatoire ;
- 87.1 acte-jour en hôpital à temps partiel ;
- 0 acte-jour en hôpital temps plein.

Pour les trajectoires permanentes moyennes avec de l'hôpital temps plein et de l'hôpital à temps partiel :

- 24.7 actes-jours en ambulatoire ;
- 58.7 acte-jour en hôpital à temps partiel ;
- 68.7 actes-jours en hôpital temps plein.

Pour les trajectoires permanentes moyennes avec de l'hôpital temps plein et sans hôpital à temps partiel :

- 27.5 actes-jours en ambulatoire ;
- 0 acte-jour en hôpital à temps partiel ;
- 103.5 actes-jours en hôpital temps plein.

Par la création de ces trois sous-trajectoires, le modèle est modifié et cela donne lieu par conséquent à un réexamen des variations des probabilités d'accès pour nos groupes de patients dans ces trajectoires, effectué dans la suite de ce travail.

9) Pour les trajectoires permanentes les plus lourdes (300 actes-jours ou plus au total), ce sont les actes-jours en hôpital temps plein, qui sont réellement dominants. Plus de 85 % des patients de ces trajectoires n'ont connu que du temps plein dans ces trajectoires. En trimmant les données, on obtient un nombre moyen d'actes-jours légèrement supérieur de 328 actes-jours en hôpital temps plein. Si le nombre moyen d'actes-jours effectués en ambulatoire atteint 3.7, c'est essentiellement en raison de quelques patients marginaux ayant été déclarés comme ayant réalisé au moins 25 consultations sur la période. Seuls 14 % des patients ont effectué des actes-jours en ambulatoire au sein de cette trajectoire. Si l'on effectue un trimmage en retirant 2.5 % des patients à chacune des extrêmes, on obtient un nombre moyen d'actes-jours en ambulatoire de l'ordre de 0.4 par patient. Environ 11 % des patients ayant ces trajectoires ont été accueillis en hôpital à temps partiel, mais pour des durées non négligeables. Si l'on effectue le trimmage, le nombre moyen d'actes-jours en hôpital à temps partiel diminue pour atteindre 5.5 actes-jours. Par conséquent les chiffres suivants sont retenus :

- 328 actes-jours en hôpital temps plein ;
- 5.5 actes-jours en hôpital à temps partiel ;
- 0.3 actes-jours en ambulatoire.

En conclusion, pour une meilleure valorisation 2 types de trajectoires sont subdivisées : les trajectoires intermédiaires de densité moyenne (2 à 5 actes-jours) sont différenciées selon qu'elles comportent ou non un accueil en hôpital temps plein ; les trajectoires permanentes de densité moyenne sont subdivisées, selon qu'elles comportent ou non un accueil en hôpital temps plein, puis dans le cas où elles en comportent selon qu'il existe ou non un accueil en hôpital à temps partiel. Au lieu de 9 types de trajectoires, 12 types de trajectoires sont finalement définies.

- **40 groupes de patients et 12 trajectoires**

L'ensemble de la méthode d'évaluation des probabilités d'accès par groupe de patients est à nouveau « déroulé » :

- Des régressions logistiques sont réalisées pour chaque trajectoire, elles sont au nombre de 12 au lieu de 9 du fait de la subdivision.
- On déduit de ces régressions les probabilités prédites d'accéder à chaque trajectoire pour chacun des groupes (tableau n°xxx).
- Un ajustement est effectué de manière à ce que le total des probabilités obtenues pour chaque groupe soit égal à 1 (tableau n°xxx).
- Définition de profils généraux d'accès à des trajectoires par la réalisation d'une analyse en composantes principales - pondérée par les effectifs - sur les probabilités ajustées des 40 groupes.

Les résultats sont présentés dans les pages suivantes.

**Tableau n°51 : Probabilités prédites pour chaque groupe de patients
d'entrer dans les 12 trajectoires – 1^{er} et 2nd échantillons totalisés (hors monoconsultants)**

- % -

N°	Trajectoires ponctuelles		Trajectoires intermédiaires					Trajectoires permanentes					Effectif
	Traj1	Traj2	Traj3	Traj4	Traj5	Traj6	Traj7	Traj8	Traj9	Traj10	Traj11	Traj12	
1	9,9	13,3	16,3	7,5	4,0	8,5	5,2	5,7	1,2	0,6	3,6	9,4	123
2	17,8	21,7	13,5	11,3	5,0	14,0	8,0	6,3	1,1	0,3	1,7	1,0	834
3	10,3	16,2	17,0	10,4	4,6	5,9	3,1	4,8	1,8	1,3	3,0	8,7	15
4	18,5	25,9	14,0	15,3	5,7	9,8	4,8	5,3	1,5	0,6	1,4	0,9	129
5	3,6	5,2	12,9	7,4	3,2	12,6	11,4	11,9	3,4	0,9	3,6	28,8	83
6	7,0	9,0	10,6	11,1	4,0	20,0	16,8	13,0	2,9	0,4	1,7	3,8	211
7	3,8	6,5	13,4	10,2	3,6	8,8	6,9	10,1	4,9	1,8	2,9	26,9	34
8	7,3	11,1	11,0	15,0	4,5	14,3	10,4	11,0	4,3	0,9	1,4	3,5	41
9	6,9	19,1	19,7	3,8	8,4	6,5	4,6	4,3	0,6	2,5	4,1	3,3	21
10	12,8	30,0	16,4	5,9	10,3	10,8	7,1	4,7	0,5	1,2	2,0	0,3	198
11	7,3	23,0	20,5	5,3	9,5	4,4	2,7	3,6	0,9	5,1	3,4	3,0	78
12	13,4	35,1	17,1	8,1	11,6	7,5	4,2	3,9	0,8	2,5	1,6	0,3	1466
13	2,5	7,8	15,7	3,8	6,7	9,6	10,2	9,0	1,7	3,4	4,1	11,6	49
14	4,9	13,3	13,0	5,8	8,3	15,6	15,1	9,9	1,5	1,6	1,9	1,3	147
15	2,6	9,7	16,4	5,3	7,6	6,7	6,1	7,6	2,5	6,8	3,4	10,7	85
16	5,1	16,2	13,5	8,0	9,3	11,0	9,3	8,4	2,1	3,3	1,6	1,2	452
17	4,7	8,5	13,7	5,9	4,6	6,0	6,4	11,0	2,4	4,5	6,4	10,1	52
18	8,8	14,4	11,3	8,9	5,7	10,1	9,7	12,0	2,1	2,2	3,1	1,1	227
19	4,9	10,5	14,3	8,1	5,2	4,1	3,8	9,3	3,5	9,0	5,3	9,3	254
20	9,2	17,5	11,8	12,1	6,4	7,0	5,8	10,2	3,0	4,5	2,5	1,0	1577
21	1,7	3,2	10,8	5,8	3,6	9,0	13,7	21,6	6,5	6,0	6,3	30,5	304
22	3,2	5,7	8,8	8,7	4,5	14,7	20,0	23,3	5,6	3,0	3,0	4,1	406
23	1,7	4,0	11,3	8,0	4,1	6,2	8,4	18,7	9,3	11,9	5,2	28,6	732
24	3,4	7,1	9,2	11,9	5,1	10,3	12,6	20,2	8,1	6,0	2,5	3,8	1341
25	9,5	10,9	14,0	7,5	5,5	7,0	7,7	6,7	1,3	2,3	4,4	3,2	32
26	17,3	18,2	11,5	11,2	6,8	11,6	11,6	7,3	1,1	1,1	2,1	0,3	887
27	10,0	13,4	14,6	10,2	6,2	4,8	4,6	5,7	1,9	4,7	3,6	3,0	100
28	18,0	21,9	12,0	15,1	7,6	8,1	7,0	6,2	1,6	2,3	1,7	0,3	3124
29	3,5	4,2	11,0	7,3	4,3	10,4	16,3	13,8	3,5	3,1	4,3	11,5	79
30	6,7	7,4	9,0	11,0	5,4	16,8	23,4	15,0	3,0	1,5	2,1	1,3	624
31	3,7	5,3	11,5	10,1	4,9	7,2	10,1	11,8	5,1	6,3	3,6	10,6	128
32	7,1	9,1	9,4	14,9	6,1	11,9	15,0	12,8	4,4	3,1	1,7	1,1	979
33	15,5	9,3	7,8	10,8	4,2	7,9	6,1	5,5	0,8	1,1	1,9	3,3	46
34	26,6	15,6	6,3	15,8	5,2	12,9	9,2	6,1	0,7	0,5	0,9	0,3	1070
35	16,2	11,4	8,1	14,6	4,7	5,4	3,6	4,7	1,2	2,3	1,6	3,0	82
36	27,6	18,9	6,6	21,0	5,8	9,0	5,5	5,1	1,0	1,1	0,7	0,3	4172
37	6,0	3,5	6,0	10,6	3,3	11,6	13,1	11,6	2,3	1,5	1,9	11,7	51
38	11,2	6,2	4,9	15,6	4,1	18,6	19,2	12,6	2,0	0,7	0,9	1,3	409
39	6,3	4,4	6,3	14,4	3,7	8,1	8,0	9,8	3,3	3,1	1,6	10,7	75
40	11,7	7,7	5,1	20,7	4,6	13,3	12,0	10,7	2,9	1,5	0,7	1,2	743

Traj1 : Trajectoire ponctuelle tout ambulatoire – Traj2 : Trajectoire ponctuelle non tout ambulatoire.

Traj3 : Trajectoire intermédiaire de densité lourde (6 aj ou plus par mois).

Traj4 : Trajectoire intermédiaire de densité moyenne (2 à 5 aj par mois) sans hôpital temps plein.

Traj5 : Trajectoire intermédiaire de densité moyenne (2 à 5 aj par mois) avec de l'hôpital temps plein.

Traj6 : Trajectoire intermédiaire de densité légère (1 aj par mois) étalée sur 2 à 4 mois.

Traj7 : Trajectoire intermédiaire de densité légère (1 aj par mois) étalée sur 5 à 10 mois.

Traj8 : Trajectoire permanente comptant au plus 60 aj au total.

Traj9 : Trajectoire permanente comptant entre 60 et 300 aj au total sans hôpital temps plein.

Traj10 : Trajectoire permanente comptant entre 60 et 300 aj au total avec hôpital temps plein et à temps partiel.

Traj11 : Trajectoire permanente comptant entre 60 et 300 aj au total avec hôpital temps plein sans temps partiel.

Traj12 : Trajectoire permanente comptant 300 aj ou plus.

Tableau n°52 : Probabilités prédites et ajustées pour chaque groupe de patients d'entrer dans les 12 trajectoires – 1^{er} et 2nd échantillons totalisés (hors monoconsultants)

- % -

N°	Trajectoires ponctuelles		Trajectoires intermédiaires					Trajectoires permanentes					Effectif
	Traj1	Traj2	Traj3	Traj4	Traj5	Traj6	Traj7	Traj8	Traj9	Traj10	Traj11	Traj12	
1	11,6	15,5	19,1	8,8	4,7	10,0	6,1	6,7	1,4	0,8	4,2	11,0	123
2	17,5	21,3	13,3	11,1	4,9	13,8	7,8	6,2	1,0	0,3	1,7	1,0	834
3	11,9	18,6	19,5	11,9	5,3	6,8	3,5	5,5	2,1	1,5	3,4	10,0	15
4	17,9	25,0	13,5	14,7	5,5	9,5	4,6	5,1	1,5	0,6	1,4	0,9	129
5	3,5	5,0	12,3	7,1	3,1	12,0	10,9	11,4	3,2	0,8	3,4	27,5	83
6	6,9	9,0	10,5	11,1	4,0	19,9	16,8	12,9	2,9	0,4	1,7	3,8	211
7	3,8	6,5	13,4	10,2	3,6	8,8	6,9	10,1	4,9	1,8	2,9	27,0	34
8	7,7	11,7	11,6	15,9	4,8	15,1	11,0	11,7	4,5	0,9	1,5	3,7	41
9	8,3	22,8	23,5	4,6	10,0	7,7	5,5	5,1	0,7	3,0	4,9	3,9	21
10	12,6	29,4	16,1	5,7	10,1	10,6	6,9	4,6	0,5	1,2	1,9	0,3	198
11	8,2	25,9	23,1	6,0	10,7	5,0	3,1	4,0	1,0	5,7	3,9	3,4	78
12	12,7	33,1	16,1	7,6	11,0	7,0	4,0	3,7	0,7	2,3	1,5	0,3	1466
13	2,9	9,1	18,3	4,4	7,8	11,2	11,8	10,5	2,0	3,9	4,7	13,5	49
14	5,3	14,4	14,1	6,3	9,0	17,0	16,4	10,7	1,6	1,8	2,1	1,4	147
15	3,1	11,3	19,2	6,2	8,9	7,8	7,2	9,0	2,9	7,9	4,0	12,6	85
16	5,7	18,2	15,2	8,9	10,5	12,4	10,4	9,4	2,4	3,8	1,8	1,3	452
17	5,5	10,1	16,3	7,0	5,4	7,2	7,6	13,1	2,9	5,4	7,6	12,0	52
18	9,9	16,1	12,7	10,0	6,3	11,3	10,8	13,5	2,3	2,5	3,4	1,2	227
19	5,6	12,0	16,4	9,3	5,9	4,7	4,3	10,7	4,0	10,3	6,1	10,7	254
20	10,1	19,2	13,0	13,3	7,0	7,6	6,4	11,2	3,3	4,9	2,8	1,1	1577
21	1,4	2,7	9,1	4,9	3,0	7,6	11,5	18,2	5,5	5,1	5,3	25,7	304
22	3,1	5,4	8,4	8,4	4,3	14,0	19,1	22,3	5,4	2,8	2,9	3,9	406
23	1,5	3,4	9,6	6,8	3,5	5,3	7,1	15,9	7,9	10,1	4,5	24,3	732
24	3,4	7,0	9,2	11,9	5,1	10,3	12,5	20,2	8,1	6,0	2,5	3,8	1341
25	11,9	13,6	17,5	9,3	6,8	8,8	9,6	8,4	1,6	2,9	5,5	4,0	32
26	17,3	18,2	11,5	11,2	6,8	11,6	11,6	7,3	1,1	1,1	2,1	0,3	887
27	12,1	16,2	17,7	12,4	7,5	5,8	5,5	6,8	2,3	5,7	4,4	3,6	100
28	17,7	21,5	11,8	14,8	7,5	7,9	6,9	6,1	1,6	2,2	1,7	0,3	3124
29	3,8	4,5	11,8	7,9	4,6	11,1	17,4	14,8	3,8	3,3	4,7	12,3	79
30	6,6	7,2	8,8	10,7	5,2	16,4	22,8	14,6	2,9	1,5	2,0	1,2	624
31	4,1	5,8	12,7	11,2	5,5	8,0	11,2	13,1	5,7	7,0	4,0	11,8	128
32	7,3	9,4	9,7	15,4	6,3	12,3	15,5	13,3	4,5	3,2	1,8	1,2	979
33	20,9	12,5	10,5	14,5	5,6	10,6	8,2	7,5	1,1	1,5	2,6	4,4	46
34	26,6	15,5	6,3	15,8	5,1	12,9	9,2	6,1	0,7	0,5	0,9	0,3	1070
35	21,1	14,9	10,6	19,0	6,1	7,0	4,7	6,1	1,6	3,0	2,1	3,9	82
36	26,9	18,4	6,4	20,4	5,7	8,8	5,4	5,0	1,0	1,1	0,7	0,3	4172
37	7,2	4,2	7,3	12,8	4,0	14,0	15,8	13,9	2,8	1,8	2,3	14,0	51
38	11,5	6,4	5,0	16,1	4,2	19,1	19,7	13,0	2,0	0,7	0,9	1,3	409
39	7,9	5,5	7,9	18,0	4,7	10,1	10,0	12,3	4,2	3,9	2,0	13,5	75
40	12,7	8,4	5,5	22,5	5,0	14,4	13,1	11,7	3,1	1,6	0,8	1,3	743

17 groupes de patients, représentant 75 % de l'effectif des patients au total, ont un total de probabilités d'accès aux 12 trajectoires, proches de 1. Les groupes dont le total s'éloigne le plus de 1 sont dans la majorité des cas des groupes de petite taille. Par conséquent, on a pu sans trop de dommage, réajuster les probabilités prédites par une simple peréquation. La comparaison entre les probabilités ajustées obtenus pour les 12 trajectoires et ceux obtenus sur les 9 trajectoires sont très proches. Autrement dit, les résultats obtenus pour les trajectoires non modifiées sont quasi-identiques. Et si l'on totalise les probabilités ajustées des trajectoires subdivisées, on obtient une probabilité quasi-identique à celle obtenue par la trajectoire d'origine.

De la même manière que précédemment, une analyse en composantes principales a été réalisée (ACP) - pondérée par les effectifs - sur les probabilités ajustées des 40 groupes de patients, de manière à dégager des profils généraux d'accès. On obtient comme précédemment une classification en 7 classes ou profils. La logique de numérotation des profils issue de cette dernière a été ici utilisée pour plus de confort, mais la correspondance avec la première série de profils fournie a été précisée. On note quelques modifications, mais la logique de construction des groupes reste sensiblement la même :

Profil n°1 : « Les potentiellement lourds »

(profil proche du profil n°1 initialement défini)

Neuf groupes relèvent de ce profil : groupes de numéros 1, 3, 9, 13, 15, 17, 19, 25, 27.

Ce premier profil, est en fait celui défini par défaut. Tous les patients de ces groupes ont une protection juridique, mais ils ne présentent pas une forte ancienneté. Ils sont de diagnostics divers et d'âge divers. Dans ce profil, les groupes présentent à la fois des probabilités légèrement plus fortes qu'en moyenne d'entrer dans des trajectoires intermédiaires de forte densité, dans des trajectoires intermédiaires de densité moyenne comportant de l'hôpital temps plein et dans des trajectoires permanentes. Dans ce profil, un peu plus d'un patient sur deux a été accueilli en hôpital temps plein (contre 40 % en moyenne). Les trajectoires sont plus lourdes que dans l'ensemble, elles s'étalent sur 7 mois et comptent environ 77 actes-jours en moyenne.

Profil n°2 : « Les permanents »

(profil proche du profil n°5 initialement défini)

Cinq groupes relèvent de ce profil : les groupes de numéros 5, 7, 21, 23, 31.

Ce profil est constitué des patients anciens, ayant une protection juridique. Les diagnostics A (troubles mentaux organiques) et CGI (schizophrénie, retard mental, troubles du développement psychologique) y sont nettement surreprésentés. Dans ce profil les trajectoires permanentes sont privilégiées. Un patient sur quatre effectue une trajectoire permanente d'au moins 300 actes-jours, un patient sur cinq une trajectoire permanente comptant entre 60 et 300 actes-jours. Sur l'ensemble de ce profil, ce sont trois patients sur cinq qui s'inscrivent dans des trajectoires permanentes. Leurs trajectoires sont les plus étalées (près de 10 mois en moyenne) et les plus lourdes (environ 145 jours en moyenne), avec de l'accueil en hôpital temps plein pour plus de la moitié d'entre eux, et un nombre moyen d'actes-jours à temps partiel le plus élevé parmi tous les profils.

Profil n°3 : « Les suivis réguliers de l'ambulatoire et du temps partiel »

(profil proche du profil n°7 initialement défini)

Trois groupes relèvent de ce profil : les groupes de numéros 22, 24, 29.

Les patients de ces groupes se partagent essentiellement entre les diagnostics CGI et les diagnostics DF ; les premiers n'ont pas de protection juridique, les seconds en ont une. Ces patients, ayant tous une ancienneté supérieure ou égale à deux années, semblent inscrits dans un suivi régulier, soit en ambulatoire, soit à temps partiel. Leurs trajectoires privilégient surtout les trajectoires intermédiaires peu denses et les trajectoires permanentes les plus légères, ou sans hôpital temps plein. Leurs trajectoires sont donc plutôt étalées et peu denses et en moyenne semblent se partager également entre hôpital temps plein d'une part, hôpital à temps partiel et ambulatoire d'autre part.

Profil n°4 : « Les intermédiaires de densité moyenne ou légère »

(profil proche du profil n°6 initialement défini)

Neuf groupes relèvent de ce profil : les groupes de numéros 6, 8, 14, 30, 32, 37, 38, 39, 40.

Ce sont tous des patients anciens, pour leur quasi-totalité sans protection juridique. Presque tous les groupes diagnostics y sont représentés, sauf les diagnostics CGI. Environ la moitié des patients de ces groupes ont des trajectoires intermédiaires de densité moyenne ou légère. Pour une proportion aussi plus forte qu'en moyenne, ils relèvent de trajectoires permanentes légères (moins de 60 actes-jours au total). Ils ont des trajectoires étalées sur un peu plus de 6 mois en moyenne, avec un nombre d'actes-jours total un peu plus faible qu'en moyenne.

Profil n°5 : « Les plutôt ponctuels aux trajectoires denses »

(profil proche du profil n°2 initialement défini)

Neuf groupes relèvent de ce profil : groupes de numéros 2, 4, 16, 18, 20, 26, 28, 33, 35.

Ces groupes sont essentiellement des groupes de patients récents. Les groupes diagnostics DF et A y sont nettement surreprésentés. S'y trouvent aussi deux groupes de diagnostics « EHJKLinconnu », constitués de patients ayant une protection juridique. Dans ces groupes, les patients ont près d'une « chance » sur deux d'entrer dans des trajectoires ponctuelles ou intermédiaires de forte densité (6 actes-jours ou plus). Les trajectoires s'étalent sur environ 5 mois et comptent en moyenne 30 actes-jours.

Profil n°6 : « Les patients aux trajectoires courtes avec du temps plein »

(profil proche du profil n°3 initialement défini)

Trois groupes relèvent de ce profil : groupes de numéros 10, 11, 12.

Ce profil n'est constitué que de groupes de patients récents de diagnostic B « troubles liés aux substances ». Les trajectoires des patients de ces groupes sont dans trois cas sur cinq : soit ponctuelles non tout ambulatoire, soit intermédiaires de densité lourde (6 actes-jours ou plus), soit intermédiaires de densité moyenne avec de l'hôpital temps plein. Les deux tiers de ces patients ont séjourné en hôpital temps plein, leurs trajectoires s'étalent en moyenne sur moins de 4 mois, avec 27 actes-jours.

Profil n°7 : « Les ponctuels légers de l'ambulatoire »

(profil proche du profil n°4 initialement défini)

Les groupes n°34 et 36 constituent ce profil.

Ce sont les groupes de patients de diagnostics « EHJKLinconnu », récents et sans protection juridique. Ces patients ont plus d'une « chance » sur quatre d'effectuer un parcours ponctuel tout ambulatoire et plus de deux « chances » sur cinq d'effectuer un parcours ponctuel, quel que soit son contenu. On les trouve aussi plus nombreux qu'en moyenne dans les trajectoires intermédiaires de 2 à 5 actes-jours/mois sans hôpital temps plein. C'est dans ce profil que les trajectoires présentent le nombre d'actes-jours le plus faible : 16 en moyenne, sur 4 mois environ. 28 % des patients seulement ont été en hôpital temps plein.

Dans cette nouvelle configuration, on constate donc, que seuls 6 groupes ont changé de profil, et, que l'interprétation des groupes est plus aisée.

Dans le tableau suivant, figurent les résultats présentés pour chacun des groupes dans chaque profil.

Tableau n°53 : Probabilités prédites et ajustées d'entrer dans les 12 trajectoires pour chaque groupe de patients et dans chaque profil – 1^{er} et 2nd échantillons totalisés (hors monoconsultants)

- % -

Profil	Grpe	Trajectoires ponctuelles		Trajectoires intermédiaires					Trajectoires permanentes					Effectif
		Traj1	Traj2	Traj3	Traj4	Traj5	Traj6	Traj7	Traj8	Traj9	Traj10	Traj11	Traj12	
1	1	11,6	15,5	19,1	8,8	4,7	10,0	6,1	6,7	1,4	0,8	4,2	11,0	123
	3	<i>11,9</i>	<i>18,6</i>	<i>19,5</i>	<i>11,9</i>	<i>5,3</i>	<i>6,8</i>	<i>3,5</i>	<i>5,5</i>	<i>2,1</i>	<i>1,5</i>	<i>3,4</i>	<i>10,0</i>	<i>15</i>
	9	8,3	22,8	23,5	4,6	10,0	7,7	5,5	5,1	0,7	3,0	4,9	3,9	21
	13	2,9	9,1	18,3	4,4	7,8	11,2	11,8	10,5	2,0	3,9	4,7	13,5	49
	15	3,1	11,3	19,2	6,2	8,9	7,8	7,2	9,0	2,9	7,9	4,0	12,6	85
	17	5,5	10,1	16,3	7,0	5,4	7,2	7,6	13,1	2,9	5,4	7,6	12,0	52
	19	5,6	12,0	16,4	9,3	5,9	4,7	4,3	10,7	4,0	10,3	6,1	10,7	254
	25	<i>11,9</i>	<i>13,6</i>	<i>17,5</i>	<i>9,3</i>	<i>6,8</i>	<i>8,8</i>	<i>9,6</i>	<i>8,4</i>	<i>1,6</i>	<i>2,9</i>	<i>5,5</i>	<i>4,0</i>	<i>32</i>
	27	12,1	16,2	17,7	12,4	7,5	5,8	5,5	6,8	2,3	5,7	4,4	3,6	100
ENSEMBLE		7.5	13.3	17.8	8.7	6.5	7.0	6.1	9.1	2.8	6.3	5.2	9.8	731
2	5	<i>3,5</i>	<i>5,0</i>	<i>12,3</i>	<i>7,1</i>	<i>3,1</i>	<i>12,0</i>	<i>10,9</i>	<i>11,4</i>	<i>3,2</i>	<i>0,8</i>	<i>3,4</i>	<i>27,5</i>	<i>83</i>
	7	3,8	6,5	13,4	10,2	3,6	8,8	6,9	10,1	4,9	1,8	2,9	27,0	34
	21	1,4	2,7	9,1	4,9	3,0	7,6	11,5	18,2	5,5	5,1	5,3	25,7	304
	23	1,5	3,4	9,6	6,8	3,5	5,3	7,1	15,9	7,9	10,1	4,5	24,3	732
	31	4,1	5,8	12,7	11,2	5,5	8,0	11,2	13,1	5,7	7,0	4,0	11,8	128
ENSEMBLE		1.9	3.7	10.1	6.9	3.6	6.6	8.8	15.7	6.8	7.8	4.5	23.7	1281
3	22	3,1	5,4	8,4	8,4	4,3	14,0	19,1	22,3	5,4	2,8	2,9	3,9	406
	24	3,4	7,0	9,2	11,9	5,1	10,3	12,5	20,2	8,1	6,0	2,5	3,8	1341
	29	3,8	4,5	11,8	7,9	4,6	11,1	17,4	14,8	3,8	3,3	4,7	12,3	79
ENSEMBLE		3.3	6.6	9.1	11.0	4.9	11.2	14.2	20.4	7.3	5.2	2.7	4.2	1826
4	6	6,9	9,0	10,5	11,1	4,0	19,9	16,8	12,9	2,9	0,4	1,7	3,8	211
	8	7,7	11,7	11,6	15,9	4,8	15,1	11,0	11,7	4,5	0,9	1,5	3,7	41
	14	5,3	14,4	14,1	6,3	9,0	17,0	16,4	10,7	1,6	1,8	2,1	1,4	147
	30	6,6	7,2	8,8	10,7	5,2	16,4	22,8	14,6	2,9	1,5	2,0	1,2	624
	32	7,3	9,4	9,7	15,4	6,3	12,3	15,5	13,3	4,5	3,2	1,8	1,2	979
	37	7,2	4,2	7,3	12,8	4,0	14,0	15,8	13,9	2,8	1,8	2,3	14,0	51
	38	11,5	6,4	5,0	16,1	4,2	19,1	19,7	13,0	2,0	0,7	0,9	1,3	409
	39	7,9	5,5	7,9	18,0	4,7	10,1	10,0	12,3	4,2	3,9	2,0	13,5	75
	40	12,7	8,4	5,5	22,5	5,0	14,4	13,1	11,7	3,1	1,6	0,8	1,3	743
ENSEMBLE		8.8	8.4	8.2	15.5	5.4	15.1	16.8	13.0	3.3	1.9	1.5	1.9	3280
5	2	17,5	21,3	13,3	11,1	4,9	13,8	7,8	6,2	1,0	0,3	1,7	1,0	834
	4	17,9	25,0	13,5	14,7	5,5	9,5	4,6	5,1	1,5	0,6	1,4	0,9	129
	16	5,7	18,2	15,2	8,9	10,5	12,4	10,4	9,4	2,4	3,8	1,8	1,3	452
	18	9,9	16,1	12,7	10,0	6,3	11,3	10,8	13,5	2,3	2,5	3,4	1,2	227
	20	10,1	19,2	13,0	13,3	7,0	7,6	6,4	11,2	3,3	4,9	2,8	1,1	1577
	26	17,3	18,2	11,5	11,2	6,8	11,6	11,6	7,3	1,1	1,1	2,1	0,3	887
	28	17,7	21,5	11,8	14,8	7,5	7,9	6,9	6,1	1,6	2,2	1,7	0,3	3124
	33	20,9	12,5	10,5	14,5	5,6	10,6	8,2	7,5	1,1	1,5	2,6	4,4	46
	35	21,1	14,9	10,6	19,0	6,1	7,0	4,7	6,1	1,6	3,0	2,1	3,9	82
ENSEMBLE		15.1	20.1	12.4	13.2	7.1	9.4	7.7	7.8	1.9	2.5	2.0	0.7	7358
6	10	12,6	29,4	16,1	5,7	10,1	10,6	6,9	4,6	0,5	1,2	1,9	0,3	198
	11	8,2	25,9	23,1	6,0	10,7	5,0	3,1	4,0	1,0	5,7	3,9	3,4	78
	12	12,7	33,1	16,1	7,6	11,0	7,0	4,0	3,7	0,7	2,3	1,5	0,3	1466
ENSEMBLE		12.5	32.3	16.4	7.3	10.8	7.4	4.3	3.8	0.7	2.4	1.7	0.4	1742
7	34	26,6	15,5	6,3	15,8	5,1	12,9	9,2	6,1	0,7	0,5	0,9	0,3	1070
	36	26,9	18,4	6,4	20,4	5,7	8,8	5,4	5,0	1,0	1,1	0,7	0,3	4172
	ENSEMBLE		26.8	17.8	6.4	19.5	5.6	9.6	6.2	5.2	0.9	1.0	0.8	0.3
TOTAL		14.7	16.4	10.4	13.9	6.4	10.1	9.0	9.2	2.6	2.7	1.9	2.7	21460

Note : Les résultats par profil sont indiqués en gras. Les groupes de patients dont l'effectif est inférieur à 100 sont indiqués en italique. Dans chaque ligne d'ensemble par profil, les probabilités significativement supérieures à la moyenne sont grisées.

II-3. La trajectoire : analyse de cohortes

L'objectif ici n'est pas de relier les trajectoires sur 12 mois aux caractéristiques individuelles des patients qui les mènent, mais de suivre le devenir des patients sur plusieurs périodes successives et d'expliquer les inflexions de ce devenir de plus long terme en fonction des caractéristiques du patient. Le terme de cohorte est ici utilisé car les sous-populations suivies ont un point commun : une prise en charge ou une première prise en charge sur une période définie (l'année 1993).

D'une part sont étudiées les évolutions de la file active de l'année 1993 sous sa forme brute. D'autre part, est étudiée la population des patients dont le 1^{er} contact avec le secteur date de 1993, chaque patient étant là observé à compter de sa réelle première prise en charge dans le secteur.

Dans la mesure où ces explorations se sont effectuées en parallèle de celles concernant la logique précédente, ces sous-populations ont tout d'abord été définies sur le 1^{er} échantillon, puis sur la totalité des 2 échantillons. Sont présentés dans cet exposé les résultats relatifs à la totalité des deux échantillons, qui comporte 74 secteurs.

II-3-1. Le devenir des patients de la file active de 1993 sur les années suivantes

Le nombre de patients - sur les 74 secteurs de nos deux échantillons - ayant eu au moins une prise en charge en 1993 et pour lesquels les règles DGS sont respectées s'établit à 17175.

Que deviennent ces patients en 1994 et 1995 ?

- **Le devenir simplifié (présence/absence)**

On constate en premier lieu que :

- Près de la moitié d'entre eux (7983, soit 46.5 %) ne sont pas revus par leur secteur d'inscription au cours des 2 années suivantes ;
- 15 % (ou presque 2560, soit 14.9 %) sont seulement revus en 1994 ;
- 2.6 % ne sont pas revus en 1994, mais en 1995 ;
- Les patients restants, soit 6186 patients (36 %) connaissent une prise en charge en 1994 et 1995.

Les caractéristiques du patient influencent-elles ce devenir tel qu'il est schématisé ci-dessus ? Ce sont les proportions de patients « courts » (ceux qui ne sont vus qu'en 1993) et de patients longs (ceux qui ont une présence enregistrée sur chacune des 3 années) qui varient de manière sensible.

Parmi les patients plus « courts » se retrouvent les patients âgés de moins de 25 ans, comme les étudiants. Les patients ayant une activité professionnelle en milieu ordinaire, et les patients veufs sont aussi plus aptes à n'avoir une prise en charge que sur l'année 1993. A souligner aussi, les patients sans domicile fixe, qui semblent plus rarement qu'en moyenne poursuivre une prise en charge au delà de l'année. A l'opposé, dans les patients les plus "longs", se trouvent plus de personnes âgées de 40 à 59 ans, les personnes déclarées sur le plan professionnel comme au chômage et n'ayant jamais travaillé et surtout les « inactifs dans autre indication ».

Tableau n°54 :
Comparaison selon différentes caractéristiques individuelles du devenir des patients de 1993

Caractéristiques	Patients de la file active de 1993 :				TOTAL % (effectif)
	Vus seulement en 1993	Vus en 1993 et 1994	Vus en 1993 et 1995	Vus en 1993, 1994 et 1995	
SEXE :					
• Homme	45.4	15.0	2.5	37.1	100 (7943)
• Femme	47.7	15.0	2.5	34.8	100 (9150)
ÂGE :					
• Moins de 25 ans	62.9	17.9	2.8	16.4	100 (1314)
• De 25 à 39 ans	49.4	14.6	3.2	32.8	100 (4664)
• De 40 à 59 ans	41.1	13.9	2.4	42.6	100 (5920)
• 60 ans et plus	44.9	15.6	2.2	37.3	100 (5053)
SITUATION FAMILIALE :					
• Célibataire	43.1	14.4	2.4	40.1	100 (7122)
• Mariée	48.0	14.9	2.6	34.5	100 (5596)
• Veuf	52.1	16.3	2.7	28.9	100 (1747)
• Divorce	44.6	15.4	2.9	37.1	100 (1580)
MODE DE VIE :					
• Ne vit pas seul	45.9	15.0	2.6	36.5	100 (11421)
• Vit seul	44.6	14.5	2.4	38.5	100 (4498)
SDF :					
• Oui	57.2	14.2	4.0	24.6	100 (402)
• Non	45.8	14.9	2.6	36.7	100 (16111)
ACTIVITE PROFESSIONNELLE :					
• Activité ordinaire	51.6	15.6	2.6	30.2	100 (4271)
• Activité protégée	48.0	14.8	1.4	35.8	100 (785)
• Activité SAI	42.4	11.3	1.4	43.1	100 (151)
• Chômeur ayant déjà travaillé	49.2	11.3	3.3	43.1	100 (1550)
• Chômeur n'ayant jamais travaillé	39.4	13.6	4.0	43.0	100 (249)
• Etudiant	66.3	19.0	2.5	12.2	100 (648)
• Femme au foyer	43.2	12.5	1.8	42.5	100 (959)
• Retraité	46.1	16.4	2.6	34.9	100 (3365)
• Inactif SAI	34.0	12.2	2.3	51.4	100 (3239)
PROTECTION JURIDIQUE :					
• Aucune protection	48.9	15.7	2.7	32.7	100 (12852)
• Sauvegarde de justice	28.1	16.3	1.9	53.7	100 (160)
• Curatelle	23.0	12.6	1.1	63.3	100 (531)
• Tutelle	21.6	12.4	1.6	64.4	100 (1474)
AAH :					
• Oui	19.9	11.2	2.3	66.6	100 (2049)
• Non	49.3	15.6	2.6	32.5	100 (13164)
PENSION D'INVALIDITE :					
• Oui	25.9	11.2	1.8	61.1	100 (1194)
• Non	47.4	15.4	2.6	34.6	100 (13837)
ENSEMBLE	46.5	14.9	2.6	36.0	100 (17175)

Tableau n°55 :
Comparaison selon différentes caractéristiques médicales et / au secteur du devenir des patients de 1993

Caractéristiques	Patients de la file active de 1993 :				TOTAL % (effectif)
	Vus seulement en 1993	Vus en 1993 et 1994	Vus en 1993 et 1995	Vus en 1993, 1994 et 1995	
Diagnostic					
• A : Troubles mentaux organiques	54.1	17.8	2.7	25.4	100 (1249)
• B : Troubles liés aux substances	51.1	16.2	4.0	28.7	100 (1901)
• C : Schizophrénie, troubles schizo, déliirants	22.2	11.7	2.3	63.8	100 (3397)
• D : Troubles de l'humeur	45.6	15.2	2.3	36.9	100 (2987)
• E : Troubles névrotiques	56.0	15.1	2.7	26.3	100 (2776)
• F : Trbles personnalité et cppt chez adulte	43.9	17.9	2.9	35.3	100 (1575)
• G : Retard mental	30.4	12.3	1.9	55.4	100 (675)
• H : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques	51.9	22.6	2.5	23.0	100 (243)
• I : Troubles du développement psychologique	29.5	10.1	2.3	58.1	100 (129)
• J : Troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence	53.5	18.8	4.9	22.8	100 (101)
• K : sans précision	66.7	18.2	2.3	12.8	100 (445)
• L : Autres diagnostics	78.9	10.6	2.8	7.7	100 (142)
ANNEE DE 1ERE VISITE					
• Avant 1993	32.6	14.1	2.7	50.6	100 (10117)
• En 1993	66.4	16.1	2.5	15.0	100 (7058)
TYPE DE SECTEUR					
• Plutôt hôpital temps plein	42.0	14.5	2.9	40.6	100 (3316)
• Plutôt consultation	47.5	15.8	2.1	34.6	100 (3632)
• Plutôt hôpital de jour	41.9	13.5	2.9	41.7	100 (1670)
• « Autres »	48.7	15.0	2.6	33.7	100 (8557)
SECTEUR RATTACHE A UN ...					
• Etablissement général	54.9	13.2	3.9	27.9	100 (3910)
• Etablissement spécialisé	44.0	15.4	2.2	38.4	100 (13265)
DANS/HORS SECTEUR					
• Dans le secteur	41.2	15.2	2.7	40.9	100 (11518)
• Hors du secteur	60.0	14.1	2.6	23.3	100 (4117)
ENSEMBLE	46.5	14.9	2.6	36.0	100 (17175)

Les bénéficiaires d'une protection juridique, comme d'une Allocation Adulte Handicapé ou d'une pension d'invalidité sont majoritairement situés dans les patients « longs » (ayant une présence enregistrée sur chacune des 3 années).

A l'évidence, les patients les plus permanents sur 12 mois, sont aussi les patients les plus aptes à conserver une prise en charge sur plusieurs années successives. Mais certaines caractéristiques peu interférentes dans la lourdeur de la prise en charge sur 12 mois, se révèlent parlantes sur la dimension pluri-annuelle : les plus jeunes, les personnes mariées, les SDF notamment sont plus facilement exclus des trajectoires qui se poursuivent.

L'observation des interactions entre diagnostic et devenir sur plusieurs années, confirme certaines corrélations déjà observées sur l'année : les diagnostics C, G et I conduisent en majorité à des prises en charge qui durent. Les diagnostics autres ou imprécis sont à l'inverse caractéristiques des patients les plus courts. Les diagnostics D et F se situent à une intermédiaire. Les diagnostics E,

H, J mènent aussi à des trajectoires qui se poursuivent plus rarement qu'en moyenne. Les diagnostics B qui semblent induire des parcours ponctuels, mais lourds, ne sont pas exclus d'un certain suivi. En revanche, les diagnostics A, qui pour leur part semblaient générateurs de lourdeurs sur 12 mois, semblent rejoindre les rangs des diagnostics moins lourds, puisque plus de 50 % des patients porteurs de ce diagnostic ne poursuivent pas de prise en charge au delà de 1993 et environ $\frac{1}{4}$ « seulement » bénéficie d'une prise en charge sur chacune des 3 années d'observation.

Les différences de devenir selon l'ancienneté dans le secteur confirment et accentuent l'idée selon laquelle les retours et/ou poursuites de prise en charge d'une année à l'autre exposent à des prolongements sur les années suivantes encore.

Le fait de résider hors du secteur évite plutôt « les prolongations » de manière logique, sans cependant les exclure, puisque 23 % des patients ont une présence enregistrée en 1993, 1994 et 1995.

Dans les secteurs rattachés à un établissement général, les patients ont moins de probabilités de poursuivre une prise en charge sur plusieurs années, que dans les secteurs rattachés à un établissement spécialisé.

Enfin le type de secteur d'inscription interfère avec le devenir des patients de manière cependant assez nuancée. Dans les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » et « plutôt hôpital de jour », on trouve plus de patients qui poursuivent leur prise en charge sur plusieurs années.

Pour étudier l'impact de chaque élément de manière indépendante, des régressions logistiques ont été réalisées.

Aux deux extrêmes, on perçoit que les caractéristiques du patient ne sont pas indépendantes. Le diagnostic demeure un élément central de corrélation, de même que l'ancienneté du patient. La protection juridique tout en demeurant discriminante perd de son importance. L'âge interfère de manière sensible, les trajectoires sur plusieurs années sont plus caractéristiques de patients des deux tranches d'âge supérieures (40 à 59 ans, 60 ans et plus).

Le type de secteur interfère peu ; en revanche, le fait que le secteur soit rattaché à un établissement général défavorise les trajectoires qui se poursuivent. Si cet effet n'est pas massif, il est net.

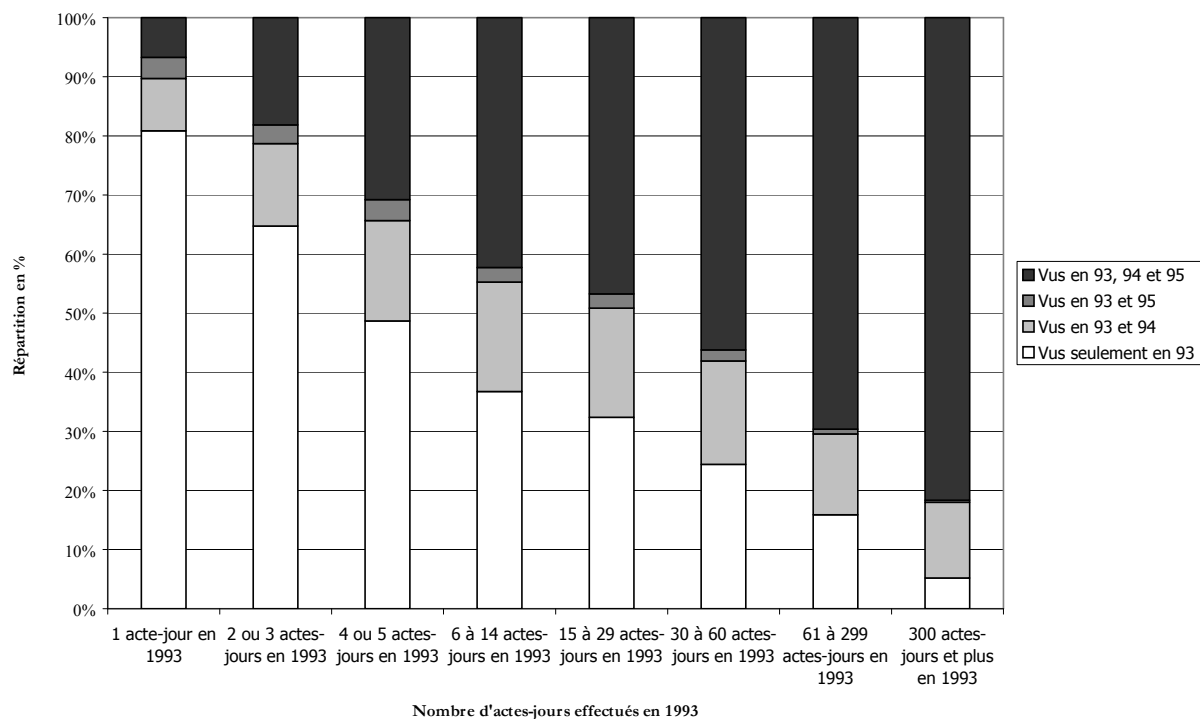
L'examen du devenir sous sa forme simplifiée peut aussi être effectuée au regard des caractéristiques de prise en charge pendant l'année 1993.

On a ainsi comparé le devenir selon le nombre d'actes-jours effectués en 1993, selon qu'il existe ou non une prise en charge dans la trajectoire, et, en particulier, dans le cas où le patient n'a connu qu'un seul type de prise en charge.

On constate en premier lieu que plus la prise en charge est lourde en 1993, plus elle a de probabilités de donner lieu à une suite sur les années suivantes.

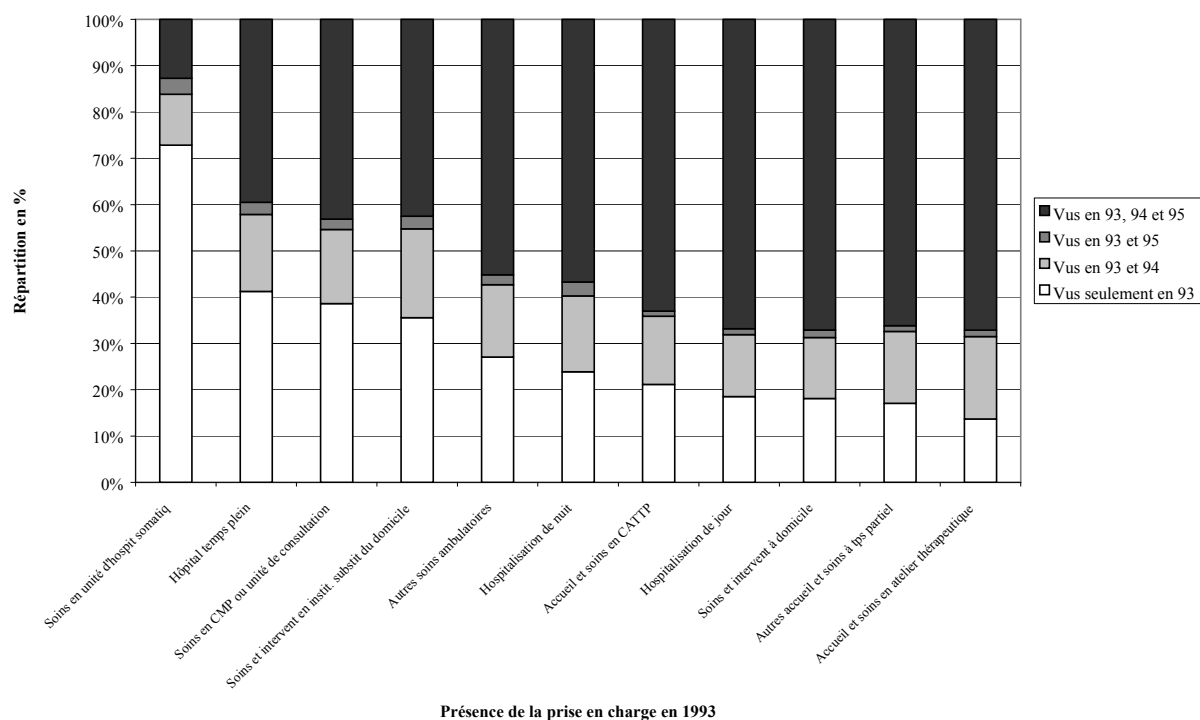
L'impact de la lourdeur de prise en charge est particulièrement visible dans ce graphique :

Graphique n° 24
Devenir en 1994 et 1995 des patients de 1993 selon le nombre d'actes-jours effectués en 1993



Le fait d'avoir connu l'un ou l'autre type de prise en charge en 1993 conditionne aussi le devenir du patient :

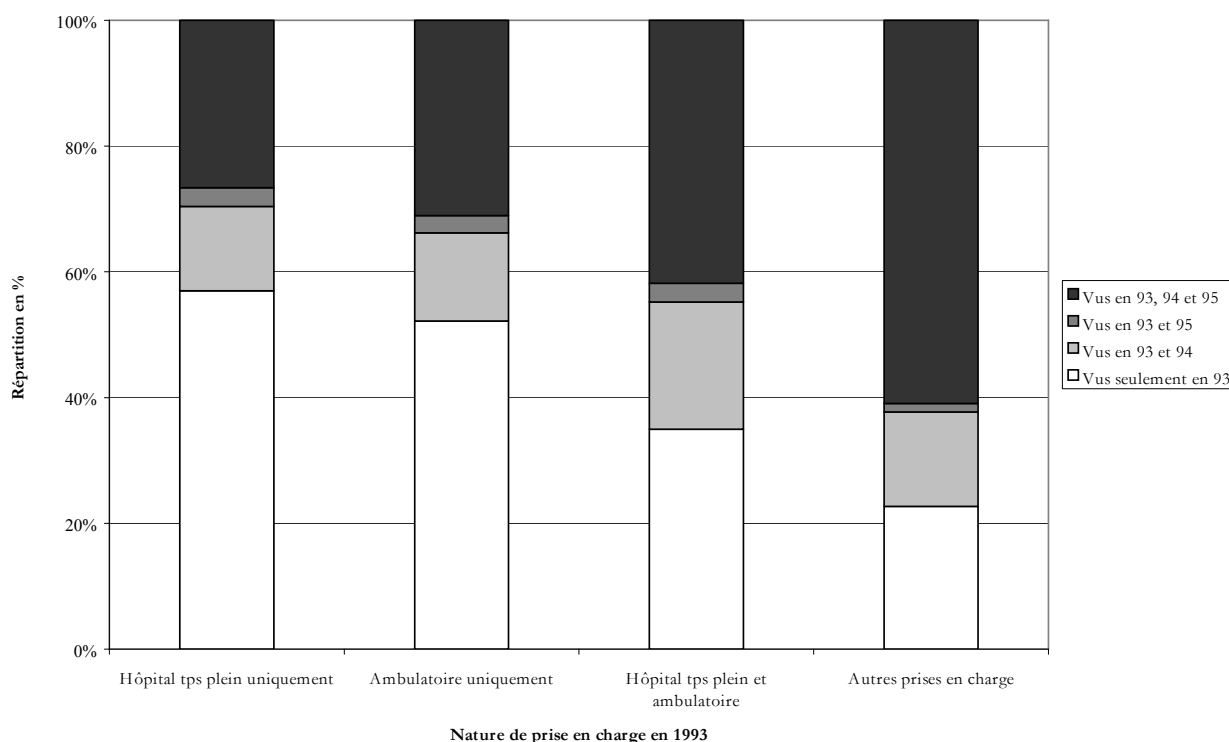
Graphique n° 25
Devenir en 1994 et 1995 des patients de 1993 selon que chaque type de prise en charge est présent dans leur trajectoire



Dans le graphique ci-dessus, il est possible d'observer les liens existants entre une prise en charge et le devenir du patient. Ce lien n'est pas direct, dans la mesure où un patient a pu au cours de l'année 1993 bénéficier de diverses prises en charge. On observe cependant quelques impacts intéressants. Ainsi les patients ayant bénéficié de soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique ont un devenir clairement différent des autres, car cette prise en charge est nettement favorable à un arrêt de la prise en charge. A l'opposé, certaines prises en charge en hôpital à temps partiel principalement, mais aussi les soins et interventions à domicile - en ambulatoire -, engagent franchement pour une prise en charge au cours des deux années suivantes.

Pour une meilleure compréhension de l'évolution, est utilisée une variable descriptive de la composition de la prise en charge en 1993, qui distingue les trajectoires selon qu'elles comportent uniquement de l'hôpital temps plein, uniquement de l'ambulatoire, simultanément de l'hôpital temps plein et de l'ambulatoire sans hôpital à temps partiel, la dernière modalité regroupant les trajectoires comportant du temps partiel ou du temps complet en dehors de l'hôpital temps plein.

Graphique n° 26
Devenir en 1994 et 1995 des patients de 1993 selon la nature de la prise en charge en 1993



Les prises en charge mixtes sont celles qui induisent le plus souvent une poursuite au cours des années suivantes. Alors qu'une légère majorité des patients dont la trajectoire s'effectue en 1993 uniquement en hôpital temps plein ou uniquement en ambulatoire ne connaissent pas de suite de prise en charge en 1994 et 1995. A l'opposé, plus de la majorité (61 %) des patients ayant bénéficié de temps partiel en 1993 est suivie au cours des deux années postérieures.

En conclusion, pour prédire le devenir des patients sur plusieurs années, on peut utiliser les caractéristiques individuelles du patient et de son secteur, mais les composantes (lourdeur et nature) de prise en charge d'une année donnée sont plus franchement corrélées et fournissent de meilleures indications sur le futur.

- **Le devenir approfondi : une certaine reproductibilité**

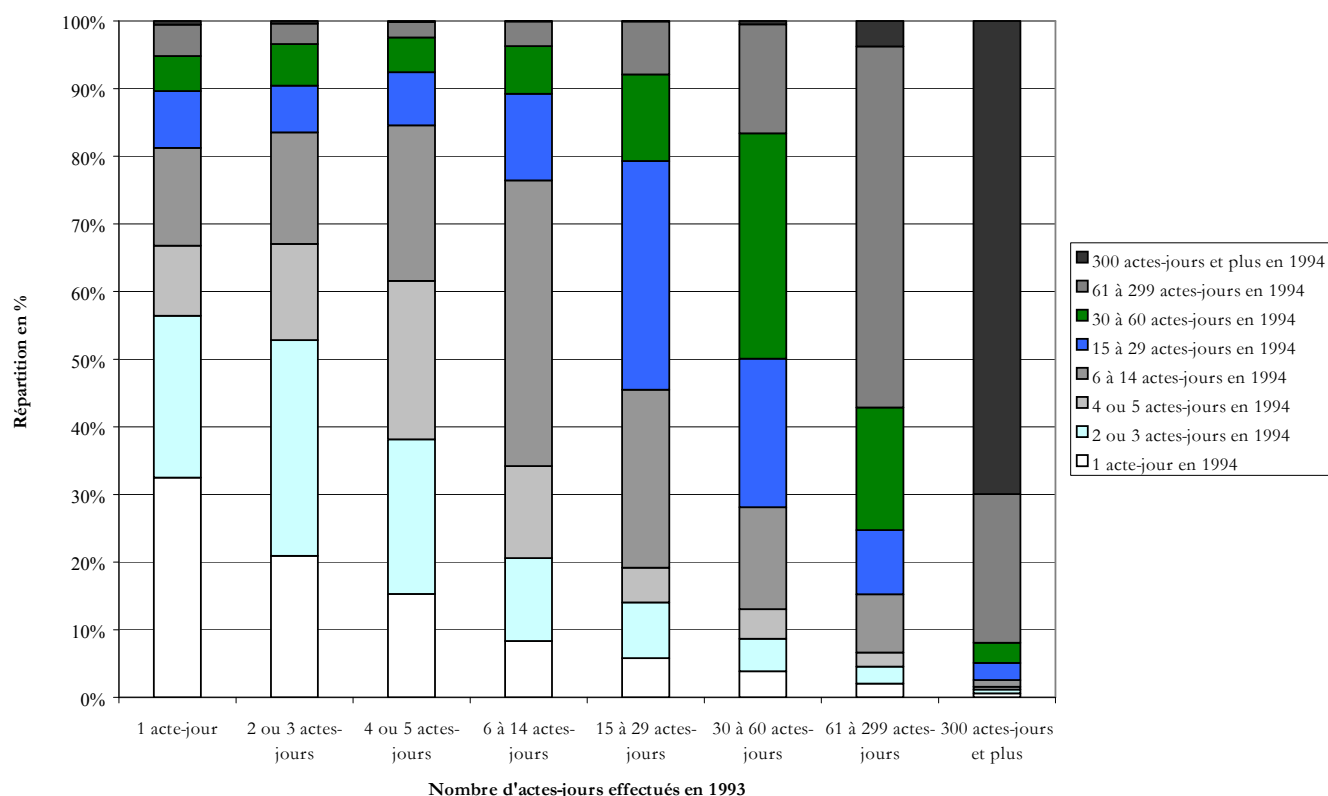
Pour analyser la reproductibilité, plusieurs outils ont été définis. Tout d'abord, sont comparés les lourdeurs de prise en charge et les natures de prise en charge d'une année à l'autre. Puis les corrélations existants au niveau de la lourdeur de prise en charge selon les caractéristiques les plus discriminantes des patients sont étudiées.

Comparaison terme à terme de la lourdeur et de la nature de la prise en charge

Dans un premier temps, pour tous les patients de 1993 ayant une prise en charge en 1994, les lourdeurs de prise en charge sont comparés, autrement dit le nombre d'actes-jours effectués en 1993 et 1994.

On note une relation évidente entre les prises en charge d'une année à l'autre. D'une manière générale, la classe du nombre d'actes-jours en 1993, devient la classe modale en 1994. Le lien entre les deux « consommations » d'une année à l'autre est particulièrement fort pour les patients les plus « lourds consommateurs » en 1993. Ainsi plus de la majorité des patients poursuivant en 1994 une prise en charge d'au moins 60 actes-jours en 1993, consomment au moins 60 actes-jours en 1994.

Graphique n° 27
Répartition selon le nombre d'actes-jours effectués en 1994,
des patients vus en 1993 et poursuivant une prise en charge en 1994

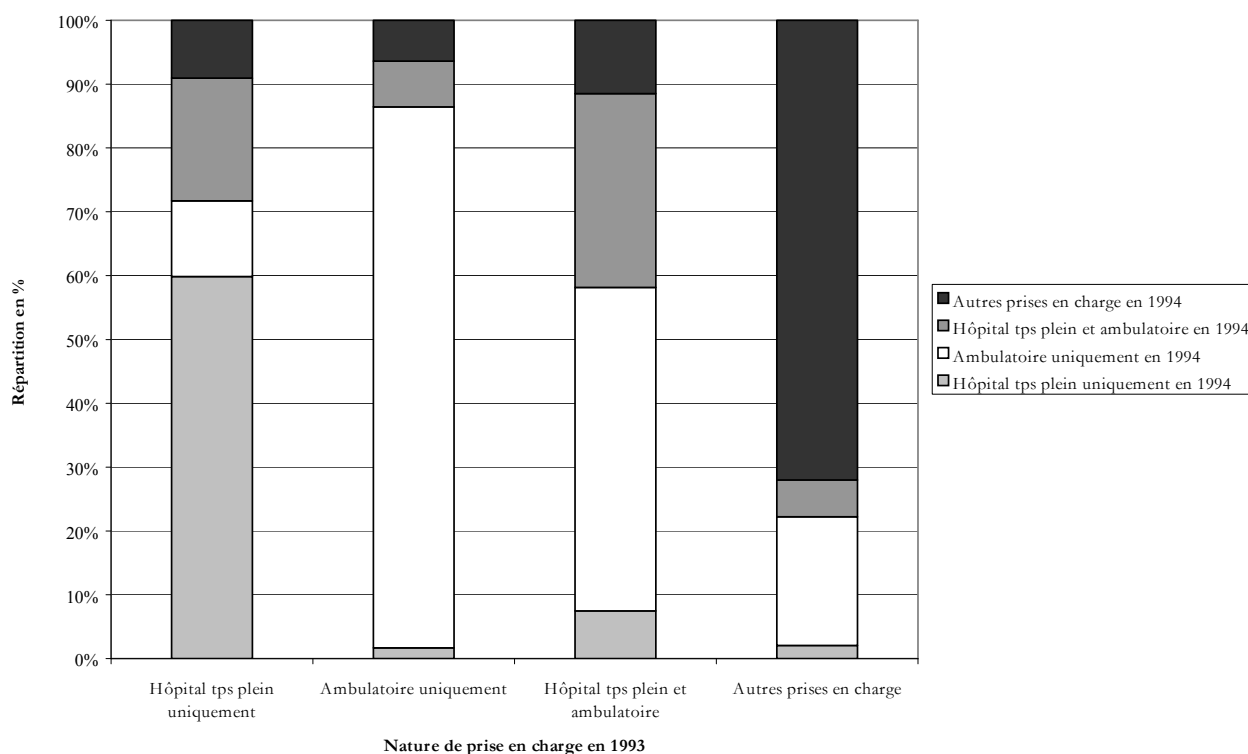


Alors que la majorité des patients comptant de 2 à 60 actes-jours en 1993 et poursuivant une prise en charge en 1994, se situent dans une classe de consommation équivalente ou de niveau inférieur en 1994.

En bref, la reproductibilité analysée sur le plan du « niveau de consommation » est la plus importante pour les patients les plus consommateurs en 1993, elle est moins nette pour les autres patients.

Du point de vue de la nature de prise en charge, la nomenclature en quatre modalités a été reprise : hôpital temps plein uniquement, ambulatoire uniquement, hôpital temps plein et ambulatoire, autres prises en charge. Le graphique ci-dessous présente le devenir en terme de nature de prise en charge entre 1993 et 1994, lorsqu'une prise en charge existe en 1994.

Graphique n° 28
Répartition selon les natures de prise en charge en 1993 et 1994,
des patients vus en 1993 et poursuivant une prise en charge en 1994



La majorité des patients retrouve la même nature de prise en charge lorsqu'ils poursuivent une prise en charge entre 1993 et 1994 :

- 85 % des patients n'ayant connu que de l'ambulatoire en 1993, continuent en tout ambulatoire en 1994 ;
- 60 % des patients n'ayant connu que du temps plein en 1993, poursuivent en hôpital temps plein en 1994, 19 % associent de l'ambulatoire à ce temps plein ;
- 72 % des patients ayant connu une trajectoire dite « d'autres prises en charge » en 1993, continuent sur ce mode en 1994.

Mais les patients ayant mixé temps plein et ambulatoire poursuivent pour environ la moitié d'entre eux dans des trajectoires comportant uniquement de l'ambulatoire, moins d'un tiers d'entre eux (30 %) continue sur le mode mixte initial. Il semble qu'avec le temps, les patients s'excluent de modes de prise en charge mixant le temps plein et l'ambulatoire, comme si un choix s'opérait clairement : du "tout temps-plein" réservé aux patients permanents dans le secteur, un suivi en ambulatoire pour des patients plus "légers", un suivi avec du temps partiel qui peut durer

très longtemps pour des patients « intermédiaires », mais rarement de formules où alternent hôpital temps plein et ambulatoire.

Lorsqu'on tente de caractériser les patients qui poursuivent leur prise en charge d'une année sur l'autre, selon qu'ils conservent ou non la même nature de prise en charge, on constate que :

- les patients qui poursuivent une prise en charge en hôpital temps plein lors de l'année 1994, alors qu'ils ont une trajectoire tout hôpital temps plein en 1993, sont pour près des deux tiers des patients « permanents », car ils comptent au moins 300 actes-jours sur l'année 1993. Ce sont aussi des patients anciens dans le secteur.
- Les patients qui quittent le « tout ambulatoire » de 1993, pour poursuivre en 1994 dans d'autres natures de prise en charge, sont plus fréquemment des patients de groupe diagnostic associé à la schizophrénie, ou, des patients ayant des troubles liés aux substances. Les premiers semblent développer une pathologie allant vers un alourdissement de leur consommation de soins, les seconds entameraient une véritable prise en charge après une prise de contact durant l'année antérieure.
- Il est difficile de caractériser les patients qui, après une trajectoire mêlant hôpital temps plein et ambulatoire en 1993, partent vers des modes de prise en charge différents en 1994. Il semble que leurs trajectoires soient concentrées sur la période de fin d'année 1993 à début d'année 1994.
- Les patients qui d'une mode de prise en charge dit « autres » - autrement dit comportant du temps partiel - en 1993, passent à une prise en charge sans temps partiel en 1994, semblent terminer leur prise en charge lors de cette seconde période avec un nombre d'actes-jours assez réduit.

Corrélation entre les consommations des années 1993 et 1994

Afin d'évaluer la reproduction de la consommation de soins d'une année à l'autre, les indices de corrélation entre le nombre d'actes-jours en 1993 et le nombre d'actes-jours en 1994 ont été calculés. Les taux de corrélation existant entre 1994 et 1995, de même qu'entre 1993 et 1995, ont aussi été étudiés, mais les résultats obtenus ont beaucoup moins d'intérêt : on s'éloigne trop de la période de « recrutement » dans l'observation, pour une bonne interprétation.

Dans le tableau de la page suivante figurent les taux de corrélation observés entre les nombres d'actes-jours de 1993 et 1994, tout d'abord pour l'ensemble de la population, puis pour des sous-groupes de patients définis par les 4 variables apparues comme les plus discriminantes au fil des analyses : le diagnostic, l'ancienneté, la protection juridique et l'âge. Les indices de corrélation en fonction du secteur sont ensuite présentés : en fonction du type de secteur selon la classification et la nature de l'établissement de rattachement du secteur (général ou spécialisé).

Il existe une forte hétérogénéité de consommation, certains patients ne consomment qu'un acte-jour, d'autres sont accueillis en quasi-permanence en hôpital temps plein et cumulent plus de 300 actes-jours sur l'année. Les premiers ne semblent pas effectuer un véritable parcours de prise en charge, les seconds sont particulièrement constants dans leur consommation et, bien que peu nombreux, peuvent « brouiller » les résultats. Les indices de corrélation sont donc calculés pour l'ensemble de la population, pour la population sans les mono-consultants en 1993, et sur la population sans les monoconsultants ni les patients au long cours de 1993.

Tableau n°56 :
Taux de corrélation entre les nombres d'actes-jours effectués en 1993 et 1994
pour la population complète des deux échantillons, la population sans monoconsultants,
la population sans monoconsultants ni patients au long cours
selon les sous-groupes définis par le diagnostic, l'ancienneté de 1^{ère} visite, la protection juridique,
la classe d'âge, le type de secteur et la nature de l'établissement de rattachement du secteur

Critères	Population complète des deux échantillons	Population sans monoconsultants en 93	Population sans monoconsultants, ni patients au long cours en 93
DIAGNOSTIC			
Groupe diagnostique	0.741	0.736	0.443
• A : Troubles mentaux organiques	0.715	0.721	0.598
• B : Troubles liés aux substances	0.802	0.800	0.666
• C : Schizophrénie, troubles schizo, délirants	0.727	0.721	0.558
• D : Troubles de l'humeur	0.643	0.630	0.580
• E : Troubles névrotiques	0.742	0.738	0.632
• F : Trbles personnalité et cptt chez adulte	0.840	0.836	0.665
• G : Retard mental	0.483	0.458	0.458
• H : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques	0.851	0.843	0.518
• I : Troubles du développement psychologique	0.745	0.738	0.738
• J : Troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence	0.526	0.511	0.546
•	0.394	0.361	0.361
• <i>non renseigné</i>	0.677	0.670	0.469
ANNEE 1ère VISITE			
• Avant 83	0.841	0.841	0.662
• De 83 à 88	0.793	0.793	0.702
• De 89 à 91	0.762	0.757	0.651
• En 1992	0.640	0.632	0.510
• Récent	0.509	0.498	0.465
PROTECTION			
• Aucune	0.712	0.705	0.591
• Sauvegarde	0.774	0.768	0.628
• Curatelle	0.730	0.724	0.644
• Tutelle	0.810	0.806	0.614
• <i>non renseigné</i>	0.680	0.676	0.570
ÂGE			
• < 25 ans	0.680	0.673	0.517
• 25-39 ans	0.800	0.796	0.657
• 40-59 ans	0.832	0.831	0.667
• 60 ans et +	0.757	0.754	0.521
• <i>non renseigné</i>	0.812	0.809	0.626
TYPE DE SECTEUR			
• « autre »	0.796	0.795	0.621
• « plutôt consultation »	0.701	0.698	0.660
• « plutôt hôp de jour »	0.833	0.825	0.678
• « plutôt hôp tps plein »	0.807	0.802	0.569
ETAB. DE RATTACHEMENT			
• Général	0.762	0.754	0.692
• Spécialisé	0.797	0.795	0.610
ENSEMBLE	0.795	0.792	0.625
Effectif	17 175	13 585	13 046

Dans l'ensemble, on constate que le taux de corrélation chute lorsqu'on retire les patients au long cours. Des différences non négligeables de corrélation apparaissent entre les groupes de patients définis par leurs caractéristiques lorsque l'examen est effectué sur la population dans sa totalité. Mais les écarts se réduisent lorsque les analyses portent sur une population amputée des patients monoconsultants et au long cours en 1993. Une part non négligeable de la corrélation est donc imputable à la présence de patients au long cours.

Un examen plus détaillé fournit quelques éléments d'explication :

- **Selon le diagnostic** : C'est la variable auquel l'indice de corrélation est le plus sensible. Le taux de corrélation varie selon le diagnostic de 0.4 à 0.8. Les patients de diagnostic C (« schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants »), de diagnostic G (« retard mental ») ou de diagnostic I (« troubles du développement psychologique ») sont les plus stables dans leur consommation. Cette stabilité est amoindrie, lorsqu'on exclut les patients au long cours, comme pour la plupart des diagnostics, mais demeure proche de 0.7 pour les diagnostics C et G. Les patients de diagnostic imprécis ou « dits autres », ainsi que les patients de diagnostic H (« syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques ») montrent les plus faibles taux de corrélation. Les autres diagnostics se situent à l'intermédiaire, ils sont peu différenciés. On doit noter cependant, que certains diagnostics ont un indice de corrélation qui varie de manière plus forte que les autres selon la population observée : les diagnostics A (« troubles mentaux organiques »), comme les diagnostics I (« troubles du développement psychologique ») montrent les chutes les plus fortes, lorsqu'on exclut les patients au long cours. Cela pourrait signifier que ce sont les patients au long cours qui contribuent le plus à une stabilité de la consommation sur l'ensemble pour ces deux types de diagnostics. Les diagnostics E (« troubles névrotiques ») sont les moins sensibles à la composition de la population d'observation, le taux de corrélation demeure situé autour de 0.6, quelle que soit la population observée.
- **Selon l'ancienneté dans le secteur** : C'est, après le diagnostic, la variable qui introduit le plus de variations de la corrélation : qui oscille de 0.5 à plus de 0.8 selon le niveau d'ancienneté. L'interprétation est simple, plus l'année de première visite est ancienne, plus la consommation de soins apparaît stable... en fait, plus cette consommation a eu de temps pour se stabiliser. Dans le cas même où on retire les patients au long cours, les patients les plus anciens ont un indice qui chute, mais reste assez élevé (à environ 0.7). Les patients récents ont une consommation non stabilisée, avec un indice de corrélation d'environ 0.5, quelle que soit la population observée.
- **Selon la protection juridique** : Les taux de corrélation varient peu selon cet élément, les patients sous tutelle révèlent le meilleur taux de corrélation sur l'ensemble de la population, mais baissent plus fortement lorsqu'on effectue l'analyse sur la population privée des patients au long cours.
- **Selon l'âge** : Peu de variations de l'indice de corrélation sont à noter selon ce critère. Seul fait probant, les patients de moins de 25 ans sont les moins stables dans leur consommation, quelle que soit la population observée. Les personnes âgées de 60 ans et plus présentent, pour leur part, le plus de sensibilité à la composition de la population, puisque le taux de corrélation entre les consommations de soins d'une année à l'autre baisse le plus fortement quand on exclut les patients au long cours. C'est parmi les patients âgés que se recrutent le plus de patients atteints de troubles mentaux organiques (A).

- **Selon le secteur :** Les variations selon le secteur (type et nature de l'établissement de rattachement) sont peu sensibles. On doit seulement retenir le fait que dans les secteurs dits « plutôt consultation » selon la typologie, la composition de la population influe peu sur la stabilité de la consommation de soins. Dans les trois autres types de secteur, le taux de corrélation baisse de manière sensible, lorsqu'on retire les patients au long cours de l'analyse. On doit noter aussi, que dans les secteurs rattachés à un établissement général, le retrait des patients au long cours laisse presque indifférent le taux de corrélation.

Compatibilité entre les prises en charge d'une année à l'autre

Pour appréhender les relations existantes entre les diverses prises en charge, une exploitation particulière a été réalisée. On vérifie ici le lien existant entre l'existence d'une prise en charge en 94 et son existence en 93, pour tous les patients de 93 ayant une suite en 94. De la même manière, on vérifie le lien existant entre l'existence d'une prise en charge en 95 et son existence en 94, pour tous les patients de 93 ayant une suite en 94 et en 95.

Il apparaît une forte reproductibilité de la prise en charge, dans la mesure où lorsqu'un patient est concerné par une modalité de prise en charge une année donnée, il a de fortes probabilités d'avoir été dans cette même modalité au cours de l'année précédente.

Les résultats sont présentés pour les modalités concernant « près de » ou « plus de » 5 % des patients :

Tableau n°57 :
Lien existant entre existence d'une modalité en 1993 et existence d'une modalité en 1994
pour les patients présents en 1993 et 1994

Existence de la modalité en 94	Existence de la modalité en 93						
	PT	JO	CA	CO	SD	SI	AA
PT	74.7	11.6	-	--		-	
JO	45.4	69.0	25.6	-	32.2	-	21.8
CA		24.2	62.9	76.9	36.0	-	24.3
CO	--		11.0	90.5	24.3	--	16.7
SD	41.4	13.8	17.2	77.9	72.5	-	26.1
SI	-	-	-	--	-	76.9	-
AA		15.5	21.2	82.7	42.9		55.6
Référence	35.3	9.3	10.5	71.9	22.5	11.1	14.5

Note de lecture : Lorsque la case est grisée fortement, cela signifie qu'il existe une relation particulièrement importante entre l'existence de la modalité en colonne et celle de la modalité en ligne.

On lit 74.7 % des patients ayant du PT en 94, ont eu du PT en 93. Lorsqu'un signe – apparaît, cela signifie que la relation est négative (- - signifie qu'elle est fortement négative). Ainsi les patients ayant eu du PT en 94, ont une probabilité nettement plus faible qu'en moyenne d'avoir eu du CO en 93.

Selon ce tableau, on perçoit le très net lien existant entre 2 modalités identiques d'une année à l'autre. Il apparaît aussi que la plupart des liens sont symétriques.

On perçoit un lien moyennement fort entre certaines modalités de prise en charge d'une année à l'autre :

- Hôpital de jour et CATTP (JO/CA) ;
- CATTP et soins et interventions à domicile (CA/SD) ;
- Autres soins ambulatoires et soins et interventions à domicile (AA/SD).

Enfin on perçoit un lien significatif moins fort d'une année à l'autre entre :

- Hôpital de jour et hôpital temps plein (JO/PT) ;
- Hôpital de jour et soins et interventions à domicile (JO/SD) ;
- Consultation et CATTP (CO/CA) ;
- Consultation et soins et interventions à domicile (CO/SD) ;
- Autres soins ambulatoires et toutes les autres modalités du tableau, sauf hôpital temps plein ;
- Soins et interventions à domicile et hôpital temps plein (SD/PT), de manière asymétrique : quand il y a des soins à domicile en 94, il y a une plus forte probabilité qu'en moyenne qu'il y ait eu de l'hôpital temps plein en 93, mais l'inverse n'est pas vrai.

Quelques relations négatives existent, révélant une relative incompatibilité entre des modalités d'une année à l'autre :

- Entre hôpital temps plein et : consultation, soins à domicile. Il est rare aussi que de l'hôpital temps plein en 94, ait été précédé d'un passage en CATTP en 93, mais l'inverse est possible.
- Entre soins en institution substitutive du domicile et presque toutes les autres modalités.

Le même tableau peut être dessiné pour le lien existant entre modalités de 94 et 95, pour les patients de 93 ayant une prise en charge en 94 et 95. On doit ici garder à l'esprit que les patients observés ici sont ceux pour lesquels la prise en charge s'étale sur au moins 3 années civiles.

Tableau n° 58 :
Lien existant entre existence d'une modalité en 1994 et existence d'une modalité en 1995
pour les patients présents en 1993, 1994 et 1995

Existence de la modalité en 94	Existence de la modalité en 93						
	PT	JO	CA	CO	SD	SI	AA
PT	71.1	13.4		--		-	
JO	43.9	78.9	30.0	-	35.7		26.4
CA		26.1	73.4	79.8	40.8		29.4
CO	--		14.6	93.6	29.6	--	19.7
SD	33.1	14.4	20.4	81.2	78.3		30.9
SI	-	-	-	--	-	81.9	
AA		17.1	25.9	84.6	18.8		64.4
<i>Référence</i>	<i>29.8</i>	<i>11.1</i>	<i>13.8</i>	<i>74.9</i>	<i>27.8</i>	<i>11.6</i>	<i>17.4</i>

Le tableau garde globalement la même physionomie. On doit noter cependant que :

- Les liens entre modalités identiques d'une année à l'autre ont plutôt tendance à se renforcer avec le temps.
- Les incompatibilités sont un peu moins nombreuses, particulièrement entre soins et interventions à domicile et hôpital de jour comme CATTP (SI/JO et CA).

Conclusion sur le devenir des patients de la file active 1993

Un peu moins de la moitié des patients de cette file active ne sont pas revus par leur secteur au cours des deux années suivantes. Les patients, qui par définition sont les plus éloignés du secteur, sont effectivement les plus aptes à n'y pas poursuivre leur trajectoire : les moins de 25 ans, les patients ne résidant pas dans le secteur, etc. Les patients, qui selon l'observation sur 12 mois apparaissent comme potentiellement les plus lourds, sont à l'opposé ceux qui présentent les plus fortes probabilités de poursuivre une trajectoire sur plusieurs années : les patients schizophrènes et les patients ayant un diagnostic de retard mental, les patients bénéficiaires d'une protection juridique, les patients les plus anciens dans le secteur, etc. Environ 36 % des patients de la file active de 1993, font aussi partie des files actives de 1994 et 1995. Mais il est difficile de trancher quant au devenir des patients sur la seule considération des caractéristiques individuelles du patient. La prise en compte du type de secteur donne peu d'indications, on remarque cependant que la poursuite d'une trajectoire sur plusieurs années est moins probable dans les secteurs rattachés à un établissement général.

Il est plus aisé de s'appuyer sur les caractéristiques de la prise en charge en 1993, pour appréhender le futur des patients sur l'année suivante. Plus le patient compte d'actes-jours en 1993, plus il a de probabilités de poursuivre une prise en charge sur les années suivantes, de même si la prise en charge de 1993 compte de l'accueil à temps partiel.

Il apparaît une certaine reproductibilité des prises en charge entre 1993 et 1994, surtout pour celles qui comptent au moins 60 actes-jours. Le type de prise en charge se reproduit aussi, sauf lorsque la trajectoire en 1993 se partage entre hôpital temps plein et ambulatoire. L'impression se dégageant est celle d'une stabilisation au fil du temps, ce fait est particulièrement sensible, à l'examen des taux de corrélation entre les consommations de soins d'une année à l'autre selon l'ancienneté dans le secteur du patient. Certains diagnostics (diagnostics C et G) sont plus favorables à une poursuite et « induisent » des trajectoires mieux dessinées, plus stables. Pour les autres diagnostics, on ne peut pas conclure.

Les résultats peuvent être schématisés en définissant quatre profils de patients de la file active de 1993 selon leur parcours sur les 3 années :

- Les patients ayant eu une prise en charge comportant peu d'actes-jours en 1993, en hôpital temps plein ou en ambulatoire, qui ne reviennent pas dans le secteur au cours des 2 années suivantes. Ce sont plus souvent des patients récents, de diagnostics mal définis ou de diagnostic E. Ils sont plus jeunes qu'en moyenne, plus fréquemment résidents hors du secteur. Ils sont aussi mieux insérés sur le plan personnel et social (plus souvent actifs en milieu ordinaire, ou chômeur ayant déjà travaillé, plus fréquemment mariés aussi) et bien sûr moins touchés par des mesures de protection juridique. Ils forment environ la moitié de la file active.
- Les patients suivis en ambulatoire en 1994 et 1995. Ils ont été pris en charge en 1993 soit directement en ambulatoire, soit après un passage en hôpital temps plein. Ils comptent de 4 à 60 actes-jours en 1993 et poursuivent une prise en charge de poids généralement inférieur, parfois égal en 1994 et 1995. Ces patients sont un peu plus anciens qu'en moyenne. Ils présentent sinon peu de caractéristiques spécifiques. Ils représentent environ un tiers de la file active.
- Les patients du temps partiel suivi. Un peu plus anciens que le groupe précédent, ils comptent entre 30 et 300 actes-jours sur chacune des 3 années, dans des prises en charge

comportant majoritairement du temps partiel. S'y trouvent majoritairement des patients de diagnostic C (« schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants ») ou F (« troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte »). Ce sont plutôt des hommes d'âge moyen, plus souvent célibataires ou divorcés. Moins bien insérés sur le plan social et professionnel, ils sont plus fréquemment bénéficiaires d'une protection juridique. Ils représentent environ un patient sur 7.

- Les patients permanents. Dans plus de 60 % des cas, ce sont des patients ayant des diagnostics C (« schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants ») ou G (« retard mental ») qui passent la quasi-totalité des 3 années en hôpital temps plein (300 actes-jours et plus). Ce sont des hommes désinsérés hors de l'hôpital, inactifs, célibataires, sous tutelle. Un patient sur 40 de la file active présente ce profil.

II-3-2. Les patients arrivants de 1993

On définit et étudie ici le groupe des patients qui arrivent pour la première fois dans le secteur en 1993. En raison de l'impact de l'ancienneté de 1^{ère} visite dans l'explication des trajectoires, on perçoit aisément l'intérêt d'étudier un groupe d'individus présentant le même « âge » dans le secteur. On effectue une analyse sur 12 mois, le 1^{er} mois étant celui de la première prise en charge en 1993, puis on suit cette population sur les 12 mois encore suivants. 7007 patients forment cette population, issus des 74 secteurs de la totalité de nos deux échantillons.

- **Un profil différent et des consommations de soins plus légères au total sur 12 mois pour ces nouveaux patients**

Ces nouveaux arrivants présentent-ils un profil différent de l'ensemble des patients ?

Sur le plan des caractéristiques sociales, la population des arrivants de 1993 se différencie de la population d'ensemble sur quelques points seulement : ils sont légèrement plus jeunes (45 % de moins de 40 ans parmi les « nouveaux », contre 39 % dans l'ensemble), plus souvent issus du secteur (67 % contre 70 % dans l'ensemble). Ils sont environ deux fois moins souvent bénéficiaires d'une AAH ou d'une pension d'invalidité, comme bénéficiaires d'une protection juridique. On y trouve plus de patients ayant une activité professionnelle en milieu ordinaire et moins de patients dits inactifs sans autre indication.

La plupart de ces éléments corroborent des observations déjà effectuées, presque toutes les modalités sous-représentées dans la population des arrivants – à l'exclusion de l'âge – sont spécifiques des patients au long cours, patients anciens pour leur majorité.

Les diagnostics présentent un profil légèrement différent au sein de la population des arrivants de 1993, les diagnostics C (« schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants ») et G (« retard mental ») y sont moins nombreux ; à l'opposé, les diagnostics E (« troubles névrotiques ») comme les diagnostics mal renseignés, imprécis ou dits « autres » y apparaissent plus fréquemment. Se retrouvent là encore exprimées des différences assez logiques au regard des examens précédents.

Des prises en charge plus légères

La répartition des arrivants selon le nombre d'actes-jours effectués sur 12 mois et tout d'abord observée, puis la présence des prises en charge dans les trajectoires. Les résultats obtenus sont comparés à ceux de l'ensemble de la population (cf. tableaux de la page suivante).

Environ 31 % des arrivants de 1993 sont des monoconsultants, et, près de la moitié (48.4 %) ne totalisent pas plus de 3 actes-jours sur les 12 mois d'observation. Les prises en charge légères et très légères sont plus fréquentes parmi les arrivants et les prises en charge les plus lourdes (300 actes-jours et plus sur les 12 mois) en sont quasi-absentes.

Tableau n° 59 :
Prises en charge comparées de la population des nouveaux patients de 93
et de la population des patients des 2 échantillons de travail

Eléments caractéristiques de la prise en charge		Répartition en % dans la population des arrivants de 1993 (2 échantillons)	Répartition en % dans la population totale des 2 échantillons
NOMBRE TOTAL D'ACTES JOURS SUR 12 MOIS			
1 acte-jour		30.8	22.9
2 actes-jours		11.4	10.0
3 actes-jours		6.2	5.9
4-5 actes-jours		8.1	8.3
6-10 actes-jours		11.3	11.9
11-20 actes-jours		10.3	12.7
21-30 actes-jours		6.7	7.3
31-60 actes-jours		8.2	9.2
61-299 actes-jours		6.7	9.4
300 actes-jours et plus		0.2	2.2
PRESENCE DE PRISE EN CHARGE			
PRISES EN CHARGE A TEMPS COMPLET			
SPT	Hospitalisation plein temps en psychiatrie	34.9	32.3
SPC	Accueil et soins en centre de post-cure et de réadaptation	-ns-	0.1
SAT	Accueil et soins en appartement thérapeutique	-ns-	-ns-
SPF	Placement familial thérapeutique	0.1	0.2
SHD	Hospitalisation à domicile	0	0.1
SAP	Autres	0.6	0.7
PRISES EN CHARGE A TEMPS PARTIEL			
SNU	Hospitalisation de nuit	0.7	0.8
SJO	Hospitalisation de jour	3.0	5.2
STT	Accueil et soins en atelier thérapeutique	0.3	0.4
SCA	Accueil et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	4.3	6.9
SAJ	Autres	1.2	1.8
PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES			
SCO	Soins en CMP ou unité de consultation de secteur	56.4	61.7
SSD	Soins et interventions à domicile	7.0	12.4
SSI	Soins et interventions en institutions substitutives du domicile	7.0	8.7
SSU	Soins et interventions en unité d'hospitalisation somatique	25.3	18.7
SAP	Autres	8.4	10.2

Exemple de lecture : 34.9 % des arrivants de 1993 ont eu de l'hôpital temps plein au cours de leur trajectoire sur 12 mois, contre 32.3 % des patients de la totalité des 2 échantillons.

Les arrivants de 1993 ont aussi plus fréquemment bénéficié d'une hospitalisation de temps plein ou de soins en unité d'hospitalisation somatique. Ils ont moins souvent connu en revanche de prises en charge à temps partiel ou en ambulatoire (à l'exception bien sûr des soins en unité d'hospitalisation somatique).

L'inscription dans la typologie de trajectoires constitue un autre axe d'observation. Après avoir écarté les monoconsultants, la population des arrivants distribués dans les trajectoires se réduit à 4848 individus.

Tableau n° 60 :
Comparaison selon les fréquences dans les 12 types de trajectoires
(hors patients monoconsultants)

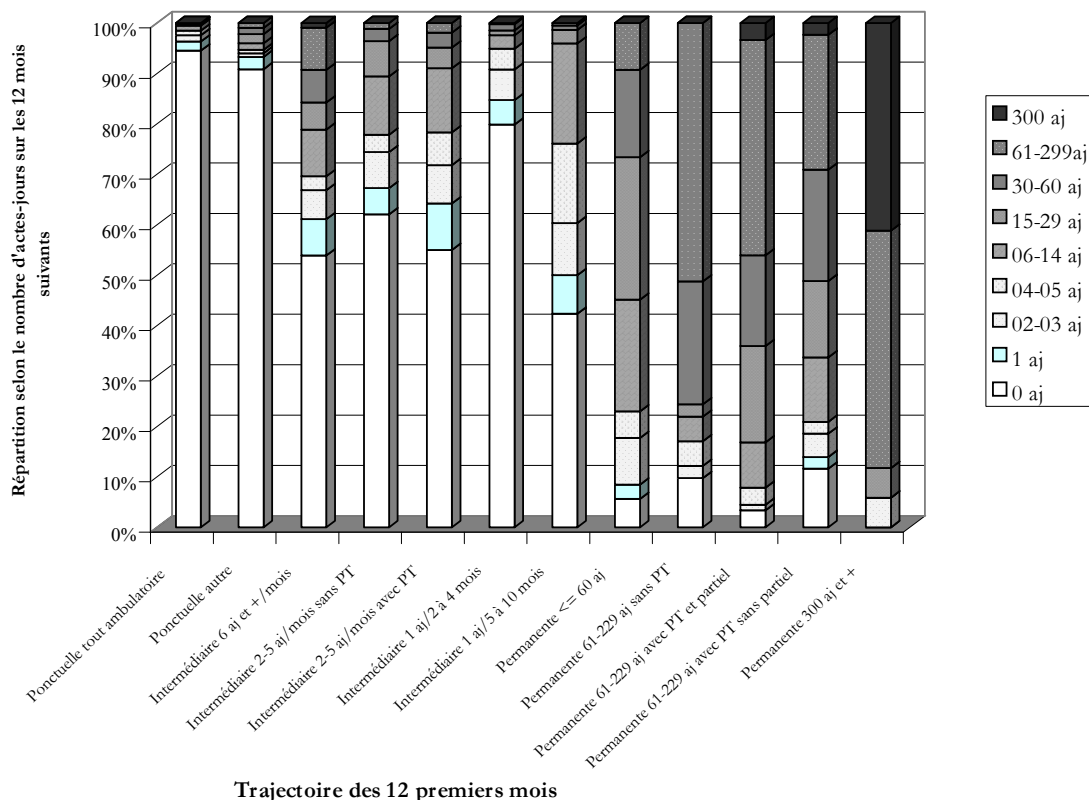
Type de trajectoire	Répartition des arrivants de 1993	Répartition des patients non arrivants en 93	REPARTITION DE L'ENSEMBLE
<i>Ponctuelles : 1 mois ou 2 à 3 mois qui se suivent</i>			
- tout ambulatoire	20.4	13.2	14.8
- non tout ambulatoire	25.2	13.8	16.4
<i>Intermédiaires :</i> <i>2 ou 3 mois qui ne se suivent pas ou 4 à 10 mois</i>			
- densité moyenne mensuelle de 6 actes-jours ou plus	11.1	10.1	10.3
- densité moyenne mensuelle de 2-5 actes-jours	20.3	20.2	20.2
<i>dont : sans hôpital temps plein</i>	12.7	14.2	13.8
<i>avec hôpital temps plein</i>	7.6	6.0	6.3
- densité moyenne mensuelle de 1 acte-jour sur 4 mois au plus	8.5	10.5	10.0
- densité moyenne mensuelle de 1 acte-jour sur 5 à 10 mois	4.6	10.2	9.0
<i>Permanentes : 11 à 12 mois de présence</i>			
- au plus 60 actes-jours	5.1	10.4	9.2
- de 61 à 299 actes-jours	4.4	8.0	7.2
<i>dont : sans hôpital temps plein</i>	0.8	3.1	2.6
<i>avec hôpital temps plein et hôpital à temps partiel</i>	1.8	3.0	2.7
<i>avec hôpital temps plein et sans hôpital à temps partiel</i>	1.8	1.9	1.9
- 300 actes-jours et plus	0.4	3.6	2.9
Effectif	4848	16612	21460

Les arrivants ont des parcours plus courts et plus hétérogènes : moins de 10 % des patients arrivants en 1993 ont une trajectoire permanente et un peu plus de 45 % ont une trajectoire ponctuelle. Ces nouveaux patients s'inscrivent aussi moins souvent dans des parcours de suivi en ambulatoire, surtout quand il s'agit de suivi d'une assez forte régularité (les trajectoires intermédiaires d'1 acte-jour par mois sur 5 à 10 mois sont deux fois moins nombreuses pour eux que dans l'ensemble). Se perçoit bien là, le défaut de stabilisation des trajectoires des nouveaux patients, peu d'entre eux s'inscrivent d'emblée dans un suivi long et régulier, quelle que soit la densité.

- **Relations entre prises en charge d'une période à l'autre**

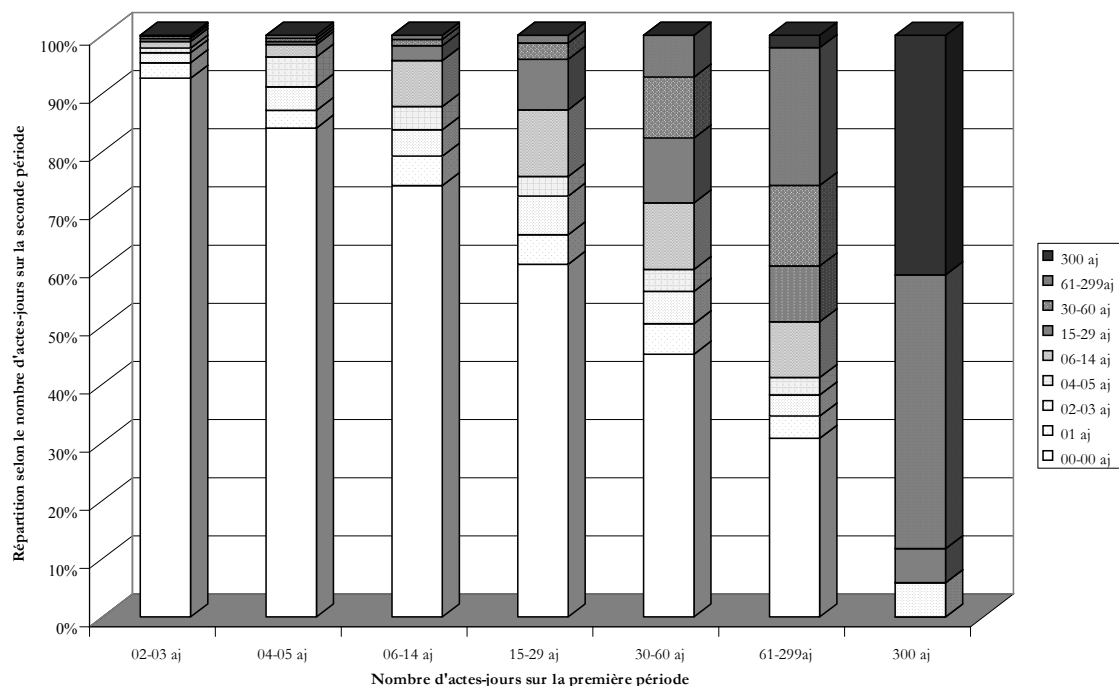
Dans un premier temps, on peut vérifier la pertinence de la typologie qui distingue trajectoires ponctuelles, intermédiaires et permanentes, en observant la consommation en actes-jours sur la 2nde période selon la trajectoire sur la 1^{ère} période (cf. graphique de la page suivante). La poursuite de la prise en charge sur la 2nde période est rare pour les patients aux trajectoires ponctuelles. Elle concerne la plupart des patients ayant des trajectoires permanentes. Le pronostic est plus nuancé pour les patients aux trajectoires intermédiaires.

Graphique n° 29
Répartition des patients arrivants de chaque trajectoire en 1993
selon le nombre d'actes-jours effectués sur la 2nde période



En effet, 40 à 60 % des patients de trajectoire intermédiaire sur la 1^{ère} période poursuivent une prise en charge sur la 2nde période. Seul le groupe des patients ayant une trajectoire intermédiaire de densité mensuelle de 1 acte-jour sur 2 à 4 mois arrête sa trajectoire dans 80 % des cas.

Graphique n° 30 :
Répartition des patients selon le nombre d'actes-jours sur la 1^{ère} et la 2nde période



Après ce premier constat qui confirme globalement l'intérêt de la distinction en 3 types de trajectoire, l'examen du lien existant entre les lourdeurs de prise en charge de la 1^{ère} et 2^{ème} période illustre clairement le caractère inducteur de la prise en charge de la 1^{ère} période (cf. le second graphique de la page précédente). Le même examen avait été effectué pour la file active des patients de 1993, à une différence près : on a observé les patients de la file active de 1993 selon leur consommation définie par année civile quel que soit le moment d'entrée dans le secteur, alors que les arrivants de 1993 sont considérés sur des périodes de 12 mois à compter de la première prise en charge. La relation existant entre la consommation sur les 2 périodes est plus nette et progressive pour les nouveaux patients que pour l'ensemble de la file active. L'examen se poursuit logiquement par un examen des natures de prise en charge. Il semble que les arrivants de 1993 exaspèrent les différences observées sur la totalité de la file active entre patients aux trajectoires unitypes (un seul mode de prise en charge) et patients aux trajectoires mixtes ou complexes.

Tableau n° 61 : Présence ou absence d'un patient sur les 12 mois suivants selon la nature de la prise en charge au cours de 12 premiers mois (hors mono consultants)

- % -

Nature de la prise en charge sur les 12 premiers mois	Existence d'une prise en charge sur les 12 mois suivants		Total (effectif)
	Oui	Non	
Hôpital temps plein uniquement	10.8	89.2	100 (887)
Ambulatoire uniquement	15.8	74.2	100 (2278)
Hôpital temps plein et ambulatoire	43.2	56.8	100 (1112)
Autres trajectoires	54.5	45.5	100 (571)
ENSEMBLE	30.4	69.6	100 (4848)

Ce sont les patients ayant effectué uniquement de l'hôpital temps plein qui ont le plus de probabilités de stopper leur prise en charge sur la seconde période. Les patients n'ayant connu que de l'ambulatoire sur la première période sont aussi assez rarement persévérants. En revanche, le fait d'avoir bénéficié de temps partiel, conduit une petite majorité des patients à une poursuite au cours de la 2^{ème} période.

Ensuite, lorsque le patient poursuit sa prise en charge, cette dernière présente sur la seconde période le même type de correspondance pour les patients arrivants de 1993 que pour les patients de l'ensemble de la file active en 1993. Une nuance cependant doit être apportée : la prise en charge uniquement en ambulatoire est toujours plus fréquente sur la 2^{ème} période - quelle que soit la nature de prise en charge sur la 1^{ère} période – pour les nouveaux patients de 1993.

Tableau n° 62 : Comparaison des natures de prise en charge entre les 2 périodes pour les patients présents sur la seconde période (hors mono-consultants)

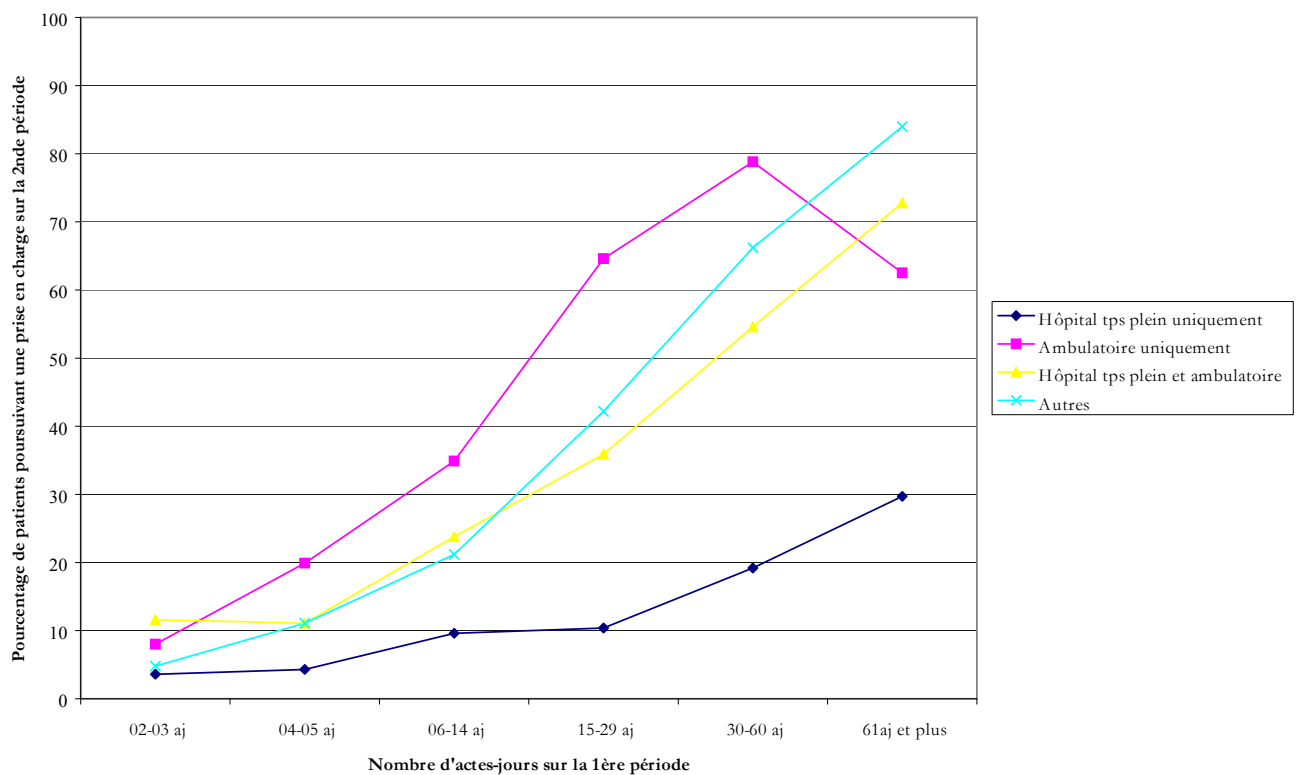
- % -

Nature de la prise en charge sur les 12 premiers mois	Nature de la prise en charge sur les 12 mois suivants				Total (effectif)
	Plein temps uniquement	Ambulatoire uniquement	Plein temps et ambulatoire	Autres	
Hôpital temps plein uniquement	53.1	18.8	19.8	8.3	100 (96)
Ambulatoire uniquement	1.2	91.0	4.1	3.7	100 (588)
Hôpital temps plein et ambulatoire	8.8	61.2	22.1	7.9	100 (480)
Autres trajectoires	2.3	23.1	7.7	66.9	100 (311)
ENSEMBLE	7.3	62.3	11.7	18.7	100 (1475)

Pour synthétiser les deux informations descriptives, on observe l'existence d'une poursuite sur la 2nde période en considérant simultanément la nature de la prise en charge et la lourdeur de la prise en charge sur la 1^{ère} période.

Sont représentées sur le graphique suivant, les évolutions de la part de patients poursuivant une prise en charge sur la 2nde période de chaque nature de prise en charge plus le nombre d'actes-jours sur la première prise en charge augmente. En d'autres termes, on observe le moment où la probabilité de poursuite devient majoritaire.

Graphique n° 31 :
Evolution de la proportion de patients poursuivant sur la 2nde période
en fonction de la lourdeur de prise en charge pour chaque nature de prise en charge sur la 1^{ère} période



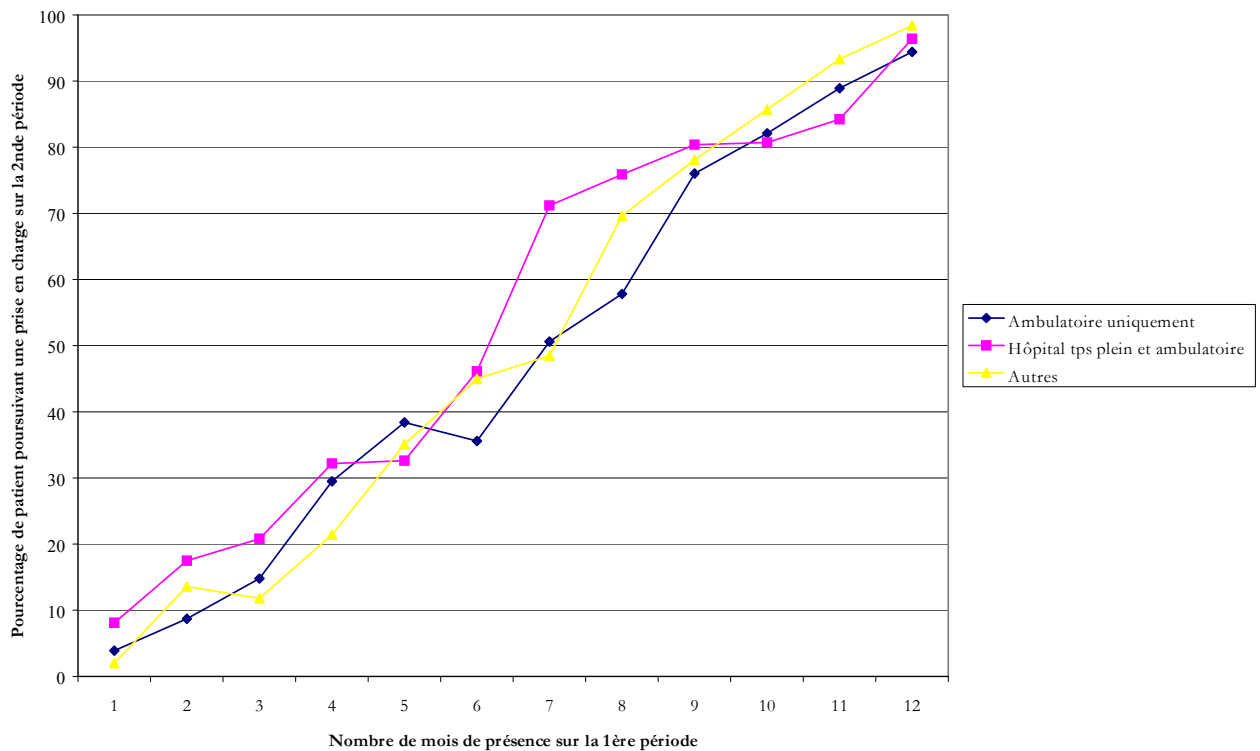
Les patients arrivants et bénéficiant uniquement d'hôpital temps plein sur la 1^{ère} période sont en faible proportion à poursuivre sur la 2nde période. Et si cette proportion augmente en fonction de la lourdeur de prise en charge sur la période initiale, c'est encore moins d'un tiers qui poursuivent parmi les patients les plus lourds (61 actes-jours et plus).

Les patients ayant des trajectoires mixtes (entre ambulatoire et hôpital temps plein) et ceux aux trajectoires comportant du temps partiel poursuivent dans des proportions grossièrement identiques leur trajectoire en fonction du nombre d'actes-jours sur la 1^{ère} période. C'est à partir de 30 actes-jours que cette proportion devient majoritaire.

Pour les patients aux trajectoires tout ambulatoire, il semble que le fait d'effectuer en ambulatoire entre 15 et 29 actes-jours ou plus est nettement discriminant et engage la majorité des patients vers un suivi significatif.

Mais si la lourdeur de prise en charge sur la 1^{ère} période fournit une bonne indication de la probabilité de poursuivre pour un patient donné, un autre élément apparaît comme plus efficace encore : c'est le nombre de mois de présence du patient sur la 1^{ère} période. Cet indicateur cependant est peu pertinent pour les patients ayant une trajectoire effectuée uniquement en hôpital temps plein dans la mesure où pour la plupart de ces patients, la trajectoire ne s'étale pas.

Graphique n° 32 :
Evolution de la proportion de patients poursuivant sur la 2nde période
en fonction du nombre de mois de présence pour chaque nature de prise en charge sur la 1^{ère} période

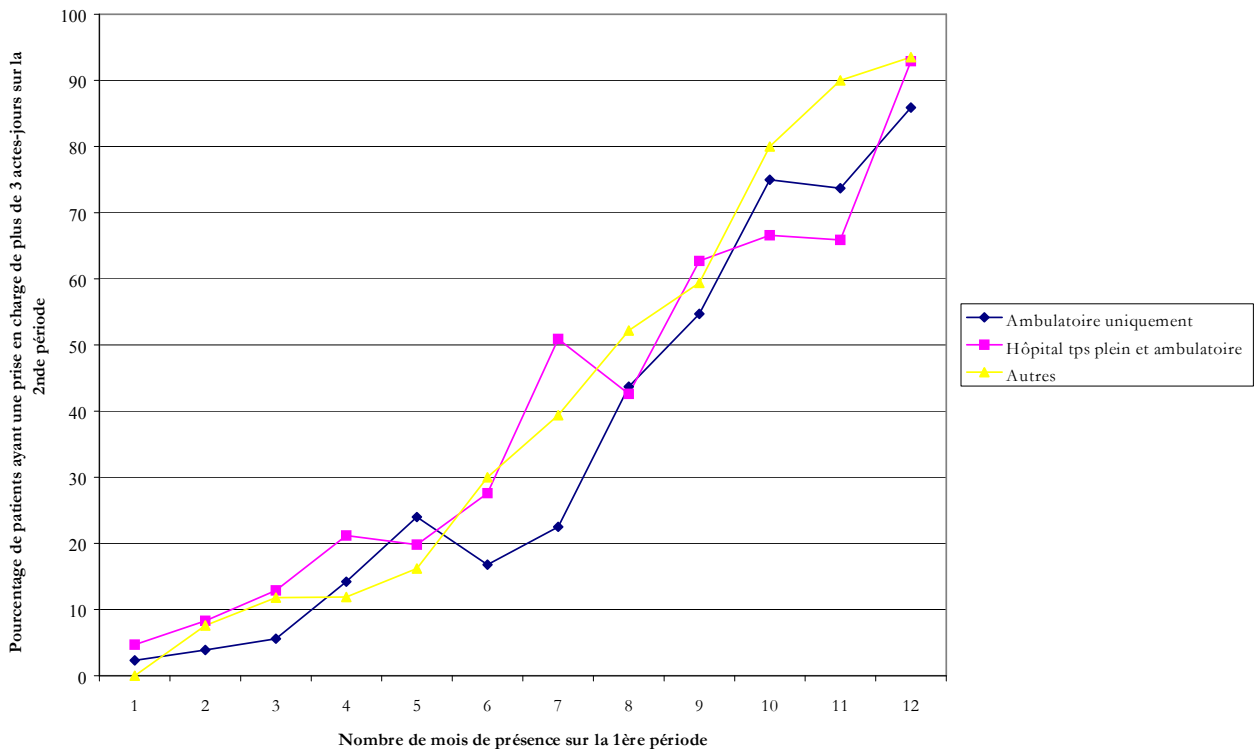


Sur le graphique ci-dessus, l'évolution de la proportion de patients poursuivant sur la 2nde période est décrite en fonction du nombre de mois de présence pour chaque nature de prise en charge. S'il demeure des écarts non négligeables de proportions – particulièrement pour les durées de 7 ou 8 mois – entre les différentes natures de prises en charge, la croissance de la proportion de poursuivants avec le nombre de mois de présence est nette.

Lorsqu'on estime le nombre de patients présents sur la 2nde période, on ne sait pas pour autant si ces patients sont présents pour seulement 1 acte-jour ou pour plus d'actes-jours. Afin de le préciser l'évolution de la part de patients présentant plus de 3 actes-jours sur la seconde période en fonction du nombre de mois sur la 1^{ère} période a été observée.

Dans le graphique ci-dessous, la même progressivité se dégage, mais la proportion devient majoritaire à compter de 9 mois de présence, et, la croissance est moins régulière d'un mois à l'autre.

Graphique n° 33 :
Evolution de la proportion de patients comptant plus de 3 actes-jours sur la 2nde période en fonction du nombre de mois de présence pour chaque nature de prise en charge sur la 1^{ère} période



En conclusion, un faisceau d'éléments montre la relation existant entre la prise en charge sur la 1^{ère} période et la prise en charge sur la 2nde période. La différenciation des patients selon qu'ils ont effectué une trajectoire ponctuelle, intermédiaire ou permanente est assez parlante, la ponctualité comme la permanence sur la 1^{ère} période est vérifiée sur la 2nde. Il est vrai que cette différenciation est établie principalement sur un indicateur de rythme : le nombre de mois de présence. Or le devenir du patient est fortement corrélé à ce nombre de mois. Le nombre de mois semble même constituer une indication plus efficace que le nombre d'actes-jours, surtout si on le décline en fonction de la nature de la prise en charge.

- Les patients ayant effectué sur la première période une trajectoire uniquement en hôpital temps plein sont les moins susceptibles de poursuivre une prise en charge sur la 2nde période (environ 11 % seulement poursuivent). Il semble que le (ou les) séjours en hôpital temps plein, sans autre forme de prise en charge sur une période de temps de 12 mois à compter du 1^{er} contact, soit à considérer comme un épisode, contenant en lui-même sa propre fin dans le secteur. En revanche, si dans des délais assez rapides, ce séjour est complété par de l'ambulatoire, on s'oriente plus probablement sur un suivi, car...

- Si la trajectoire associe de l'ambulatoire à l'hôpital temps plein, le patient a plus de probabilités de s'engager vers un suivi sur la 2nde période (43 % des patients), alors majoritairement tout ambulatoire mais laissant la place à un mixte des deux types de prise en charge. On doit noter qu'à partir de 7 mois de présence sur la 1^{ère} période, la majorité des patients comptera plus de 3 actes-jours sur la 2nde période.
- Seulement un peu plus d'un patient sur six, parmi ceux ayant connu des prises en charge tout ambulatoire sur la première période, réapparaît dans le secteur sur la 2nde période. La proportion de poursuivants ne devient majoritaire que lorsque le patient vient en consultation plus d'un mois sur deux. Il poursuit alors uniquement en ambulatoire. Et il faut un rythme encore plus élevé de présence (au moins trois mois sur quatre de présence enregistrée), pour que cette prise en charge sur la 2nde période soit significative (autrement dit compte au moins 4 actes-jours au total sur la 2nde période).
- Les patients comptant du temps partiel dans leur prise en charge sur la 1^{ère} période s'engagent majoritairement vers un suivi, comportant – à l'identique – du temps partiel. La majorité des patients ayant bénéficié de temps partiel s'inscrit dès la 1^{ère} période dans un suivi régulier, puisque environ 54 % d'entre eux ont une présence enregistrée plus d'un mois sur deux. Et ce suivi se poursuit alors dans la majorité des cas (67 %) dans une prise en charge comportant du temps partiel, même si un certain nombre ne s'inscrit plus que dans de l'ambulatoire.

- **Les caractéristiques du patient et de son secteur sont faiblement prédictives du devenir**

S'il semble exister des relations fortes entre prises en charge des 1^{ère} et 2nde période, il est beaucoup plus difficile de relier les caractéristiques du patient et son devenir.

Quelles sont parmi les caractéristiques individuelles et du secteur, celles qui sont le plus fréquemment associées à l'existence d'une prise en charge sur la 2nde période ?

Les quelques caractéristiques individuelles clairement associées à une présence sur la seconde période sont très cohérentes avec des observations antérieures (cf. tableau de la page suivante). Près de la moitié des patients schizophrènes poursuivent leurs trajectoires contre moins d'un tiers dans l'ensemble. Un peu plus de la moitié des patients sous tutelle ou des patients percevant une AAH poursuivent leurs trajectoires. Le fait de bénéficier d'une pension d'invalidité ou d'être dans un secteur dit « plutôt hôpital de jour » augmente clairement la probabilité d'être présent sur la 2nde période (à près de 40 %). Enfin les patients résidents dans le secteur, comme les patients ne vivant pas seul, ceux âgés de 40 à 59 ans et/ou ceux dans des secteurs du spécialisé ont plus de probabilités de connaître une prise en charge par la suite.

Tableau n° 63 : Caractéristiques corrélées à la présence ou l'absence sur la 2nde période

- %-

Présence sur la 2 nd e période	Part de patients dans chaque modalité sur la seconde période	Effectif (% d'ensemble)
OUI	<ul style="list-style-type: none"> • Part de « schizophrénie, troubles schizo., délirants » : 49.4 • Part de patients résidents dans le secteur : 34.9 • Part de patients percevant une AAH : 52.5 • Part de patients sous tutelle : 53.1 • Part de patients ne vivant pas seul : 31.9 • Part de patients ayant une pension d'invalidité : 39.9 • Part de patients âgés de 40 à 59 ans : 32.9 • Part de patients dans des secteurs du spécialisé : 31.9 • Part de patients dans secteurs « plutôt hôp de jour » : 38.9 	1475 (30.4)
NON	<ul style="list-style-type: none"> • Part de patients résidents hors du secteur : 80.3 • Part de patients non renseignés/diagnostic : 83.8 • Part de patients non renseignés/protection : 77.2 • Part d'étudiants : 78.8 • Part de patients non renseignés/aah : 76.1 • Part de diagnostics imprécis : 79.6 • Part de patients non renseignés/pension d'invalidité : 74.8 • Part de patients dans des secteurs du général : 74.6 	3373 (69.6)

Exemples de lecture :

49.4 % des patients de diagnostic « schizophrénie, troubles schizo., délirants » sont présents sur la 2nde période, contre 30.4 % des patients de la population d'ensemble.

80.3 % des patients résident hors du secteur ne sont pas présents sur la 2nde période contre 69.6 % des patients de la population d'ensemble.

Pour démêler les effets de chaque variable, une régression logistique, où ont été introduites les caractéristiques de l'individu comme de son secteur d'inscription, a été réalisée.

S'y trouve clairement confirmé l'impact positif sur la part de patients restants sur la 2nde période : du diagnostic de schizophrénie, du bénéfice de l'AAH, comme de celui de la tutelle (et d'ailleurs de toute protection juridique), mais aussi celui de l'inscription dans un hôpital de jour. En symétrique, est confirmé l'impact négatif de la résidence hors du secteur, comme celui du diagnostic imprécis ou inconnu et celui du rattachement du secteur à un établissement général.

En conclusion, ces quelques éléments restent largement insuffisants pour prédire le devenir de la majorité des patients au seul regard de leur profil individuel et de leur secteur d'inscription.

II-3-3. Les enseignements à tirer

Deux interrogations traversent ces dernières explorations : les trajectoires se stabilisent-elles avec le temps ? Quels sont les meilleurs facteurs prédictifs d'une consommation de soins au delà de la dimension annuelle ou annualisée (période sur 12 mois) ?

- **Le temps : facteur de stabilisation ?**

Il a été possible, dans la première partie de ce travail, d'appréhender le sens de la relation existant entre l'ancienneté d'un patient dans le secteur et sa consommation de soins : les patients les plus anciens dans un secteur sont aussi les patients ayant le plus fort niveau de consommation de soins.

Par l'observation de la cohorte des arrivants en 1993, on observe « l'effet » du temps « en direct ». Quels sont les patients qui restent ? Comment peut-on les caractériser ?

On note clairement que les patients comptant le plus de mois de présence et le plus d'actes-jours sur une première période de 12 mois d'observation sont ceux qui ont le plus de probabilités de poursuivre leur trajectoire sur la période suivante.

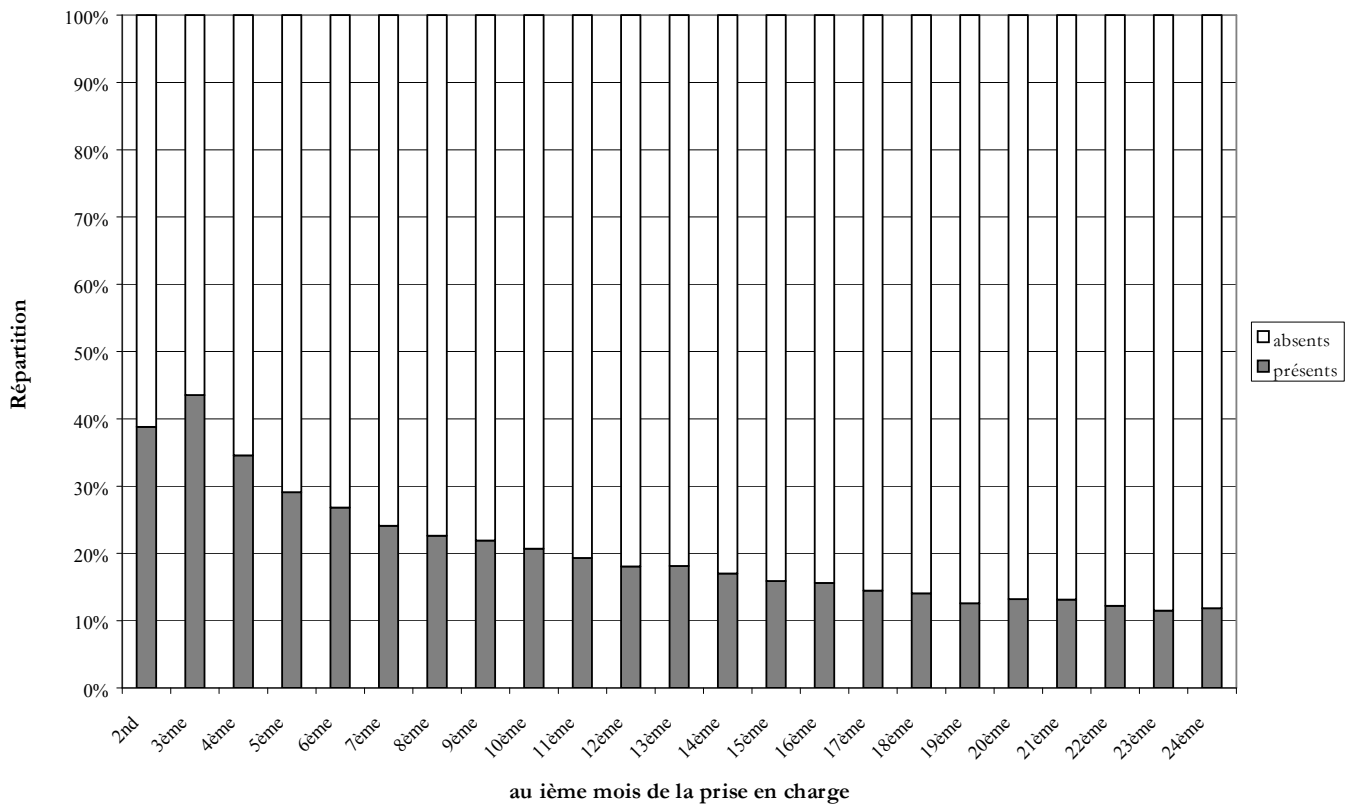
Sur le plan qualitatif, au sens où on « qualifie » le devenir des patients, on est tenté d'utiliser le mot de « stabilisation », considérant que selon le type de prise en charge de départ, on se stabilise différemment. En d'autres termes, si le patient mêle hôpital temps plein et ambulatoire, sur une première période de 12 mois, il se stabilisera dans un suivi en ambulatoire ; le patient de l'ambulatoire continuera en ambulatoire ; le patient ayant connu du temps partiel continuera en temps partiel. Les quelques patients dont la trajectoire s'effectue uniquement en hôpital à temps plein qui poursuivent leur prise en charge sont effectivement de futurs patients « permanents » donc adeptes du tout hôpital temps plein pour une moitié, sinon s'engageant dans un mixte entre hôpital temps plein et ambulatoire ou suivis en ambulatoire.

Pour mieux percevoir l'effet du temps, on a tenté d'observer mois par mois le devenir des patients de la cohorte de 1993. Partant de la totalité des patients arrivants en 1993, on a représenté pour chaque $i^{\text{ème}}$ mois, l'effectif des patients présents en distinguant les patients « toujours restés » autrement dit qui ont une présence enregistrée chaque mois et les patients « partis/revenus », car leurs trajectoires comportent des mois d'absence.

On constate qu'au 6^{ème} mois, près de 27 % des patients arrivés lors du 1^{er} mois sont présents. Un peu plus de la moitié, soit 15 % des patients au départ, ont été présents continuellement, autrement dit, ont eu une présence enregistrée lors de chaque mois. Par conséquent, les 12 % restants n'ont pas été présents sur chacun des mois.

Au 12^{ème} mois de leurs trajectoires, 18 % des patients sont présents dans le secteur. Un sur trois (6 %) a été présent sur chacun des mois. A partir du 18^{ème} mois, les rapports se stabilisent ; la proportion de patients présents continue à baisser légèrement, mais principalement sous l'effet d'une diminution de la proportion des patients « toujours restés » de 3.4 % (au 18^{ème} mois) à 2.2 % au 24^{ème} mois.

Graphique n° 34 :
Répartition des patients présents et absents au cours du i^{ème} mois
(cohorte des patients arrivants en 1993, sans monoconsultants sur les 12 premiers mois)



On peut donc noter aussi une certaine stabilisation de la masse des patients, lors du 24^{ème} mois, environ 12 % des patients ont une présence enregistrée.

Pour affiner encore ce point, on a observé pour chacun des mois, la part de patients présents au cours des mois antérieurs. Ainsi 24 % des patients présents lors du 2nd mois de leur trajectoire sont présents au cours du 13^{ème} mois, comme 31 % des patients présents lors du 3^{ème} mois, 38 % des patients présents lors du 4^{ème} mois, etc.

L'examen est schématisé sur le graphique de la page suivante.

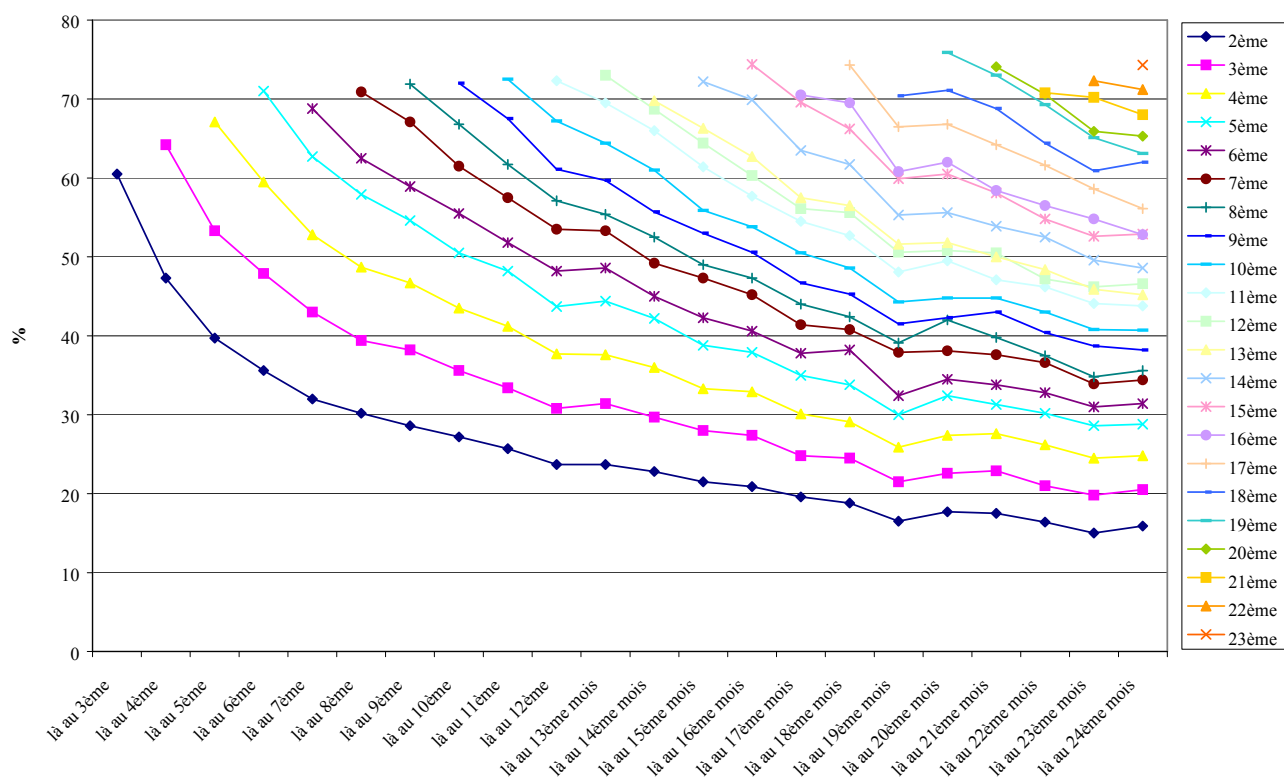
Plusieurs points apparaissent :

- La probabilité pour un patient donné d'être là le mois suivant (rapport : $n - 1/n$) est toujours la plus forte. Par exemple, parmi les patients présents lors du second mois de leur prise en charge, 60.5 % d'entre eux sont aussi présents lors du 3^{ème} mois, contre 47.3 % lors du 4^{ème} mois, contre 39.7 % des patients lors du 5^{ème} mois, etc. Autrement dit, les patients présents un mois donné, ont une probabilité de plus en plus faible d'être présents plus le temps passe. Mais cette « loi » s'éousse avec le temps : au delà de 18 mois (rapport : $n-18/n$), cette probabilité ne diminue plus sensiblement, elle semble se stabiliser.
- Plus on s'éloigne du point de départ de la trajectoire, plus la probabilité pour un patient présent un mois donné d'être là le mois suivant augmente. Ainsi, alors que 60.5 % des

patients présents lors du 2^{ème} mois le sont lors du 3^{ème}, 64.2 % des patients présents lors du 3^{ème} mois sont là au cours du 4^{ème} mois Cette proportion se situe entre 60 et 70 % pour les 6 premiers mois. Elle se situe entre 70 et 73 % sur les 6 mois suivants. Elle évolue entre 70 et 76 % pour les mois suivants encore. Autrement dit, alors que dans les premiers mois de prise en charge d'un patient, sa présence un mois donné est moyennement prédictive de sa présence le mois suivant, elle le devient beaucoup plus au bout de 12 mois de trajectoire.

- Enfin plus on avance dans le cursus d'un patient, plus la prédiction des mois plus anciens augmente. Ainsi alors que 22.8 % des patients présents lors du 2^{ème} mois sont là au 14^{ème} mois, c'est 46.6 % des patients présents lors du 12^{ème} mois qui sont là lors du 24^{ème} mois. Le rapport existant entre (n-12) et n augmente, plus on s'éloigne du départ de la trajectoire.

Graphique n° 35 :
Proportion de patients présents au i^{ème} mois et là les mois suivants
 (cohorte des patients arrivants en 1993, sans monoconsultants sur les 12 premiers mois)



Exemple de lecture : 60.5 % des patients présents lors du 2nd mois sont là lors du 3^{ème} mois. 30.2 % des patients présents lors du 2nd mois sont là lors du 8^{ème} mois.

Ces trois éléments s'inscrivent dans la même logique, plus un individu prolonge sa prise en charge, plus il augmente sa probabilité de la prolonger encore. Mais alors que les premiers mois de prise en charge sont assez peu prédictifs de la suite, au bout de 12 mois de suivi on peut mieux prédire le devenir. L'évolution est cependant progressive et ne révèle pas de véritable seuil.

- **Quels sont les facteurs de prédiction ?**

L'étude des relations entre les caractéristiques des patients et celles de leur secteur avec leur devenir sur plusieurs années ou périodes fournit des résultats cohérents avec ceux obtenus au regard de leur trajectoire sur 12 mois, mais n'apporte guère d'informations supplémentaires. Que ce soit pour l'ensemble de la file active de 1993 examinée d'année en année, ou, sur la cohorte d'arrivants en 1993 examinée de période en période, on ne fait que confirmer : la plus forte probabilité de poursuite des patients présentant des diagnostics de schizophrénie, bénéficiaires d'une protection juridique, etc.

L'apport le plus significatif est constitué par la différence de devenir pour l'ensemble des patients étudiés dans des secteurs rattachés à un établissement général, il sont plus courts dans leurs trajectoires. L'effet structure apparaît de manière très claire. Il est sensible aussi que dans les secteurs dits « plutôt hôpital de jour », la proportion de patients poursuivants est plutôt plus élevée, du fait principalement que les patients, qui y sont pris en charge, y sont plus accueillis à temps partiel, mode de prise en charge qui s'inscrit plus nettement dans la durée.

L'étude de la corrélation existant entre le nombre d'actes-jours effectués d'une année à l'autre dans le suivi d'une file active révèle cependant que s'il n'existe pas à proprement parler d'effets inductifs des caractéristiques individuelles du patient sur le devenir d'une année à l'autre, le degré de relation entre les consommations de soins d'une période à l'autre varie de manière significative selon le diagnostic et l'ancienneté.

Reste qu'en l'état actuel de nos connaissances, il ne paraît guère possible de prévoir le devenir des patients sur plusieurs années au regard seulement de leurs caractéristiques individuelles, comme celles de leur secteur.

Par exemple, pour prédire la probabilité d'une poursuite de la trajectoire sur la seconde période pour les patients de la cohorte des arrivants en 1993, en s'appuyant sur le diagnostic et la nature de l'établissement de rattachement du secteur, on peut affirmer pour 964 individus, soit près de 20 % des patients qu'ils ont plus de quatre chances sur cinq de ne bénéficier d'aucune prise en charge sur l'année suivante.

Si en revanche, on s'appuie sur la prise en charge de la 1^{ère} période, on sait que les monoconsultants, comme tous les patients ayant des trajectoires ponctuelles (62 % de la population), ont plus de 9 chances sur 10 d'être absent sur la seconde période. A l'opposé, pour les patients ayant des trajectoires avec 11 ou 12 mois de présence : comptant entre 61 et 299 actes-jours soit sans hôpital temps plein, soit avec de l'hôpital temps plein et du temps partiel, ou, comptant au moins 300 actes-jours (3 % de la population), on sait que plus de 80 % d'entre eux effectueront au moins 15 actes-jours sur la 2^{ème} période.

En bref, on est en mesure d'évaluer grossièrement pour 65 % des patients (près des deux tiers), un devenir un peu plus précis sur la base de la trajectoire effectuée sur la 1^{ère} période. Mais en dehors de ces éléments, on n'obtient pas dans la base de données d'éléments probants qui « au départ », sans informations supplémentaires sur la prise en charge du patient, permettent d'appréhender le devenir du patient.

III. DES TRAJECTOIRES A UNE EVALUATION DE COUT

Pour avancer dans la définition d'un coût sur la base d'une trajectoire de soins, la dernière étape consiste à affecter un coût aux modalités de prise en charge. Il s'agit par conséquent de relier la consommation de soins et le coût engendré. C'est l'objet du premier point de cette partie. Ensuite, il s'agit de montrer comment la pondération de chaque trajectoire de soins peut permettre - sur la base de la composition des populations accueillies dans les secteurs - de définir des nombres d'actes-jours théoriques et par là d'analyser ce qui se passe dans les différents secteurs. C'est l'objet du second point de cette partie

III-1. De la consommation aux coûts

Pour la lisibilité des trajectoires, il est choisi de différencier les trois grands types de prise en charge : temps complet, temps partiel et ambulatoire. Les fondements comme les questions associées à cette différenciation sont expliqués dans le premier paragraphe. Ensuite trois systèmes de pondération et leur mode de production sont présentés. Dans le dernier paragraphe, il s'agit de cerner comment l'utilisation de ces systèmes influence les évaluations ; autrement dit, on compare les résultats obtenus avec chacun des systèmes sur certains points.

III-1-1. La distinction commune des 3 grands types de prise en charge

Cette distinction entre les trois types de prise en charge figure dans les rapports de secteur, elle est souvent utilisée pour distinguer l'activité. Il est vrai qu'elle reflète une évolution : d'abord l'hospitalisation à temps plein, complétée par des alternatives à temps complet. Puis viennent les alternatives du temps partiel et de l'ambulatoire. Ces trois types de prise en charge se distinguent clairement sur le plan de leur coût. L'hospitalisation à temps complet, prise en charge « totale », nécessite évidemment une logistique beaucoup plus importante qu'à temps partiel. La différence entre temps partiel et ambulatoire se situe aussi au niveau logistique, mais surtout en termes de temps des intervenants mobilisés.

Mais il est vrai que cette distinction peut être jugée insuffisante pour plusieurs raisons, notamment :

- Elle n'est pas assez détaillée. On a coutume de dénoncer le fait que l'accueil en CATTP est plus proche de l'ambulatoire que du temps partiel. Les alternatives de temps complet génèrent des coûts fondamentalement différents, en composition comme en valeur, de ceux de l'hôpital temps plein. Parmi les soins ambulatoires, on peut parfois difficilement comparer la consultation en CMP et les soins en unité d'hospitalisation somatique, par exemple.
- Il y a une forte hétérogénéité d'une structure de soins à l'autre entre les moyens absorbés pour chaque type de prise en charge, effets d'échelle comme de structuration du service, effet aussi de spécialisation relative de certaines structures sur des populations plus spécifiques, etc. La signification de la moyenne pour un type de prise en charge s'en trouve amoindrie.
- Dans une optique longitudinale, on doit considérer le fait que selon le moment dans le cursus du patient, le coût associé direct (au moins) varie. Cet élément s'est d'ailleurs révélé discriminant dans le cadre de l'analyse des coûts directs effectuée par le PMSI, et, a généré la prise en compte de l'ancienneté pour différencier les patients en hôpital temps plein.

Dans la mesure où l'étude ici menée sur les trajectoires s'effectue sur la base du recueil fiche-patient, on ne pouvait s'appuyer que sur les 16 modalités de prise en charge relevées définies dans la fiche.

Au fur et à mesure du travail, des choix ont été effectués :

- Au sujet de l'hôpital à temps complet : l'hôpital temps plein est nettement prépondérant, la faiblesse des effectifs de patients concernés par les alternatives fait qu'ils n'ont pas été traités de manière spécifique.
- Au sujet de l'hôpital à temps partiel, il semblait dans un certain nombre de cas, que les modalités étaient très proches, et que les écarts de trajectoires entre les patients accueillis en temps partiel et les autres patients étaient plus fortes, que celles existants entre les différentes modalités du temps partiel. Dans la mesure en outre où les effectifs de patients concernés par chaque modalité étaient assez partagés, la distinction paraissait superflue.
- Concernant l'ambulatoire, on perçoit bien les spécificités propres à chaque modalité, à chaque niveau de consommation correspondent des modalités différentes (pour plus de détails se reporter au paragraphe II-2-1). Mais parallèlement, il semblait bien plus important de distinguer les associations dans les trajectoires, principalement de l'hôpital temps plein avec l'ambulatoire, que de faire la différence a priori entre les différentes prises en charge de l'ambulatoire.

Pour ces diverses raisons, on s'est principalement appuyé sur la composition des trajectoires en fonction des trois catégories principales. Ensuite, la valorisation de chaque acte-jour est conditionnée par ce choix.

III-1-2. La production de systèmes de pondération

Plusieurs travaux fournissent des systèmes de pondération relatifs entre les trois types de prise en charge. Ces travaux étaient bien sûr portés par un souci de comparaisons budgétaires entre structures.

En région Aquitaine, le système de pondération produit à dire d'experts partant d'une pondération de 1 pour l'hôpital à temps complet, en déduit un coefficient de 0.7 pour le temps partiel et de 0.3 pour l'acte ambulatoire.

Dans le cadre d'un travail mené à la division financière de la DHOS [43], une analyse a été effectuée sur la base d'un échantillon d'établissements et prenant en compte le rapport existant entre les coûts directs totalisés avec les coûts indirects, comparés avec l'activité mesurée en nombre de journées, venues ou actes. Ce travail établit que le coût moyen d'une journée en hôpital temps plein est de l'ordre de 1500 F, celui d'une venue à temps partiel est légèrement supérieur à 860 F, enfin celui d'un soin ambulatoire se situerait à près de 530 F. Ce qui en termes d'échelle de pondération aboutit avec un coefficient 1 pour le temps complet, à un coefficient de 0.58 pour le temps partiel et un coefficient de 0.35 pour les soins ambulatoires en psychiatrie adulte.

Lors de la 1^{ère} exploitation de la base de données « trajectoires », une démarche avait été menée pour mettre en évidence un système de pondération propre à maximiser les écarts dans la population selon la consommation dans chaque type de prise en charge. Ce système aboutissait à la production d'un système de pondération où si le temps complet a un coefficient de 1, le temps partiel a un coefficient 0.04 et l'ambulatoire de 0.03. Cela apparaît logique dans la mesure où c'est en matière de temps complet, que les consommations de soins se différencient le plus.

III-1-3. Les indices synthétiques de consommation

Sur la base d'un système de pondération, on peut effectivement produire un indice synthétique de consommation. Ainsi à chaque patient on affecte, en fonction de sa consommation de soins sur 12 mois, un poids total, que l'on nomme indice synthétique de consommation.

Deux séries de coefficients ont été testées :

$$\text{Isyntco1} = \text{totcomp} + (0.7 * \text{totparti}) + (0.3 * \text{totambu})$$

$$\text{Isyntco2} = \text{totcomp} + (0.58 * \text{totparti}) + (0.35 * \text{totambu})$$

totajpt = nombre total sur 12 mois de jours en hospitalisation à temps complet

totparti = nombre total sur 12 mois de jours en hospitalisation à temps partiel

totambu = nombre total sur 12 mois de consultation en ambulatoire

Par exemple : avec le système Aquitaine (1, 0.7, 0.3), Un patient A ayant passé 350 jours en hôpital temps plein comptera 350 points ; Un patient B ayant eu 5 consultations comptera 1.5 point ; Un patient C ayant effectué 20 jours d'hôpital temps plein puis 4 consultations comptera 21.2 points.

Alors que sans système de pondération différencié, autrement dit en considérant de la même manière chaque acte-jour : le patient A comptera 350 points, le patient B en comptera 5 et le patient C en comptera 24

Pour comprendre comment fonctionnent ces systèmes de pondération, le calcul de la valeur moyenne des indices de consommation a été effectué pour deux populations : la population des arrivants de 1993, la population de l'ensemble des patients que l'on a pu suivre sur 12 mois sur les 2 échantillons, quelle que soit son ancienneté.

En premier lieu, la consommation en nombre moyen d'actes-jours est évaluée, autrement dit sans pondération relative des prises en charge, chaque coefficient est égal à 1.

Tableau n° 64 :
Consommation de soins évaluée sans pondération relative des trois types de prise en charge

POPULATIONS	NOMBRE D'ACTES-JOURS		
	Total	sans mono consultants	sans monoconsultants ni patients au long cours
POPULATION TOTALE DES 2 ECHANTILLONS			
Moyenne	29.30	37.70	28.34
<i>Ecart-type</i>	<i>63.45</i>	<i>70.09</i>	<i>44.75</i>
Effectif	27 836	21460	20 843
POPULATION DES ARRIVANTS DE 1993			
Moyenne	17.40	24.70	23.60
<i>Ecart-type</i>	<i>36.79</i>	<i>42.23</i>	<i>37.95</i>
Effectif	7 007	4 848	4 831

Exemple de lecture : le nombre moyen d'actes-jours consommés sur 12 mois dans la population totale des patients de l'échantillon observables sur 12 mois est de 29.3 actes-jours.

Le calcul de la consommation a été réalisé selon que les populations examinées étaient considérées dans leur totalité, non compris les monoconsultants, puis en les privant encore des patients au long cours. Cela permet d'appréhender le poids de ces patients des « extrêmes » dans la valeur de l'indice synthétique de consommation.

On note que les écarts entre les deux populations sont très significatifs, mais qu'en déduisant les patients au long cours, on réduit de plus de la moitié ces écarts.

Dans le tableau suivant, la consommation de soins est évaluée en utilisant les deux systèmes de pondération.

Tableau n° 65 :
Comparaison des indices synthétiques de consommation pour 2 populations

POPULATIONS	ISYNCO1			ISYNCO2		
	Total	sans mono consultants	sans monoconsultants ni patients au long cours	Total	sans mono consultants	sans monoconsultants ni patients au long cours
POPULATION TOTALE DES 2 ECHANTILLONS						
Moyenne	22.89	29.59	20.18	22.73	29.37	19.99
<i>Ecart-type</i>	59.96	66.85	38.53	59.30	66.09	37.36
Effectif	27 836	21 460	20 843	27 836	21 460	20 843
POPULATION DES ARRIVANTS DE 1993						
Moyenne	13.19	18.91	17.81	13.24	18.96	17.87
<i>Ecart-type</i>	33.23	38.60	33.86	32.82	38.09	33.35
Effectif	7 007	4 848	4 831	7 007	4 848	4 831

Exemple de lecture : les patients arrivants en 1993 selon notre base sont au nombre de 7007. Ils consomment en moyenne 13.19 points selon l'indice 1 (1, 0.7, 0.3), contre 13.24 points selon l'indice 2 (1, 0.58, 0.35). Si l'on exclut les monoconsultants, les indices s'élèvent respectivement à 18.91 et 18.96.

Avec les indices de consommation pondérée, très logiquement la consommation moyenne est évaluée à un moindre niveau. Les deux systèmes de pondération produisent des consommations moyennes très proches l'une de l'autre, quelle que soit la composition de la population observée.

Quel que soit l'indice utilisé, on constate que : la population des arrivants de 1993 est beaucoup moins sensible à l'exclusion des consommations « extrêmes », que la population totale des deux échantillons. C'est la population des patients aux long cours qui « tire » la moyenne, et, l'exclusion de ces patients, rapproche franchement la population des nouveaux arrivants de la population d'ensemble. Il faut remarquer aussi que l'utilisation des indices de consommation pondérée contribue à diminuer l'écart entre les arrivants et l'ensemble, lorsque les patients aux consommations extrêmes sont exclus.

La forte proximité des résultats obtenus par les deux indices de consommation pondérée semble montrer que la prépondérance accordée à l'hôpital temps plein - hypothèse plus que recevable dans beaucoup d'établissements à l'heure actuelle – laisse peu d'espace d'influence aux deux autres types de prise en charge.

Enfin grâce à un indice synthétique de consommation, les techniques d'analyse de variance peuvent être utilisées. Comment varient ces indices selon les caractéristiques propres aux individus et à leur secteur d'inscription ?

Cette analyse avait été effectuée dans le cadre de la 1^{ère} exploration de la base de données trajectoires sur la quasi-totalité de la population alors observable sur 12 mois. Elle est réalisée ici sur la population totale de nos deux échantillons.

Tableau n° 66 :
Comparaison des taux de variance expliquée et degré d'explication des variables
selon les différents indices synthétiques
pour la population totale des 2 échantillons (sans monoconsultants)

Variables (modalités)	Appréciation du degré d'explication	
	ISYNCO1	ISYNCO2
Protection juridique (aucune, sauv. de justice, curatelle, tutelle)	**	**
Diagnostic (A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L)	*	*
AAH (oui/non)	**	**
Profession (9 modalités)	*	*
Résidence (dans le secteur, hors du secteur)	**	**
Sans domicile fixe (oui, non)	**	**
Ancienneté (< 2 ans, 2 à 4 ans, 5 ans et +)	**	**
Classe de secteur (4 modalités)*	*	*
Type de secteur (général, spécialisé)	**	**
Situation familiale (célibataire, marié, divorcé, veuf)	o	o
Mode de vie (ne vit pas seul, vit seul)	o	o
Pension d'invalidité (oui, non)	o	o
Classe d'âge (<25 ans, 25-39 ans, 40-59 ans, 60 ans et +)	o	o
Sexe (homme, femme)	o	o
Pourcentage de valeur expliquée (effectif de patients pris en compte)	21.76 (13 741)	21.60 (13 741)

* Il s'agit des classes issues de la typologie des secteurs établie dans la 1^{ère} phase de nos travaux , au nombre de 4 : les secteurs plutôt hôpital temps plein, les secteurs plutôt consultation, les secteurs plutôt hôpital de jour et les « autres ».

Le degré de significativité ou avec la consommation de soins est indiqué par des symboles :

- Lorsque « ** » est indiqué, cela signifie que toutes les modalités de la variable sont significatives : c'est le cas de la protection juridique et de l'ancienneté qui étaient assez attendues, la nature de l'établissement de rattachement est aussi valorisée, car le caractère moins lourd des consommations dans les secteurs « du général » apparaît. On note aussi le caractère significatif de certaines variables qui concernent des effectifs de patients faibles comme : la perception de l'AAH, la résidence à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur et le statut de SDF.
- Lorsque « * » est indiqué, cela signifie qu'une partie des modalités est significative. C'est le cas du diagnostic, du statut professionnel et de la place du secteur dans la typologie.
- Lorsque « o » est indiqué, il n'y a pas de sensibilité visible du niveau de consommation de soins : les variables situation familiale, mode de vie, âge, sexe et perception d'une pension d'invalidité sont dans ce cas.

Quoi qu'il en soit, les deux indices synthétiques fonctionnent de la même manière selon les variables et indiquent des taux de variance expliquée légèrement inférieurs à 22 %.

III-2. Des trajectoires de soins à la définition de consommation d'actes-jours

Douze trajectoires types ont été définies. Ces 12 trajectoires sont « valorisées » en actes-jours des trois types. Les résultats de l'application du modèle défini sur l'ensemble de nos échantillons, sont utilisés pour examiner chaque secteur, c'est le premier paragraphe. Dans le second paragraphe, sont présentés et interprétés les résultats obtenus globalement si l'on rend compte des observations avec les indices synthétiques de consommation.

III-2-1. A partir de profils d'accès des patients aux 12 trajectoires : Examen des 3 niveaux de consommation des secteurs

Connaissant d'une part les profils d'accès des patients aux 12 trajectoires sur l'ensemble de nos deux échantillons, connaissant d'autre part pour chacun des secteurs des échantillons la répartition des patients dans les groupes figurant dans chaque profil, il est possible d'examiner la cohérence d'ensemble en comparant pour chaque secteur :

- le nombre théorique d'actes-jours évalué par le modèle dans les trois types de prise en charge ;
- au nombre réel d'actes-jours effectués dans les trois types de prise en charge.

Les trois étapes pour obtenir le nombre théorique d'actes-jours dans les 3 types de prise en charge pour chaque secteur sont les suivantes :

- Décomposition de la population des patients (hors monoconsultants) du secteur selon les définitions des sept profils généraux définis.
- Calcul pour chaque profil du nombre moyen d'actes-jours effectués en hôpital à temps plein, en temps partiel ou en ambulatoire en tenant compte du nombre moyen d'actes-jours dans chaque type de trajectoire pondéré par la probabilité d'effectuer chaque trajectoire.
- Totalisation des nombres d'actes-jours obtenus pour l'ensemble du secteur.

Ainsi pour calculer le nombre théorique d'actes-jours en hôpital à temps complet dans un secteur donné :

Nombre calculé d'actes-jours en hôpital à temps complet : $\sum_i \sum_j (n_i \times p_{ij} \times C_j)$

Nombre calculé d'actes-jours en hôpital à temps partiel : $\sum_i \sum_j (n_i \times p_{ij} \times L_j)$

Nombre calculé d'actes-jours en ambulatoire : $\sum_i \sum_j (n_i \times p_{ij} \times A_j)$

où n : effectif des patients

p : probabilité d'accès à une trajectoire

C : nombre d'actes-jours à temps complet

L : nombre d'actes-jours à temps partiel

A : nombre d'actes-jours à temps partiel

i : indice du profil variant de 1 à 7

j : indice de la trajectoire variant de 1 à 12

Tableau n° 67 :
Formules de calcul des nombres d'actes-jours théoriques
en hôpital temps plein, en hôpital à temps partiel et en ambulatoire pour un secteur donné

Profil	Nombre de patients du profil dans le secteur	En hôpital temps plein	En hôpital à temps partiel	En ambulatoire
Profil 1	n_1	$n_1 * (p_{1,1} * C_1) +$ $n_1 * (p_{1,2} * C_2) + \dots$ $n_1 * (p_{1,12} * C_{12})$	$n_1 * (p_{1,1} * L_1) +$ $n_1 * (p_{1,2} * L_2) + \dots$ $n_1 * (p_{1,12} * L_{12})$	$n_1 * (p_{1,1} * A_1) +$ $n_1 * (p_{1,2} * A_2) + \dots$ $n_1 * (p_{1,12} * A_{12})$
Profil 2	n_2			
.
.
.
Profil 7	n_7	$n_7 * (p_{7,1} * C_1) +$ $n_7 * (p_{7,2} * C_2) + \dots$ $n_7 * (p_{7,12} * C_{12})$	$n_7 * (p_{7,1} * L_1) +$ $n_7 * (p_{7,2} * L_2) + \dots$ $n_7 * (p_{7,12} * L_{12})$	$n_7 * (p_{7,1} * A_1) +$ $n_7 * (p_{7,2} * A_2) + \dots$ $n_7 * (p_{7,12} * A_{12})$
TOTAL	Effectif de patients du secteur	Nombre de jours d'hôpital temps plein calculés dans le secteur	Nombre de jours de temps partiel calculés dans le secteur	Nombre de jours en ambulatoire calculés dans le secteur

Le calcul des effectifs d'actes-jours a été réalisé pour tous les secteurs, les résultats détaillés figurent dans le tableau de la page suivante.

On peut retenir tout d'abord plusieurs points :

- On note des écarts entre effectifs réels et effectifs calculés, les actes-jours en ambulatoire étant les mieux évalués globalement. Près d'un secteur sur deux (36 secteurs sur 74) a un effectif réel d'actes-jours équivalent dans une fourchette de plus ou moins 20 % à l'effectif d'actes-jours calculé en ambulatoire. C'est près d'un secteur sur trois (23 secteurs sur 74) qui se situe dans la fourchette en hôpital temps plein et seulement un sur cinq (15 secteurs sur 74) pour l'hôpital à temps partiel.
- On doit cependant considérer que 9 secteurs très spécifiques ont été conservés dans la base d'ensemble, mais comme ils excluent ou quasi-excluent un ou plusieurs types de prise en charge, ils ne peuvent s'inscrire dans la bonne moyenne. Si l'on laisse de côté ces secteurs, les résultats apparaissent plus satisfaisants.
- La logique de la typologie est généralement respectée. Les secteurs dits « autres » - qui sont les plus proches d'une certaine moyenne - sont les mieux classés. Les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » présentent des effectifs réels d'actes-jours en hôpital temps plein les plus généralement supérieurs aux effectifs calculés. Les secteurs dits « plutôt consultation » présentent des effectifs réels d'actes-jours en ambulatoire les plus généralement supérieurs aux effectifs calculés. Les secteurs dits « plutôt hôpital de jour » présentent des effectifs réels d'actes-jours en hôpital à temps partiel les plus généralement supérieurs aux effectifs calculés.

Tableau n° 68 : Comparaison pour chaque secteur de l'échantillon des nombres d'actes-jours réels et théoriques en hôpital temps plein, à temps partiel et en ambulatoire

N° de secteur	Etablt	Secteur dit « plutôt... »	AJ tps plein théoriques	AJ tps partiel théoriques	AJ ambu. théoriques	AJ tps plein réels	AJ tps partiel réels	AJ ambu. réels	Effectif patients
2	spécialisé	«autre»	7820	1675	2847	8472	1793	2473	318
3	spécialisé	«autre»	5300	1246	2035	8599	1199	2174	213
6	spécialisé	«autre»	7340	1743	2810	11921	1173	3379	296
11	spécialisé	hôp de jour	4413	1011	1698	6771	32	1459	181
13	spécialisé	hôp de jour	4820	972	1491	6683	343	923	160
18	spécialisé	hôp tps plein	8097	1742	2682	15424	1226	1615	270
19	général	«autre»	10210	2756	5342	6992	1033	2779	614
20	spécialisé	«autre»	7573	1752	2976	6007	3194	3156	330
21	spécialisé	consultation	4194	1031	1901	4155	1421	3587	221
22	spécialisé	«autre»	7225	1679	3153	5430	3561	3585	377
25	spécialisé	hôp tps plein	9029	1932	3695	21522	2885	2979	455
27	général	hôp tps plein	6595	1639	3088	4607	0	1611	353
28	général	consultation	5495	1286	2489	1712	0	2990	295
32	spécialisé	hôp de jour	1433	416	835	0	3012	634	96
42	spécialisé	hôp de jour	1926	554	966	0	4833	328	101
43	général	consultation	7637	1759	3040	4065	2402	3792	346
44	général	«autre»	4786	1184	2181	4636	2058	1730	246
46	général	hôp de jour	8689	1785	2665	3232	2904	2143	272
50	général	hôp de jour	2206	489	1002	6904	1627	1089	130
52	spécialisé	consultation	6548	1481	2423	6856	688	2830	258
55	général	«autre»	8440	2168	4049	5635	2716	4206	449
56	général	«autre»	4153	1039	1738	3974	882	2330	182
57	spécialisé	«autre»	9837	2088	3565	15810	4147	3769	409
58	spécialisé	hôp de jour	9407	2192	3861	11756	5778	4057	413
59	spécialisé	hôp tps plein	8788	1920	3015	12410	2052	2774	316
63	spécialisé	«autre»	5878	1410	2657	5569	993	2639	301
67	spécialisé	hôp tps plein	6749	1299	1853	4564	850	1387	186
70	spécialisé	«autre»	7505	1740	3132	7967	1486	2681	357
71	spécialisé	hôp tps plein	5002	1122	1787	6574	1331	2031	187
73	spécialisé	«autre»	4648	1255	2157	4821	1095	2944	227
74	spécialisé	consultation	7470	1948	3558	5481	1446	5803	399
75	spécialisé	«autre»	5962	1560	2837	6908	2080	2767	311
77	spécialisé	consultation	13890	4027	8180	6110	36	8543	944
78	spécialisé	«autre»	5437	1207	2063	9018	427	1474	227
79	spécialisé	hôp de jour	2326	658	1323	0	3553	1	147
80	spécialisé	consultation	4884	1232	2178	5683	1808	3054	239
82	général	consultation	7411	1665	2878	3388	734	2264	323
84	spécialisé	«autre»	7413	1902	3383	7721	3420	2639	370
86	spécialisé	«autre»	10129	2384	4327	8270	1575	4183	490
89	spécialisé	«autre»	9057	2240	3791	12008	747	4289	400
91	spécialisé	«autre»	7995	1759	2951	12756	1599	4230	320
92	spécialisé	consultation	6288	1795	3265	10006	2486	2783	359
94	spécialisé	«autre»	7861	1711	2799	9423	2285	2062	298
95	spécialisé	hôp tps plein	8613	1890	3246	6662	1106	1852	367
96	spécialisé	hôp tps plein	6037	1287	2091	9488	1416	1326	228
98	spécialisé	hôp de jour	3676	871	1554	1469	2255	2414	178
100	spécialisé	«autre»	5941	1378	2279	6148	1708	3481	243
102	spécialisé	hôp de jour	8888	1906	3088	5362	5546	2733	321
104	spécialisé	«autre»	6259	1303	2163	6246	2784	1599	235
105	spécialisé	hôp tps plein	7996	1720	2647	8426	1984	1635	269
107	spécialisé	hôp tps plein	5829	1198	1852	9524	1359	1121	193
108	spécialisé	«autre»	4674	1045	1929	3184	1845	2277	228
201	spécialisé	«autre»	7268	1802	3363	4354	712	3772	380
202	spécialisé	consultation	3979	1035	2028	3720	272	2569	244
203	spécialisé	hôp tps plein	5403	1238	1933	15298	2193	3094	198
205	spécialisé	«autre»	6827	1569	2501	11024	1170	3308	262
209	spécialisé	«autre»	7875	1601	2593	4906	2060	2472	285
214	spécialisé	hôp tps plein	5350	1356	2614	5624	750	2175	305
219	spécialisé	hôp tps plein	4988	1083	1810	5385	733	1525	200
220	spécialisé	«autre»	5794	1345	2547	2462	3626	3053	301
224	spécialisé	«autre»	3879	993	1900	2853	365	1595	213
229	général	«autre»	5365	1168	2080	5276	203	1378	238
230	général	«autre»	7590	1790	3357	6683	1857	2599	383
250	spécialisé	consultation	4243	1004	1736	2925	2420	2094	191
251	spécialisé	consultation	3293	896	1695	1264	487	1559	196
252	spécialisé	«autre»	4234	1067	1793	3113	184	2676	191
260	spécialisé	consultation	4783	1251	2460	1068	27	5525	286
262	spécialisé	consultation	3000	758	1402	454	693	3468	161
265	général	«autre»	7062	1537	2609	2874	1772	2659	288
267	général	consultation	5428	1291	2499	4429	301	2015	297
270	spécialisé	«autre»	3610	984	2515	3394	710	3180	322
271	spécialisé	«autre»	6066	1566	3502	2891	1570	4826	426
279	spécialisé	hôp tps plein	5159	1241	1901	7626	226	1896	188
280	spécialisé	hôp tps plein	6829	1642	2555	11959	79	2686	257

S'il apparaît clairement qu'il est difficile au regard de ces données de produire une prédiction efficace des nombres d'actes-jours effectués en hôpital à temps partiel, on peut examiner de plus près les résultats produits concernant l'hôpital temps plein et l'ambulatoire.

- **Examen des niveaux de consommation moyens selon les profils**

Certains profils se prêtent mieux à la prédiction. Les patients des profils n°5 et n°7 sont les plus satisfaisants.

Les patients relevant du **profil n°7** représentent près d'un quart de la population.

- Ils ont une bonne prédiction de leur consommation en actes-jours ambulatoires pour près d'un secteur sur deux (35 secteurs, qui représentent 2352 patients, soit 45 % des patients de ce profil). Il est considéré que la prédiction est bonne, si le nombre moyen d'actes-jours en ambulatoire pour les patients de ce profil dans un secteur donné se situe entre 5.5 et 8.5, la valeur moyenne du profil se situant à 7.12. La prédiction n'est très mauvaise que dans deux secteurs (200 patients relèvent de ces 2 secteurs).
- La prédiction de leur consommation en actes-jours d'hôpital temps plein est moins satisfaisante. Si l'on considère que la prédiction est bonne lorsque le nombre moyen de jours en hôpital temps plein dans un secteur est situé entre 6 et 10 (la moyenne d'ensemble du profil étant à 8), il n'y a que 21 secteurs (28 % de la totalité des patients de ce profil) qui inscrivent leur moyenne dans cette fourchette. En outre, pour environ un secteur sur trois, la prédiction est très mauvaise.

Les patients relevant du **profil n°5**, représentent un peu plus du tiers de la population.

- Ils ont une bonne prédiction de leur consommation en actes-jours ambulatoires pour près d'un secteur sur deux (34 secteurs, qui représentent 3664 patients, soit la moitié des patients de ce profil). Il est considéré que la prédiction est bonne, si le nombre moyen d'actes-jours en ambulatoire pour les patients de ce profil dans un secteur donné se situe entre 7 et 10, la valeur moyenne du profil se situant à 8.5. La prédiction est très mauvaise dans 7 secteurs (moyenne inférieure à 4 actes-jours pour 4 secteurs, moyenne supérieure ou égale à 20 actes-jours pour 3 secteurs).
- La prédiction de leur consommation en actes-jours d'hôpital temps plein est nettement moins satisfaisante. Si l'on considère que la prédiction est bonne lorsque le nombre moyen de jours en hôpital temps plein est situé entre 13 et 21 (la moyenne d'ensemble du profil étant à 17.3), seuls 17 secteurs sont concernés (ils représentent 21 % des patients de ce profil). En outre, 15 secteurs présentent une prédiction très mauvaise.

Les patients des profils n° 3 et n°4 présentent des résultats intéressants, mais moyennement performants.

Les patients relevant du **profil n°4** représentent 15 % de la population.

- La prédiction de leur consommation en ambulatoire est satisfaisante pour 24 secteurs (qui représentent 32 % des patients de ce profil). Le nombre moyen d'actes-jours en ambulatoire pour ces secteurs se situe entre 9 et 12 (la moyenne du profil se situant à 10.3). Parmi les

autres secteurs, 8 ont des valeurs moyennes d'actes-jours aberrantes (5 d'entre eux ont une moyenne inférieure à 5, et, 3 ont des valeurs supérieures à 20).

- Au sujet de la consommation en jours d'hôpital temps plein, les résultats sont moyens, si 21 secteurs (représentant un tiers des patients de ce profil) se situent assez bien autour de la consommation moyenne du profil (la fourchette étant définie de manière assez large : entre 11 et 21 pour une consommation moyenne du profil à 16.12), beaucoup de secteurs se situent dans des valeurs extrêmes : 24 secteurs présentent des valeurs moyennes faibles – inférieures à 8 ; 9 secteurs présentent des valeurs moyennes fortes, autrement dit supérieures à 32.

Les patients relevant du **profil n° 3** représentent 8 % de la population.

- La prédiction de leur consommation en ambulatoire est satisfaisante pour 21 secteurs (qui représentent 31 % des patients de ce profil). Le nombre moyen d'actes-jours en ambulatoire pour ces secteurs se situe entre 12 et 15 (la moyenne du profil se situant à 13.6). Parmi les autres secteurs, 5 secteurs présentent des valeurs moyennes très faibles (inférieures à 7) et 2 secteurs présentent des valeurs moyennes fortes (supérieures à 25).
- pour 18 secteurs (qui représentent 26 % de ce profil), le nombre moyen d'actes-jours en hôpital temps plein n'est pas trop éloigné de la moyenne : ils se situent entre 21 et 31, alors que la moyenne du profil est à 26.4. Mais 31 secteurs ont des valeurs excessivement faibles ou fortes, ce qui montre la mauvaise prédictibilité en la matière.

Les patients relevant des autres profils (profils n°1, 2 et 6) sont mal prédits, peu de secteurs ont une moyenne dans une fourchette satisfaisante, et beaucoup de secteurs sont franchement éloignés de la moyenne. Les résultats restent cependant meilleurs en ambulatoire qu'en hôpital temps plein. Les patients de ces 3 profils représentent au total 17 % de la population totale des patients.

En conclusion, on note de réelles différences selon les profils des patients. Les profils concernant les effectifs de patients les plus conséquents sont aussi ceux pour lesquels les moyennes obtenues sur l'ensemble ont le plus de signification. A l'opposé, les profils concernant le moins de patients sont les plus soumis aux variations aléatoires. Parmi ces derniers figure le profil 1 qui est le profil construit par défaut (cf. dernier point du II-2-4), le plus hétérogène. Concernant le profil 2, qui accueille les consommateurs les plus lourds, la variabilité des chiffres tient à la fois aux faibles effectifs des patients concernés dans chaque secteur, et à la forte variabilité du poids de leur prise en charge selon les structures (des écarts-types importants), le partage entre temps partiel et hôpital temps plein contribue aussi fortement à ces écarts entre les secteurs. Concernant le profil 6, constitué de patients atteints de troubles liés aux substances, groupe pour le moins homogène, il semble que la variabilité soit très forte, selon les choix effectués dans les structures.

En bref :

- pour 20 secteurs : la majorité des patients se trouve dans des catégories dont la consommation en ambulatoire est bien prédite ;
- pour 18 secteurs : la majorité des patients se trouve dans des catégories dont la consommation en hôpital temps plein est bien prédite.

- **Examen du respect de la hiérarchie de consommation de jours en hôpital temps plein selon les profils**

Au lieu d'observer l'adéquation du niveau de consommation pour chaque profil dans les secteurs, on vérifie ici que la hiérarchie établie par le modèle entre les divers profils est bien respectée sur le plan de la consommation en hôpital temps plein. Dans la mesure où la consommation de journées d'hôpital temps plein varie selon une large amplitude, il est possible d'accorder plus de souplesse aux critères d'adéquation utilisés.

Le profil n°7 de patients est le profil où s'effectuent le moins d'actes-jours en temps plein (8 en moyenne). Les profils n°4, 5 et 6 sont des profils de consommation intermédiaire (de 16 à 18 jours en hôpital temps plein en moyenne). Le profil n°3 engage en moyenne une consommation légèrement supérieure (26 actes-jours d'hôpital temps plein). Le profil n°1 oriente vers des consommations a priori encore plus élevées (54 actes-jours en moyenne en hôpital temps plein, avec cependant un fort écart-type). Enfin le profil n°2 présente un niveau de consommation de jours en hôpital temps plein très élevé, puisqu'il est proche de 100 en moyenne.

Pour 12 secteurs de l'échantillon, cette hiérarchie est strictement respectée. En d'autres termes, si l'on classe les profils par ordre croissant de leur consommation de jours en hôpital temps plein, la séquence suivante est bien observée : 7, 4-5-6, 3, 1, 2.

Si l'on se cantonne au respect des deux extrêmes de la hiérarchie, 39 secteurs apparaissent cohérents.

Dans la mesure où 3 secteurs, très spécifiques, ne sont pas à considérer car les patients s'y inscrivant ne peuvent être accueillis en hôpital temps plein, il apparaît que 1 secteur sur six respecte la hiérarchie et que plus d'un secteur sur deux respecte les extrêmes de cette hiérarchie.

III-2-2. Comparaison des niveaux de consommation réels et théoriques à partir de l'indice synthétique de consommation, par secteur

L'indice synthétique de consommation permet de mesurer simplement la consommation globale sur la base du nombre d'actes-jours effectués dans chacun des trois grands types de prise en charge. Il est possible ainsi de comparer simplement l'indice synthétique obtenu en réalité et celui obtenu par l'application du modèle. Dans le tableau de la page suivante figurent les résultats obtenus avec l'indice théorique 1 (pondérations : 1, 0.7, 0.3). L'examen effectué avec l'indice 2 (pondérations : 1, 0.58, 0.35) aboutit à des résultats fortement semblables au global.

Un peu moins de la moitié des secteurs (31 secteurs) ont des indices de consommation théorique et réelle proches : l'indice de consommation globale réelle se situe dans une fourchette de plus ou moins 20 % relativement à l'indice de consommation globale (ils figurent dans les lignes grisées du tableau).

En raison du poids plus élevé accordé à la journée d'hôpital temps plein - comparé à celui de la venue en hôpital à temps partiel et à celui de l'acte en ambulatoire - les secteurs dits « plutôt hôpital temps plein » ont, dans quatre cas sur cinq, un indice de consommation réelle proche ou supérieur à l'indice de consommation théorique.

Tableau n° 69 : Comparaison pour chaque secteur de l'échantillon des indices synthétiques de consommation théorique et réelle - Secteurs classés par ordre croissant du rapport (réel/ théorique)

ordre	N° secteur	Etab ^t	Secteur « plutôt.. »	Indice conso.théorique (1)	Indice conso. réelle (2)	(2)/(1)
1	28	général	consultation	7142.30	2609.0	0.36529
2	260	spécialisé	consultation	6397.45	2744.4	0.42898
3	77	spécialisé	consultation	19162.90	8698.1	0.45390
4	251	spécialisé	consultation	4428.20	2072.6	0.46805
5	82	général	consultation	9439.67	4581.0	0.48529
6	262	spécialisé	consultation	3951.03	1979.5	0.50101
7	46	général	hóp de jour	10738.49	5907.7	0.55014
8	265	général	«autre»	8920.81	4912.1	0.55063
9	27	général	hóp tps plein	8668.57	5090.3	0.58721
10	19	général	«autre»	13741.51	8548.8	0.62212
11	201	spécialisé	«autre»	9538.44	5984.0	0.62736
12	271	spécialisé	«autre»	8213.46	5437.8	0.66206
13	67	spécialisé	hóp tps plein	8214.11	5575.1	0.67872
14	224	spécialisé	«autre»	5144.01	3587.0	0.69732
15	43	général	consultation	9779.81	6884.0	0.70390
16	209	spécialisé	«autre»	9773.12	7089.6	0.72542
17	95	spécialisé	hóp tps plein	10909.72	7991.8	0.73254
18	252	spécialisé	«autre»	5518.06	4044.6	0.73298
19	267	général	consultation	7081.59	5244.2	0.74054
20	79	spécialisé	hóp de jour	3184.06	2487.4	0.78120
21	55	général	«autre»	11172.16	8798.0	0.78749
22	220	spécialisé	«autre»	7499.54	5916.1	0.78886
23	98	spécialisé	hóp de jour	4751.22	3771.7	0.79384
24	86	spécialisé	«autre»	13095.85	10627.4	0.81151
25	74	spécialisé	consultation	9900.65	8234.1	0.83167
26	229	général	«autre»	6806.32	5831.5	0.85678
27	108	spécialisé	«autre»	5984.42	5158.6	0.86201
28	202	spécialisé	consultation	5312.06	4681.1	0.88122
29	230	général	«autre»	9850.60	8762.6	0.88955
30	102	spécialisé	hóp de jour	11149.05	10064.1	0.90269
31	63	spécialisé	«autre»	7662.44	7055.8	0.92083
32	20	spécialisé	«autre»	9692.32	9189.6	0.94813
33	270	spécialisé	«autre»	5052.97	4845.0	0.95884
34	250	spécialisé	consultation	5466.69	5247.2	0.95985
35	214	spécialisé	hóp tps plein	7083.43	6801.5	0.96020
36	22	spécialisé	«autre»	9346.10	8998.2	0.96278
37	56	général	«autre»	5401.54	5290.4	0.97942
38	52	spécialisé	consultation	8312.06	8186.6	0.98491
39	219	spécialisé	hóp tps plein	6289.31	6355.6	1.01054
40	70	spécialisé	«autre»	9662.61	9811.5	1.01541
41	105	spécialisé	hóp tps plein	9994.58	10305.3	1.03109
42	73	spécialisé	«autre»	6173.22	6470.7	1.04819
43	44	général	«autre»	6268.74	6595.6	1.05214
44	2	spécialisé	«autre»	9847.18	10469.0	1.06315
45	100	spécialisé	«autre»	7589.30	8387.9	1.10523
46	104	spécialisé	«autre»	7820.17	8674.5	1.10925
47	84	spécialisé	«autre»	9758.90	10906.7	1.11762
48	21	spécialisé	consultation	5486.07	6225.8	1.13484
49	75	spécialisé	«autre»	7904.54	9194.1	1.16314
50	32	spécialisé	hóp de jour	1974.90	2298.6	1.16391
51	89	spécialisé	«autre»	11762.58	13817.6	1.17471
52	94	spécialisé	«autre»	9897.86	11641.1	1.17612
53	13	spécialisé	hóp de jour	5947.78	7200.0	1.21054
54	80	spécialisé	consultation	6400.19	7864.8	1.22884
55	279	spécialisé	hóp tps plein	6598.11	8353.0	1.26597
56	71	spécialisé	hóp tps plein	6324.00	8115.0	1.28321
57	11	spécialisé	hóp de jour	5630.27	7231.1	1.28433
58	59	spécialisé	hóp tps plein	11036.5	14678.6	1.33000
59	42	spécialisé	hóp de jour	2604.37	3481.5	1.33679
60	58	spécialisé	hóp de jour	12099.74	17017.7	1.40645
61	78	spécialisé	«autre»	6901.21	9759.1	1.41411
62	96	spécialisé	hóp tps plein	7564.84	10877.0	1.43784
63	6	spécialisé	«autre»	9403.41	13755.8	1.46285
64	280	spécialisé	hóp tps plein	8745.62	12820.1	1.46589
65	92	spécialisé	consultation	8524.14	12581.1	1.47594
66	205	spécialisé	«autre»	8675.49	12835.4	1.47950
67	3	spécialisé	«autre»	6782.93	10090.5	1.48763
68	107	spécialisé	hóp tps plein	7223.67	10811.6	1.49669
69	91	spécialisé	«autre»	10111.61	15144.3	1.49771
70	57	spécialisé	«autre»	12368.14	19843.6	1.60441
71	18	spécialisé	hóp tps plein	10121.53	16766.7	1.65654
72	25	spécialisé	hóp tps plein	11489.72	24435.2	2.12670
73	203	spécialisé	hóp tps plein	6848.95	17761.3	2.59329
74	50	général	hóp de jour	2848.75	8369.6	2.93799

A l'opposé, les secteurs dits « plutôt consultation » présentent dans près de quatre cas sur cinq un indice de consommation réelle proche ou inférieur à l'indice de consommation théorique. On constate ici l'effet d'une moindre pondération accordée aux actes ambulatoires associé à la plus grande fréquence de ces actes dans ce type de secteur.

Les secteurs dits « plutôt hôpital de jour » ne présentent pas une distribution particulière, ils se situent à différents niveaux de la distribution des 74 secteurs de l'échantillon selon le rapport des indices de consommation.

Les secteurs dits « autres » sont en moyenne les plus proches d'un rapport équivalent entre indice de consommation réelle et indice de consommation théorique, puisque plus d'un sur deux (19 secteurs sur 34 dans l'échantillon) a un indice de consommation réelle situé autour de l'indice de consommation théorique (à + ou - 20 %). Ce sont les secteurs qui respectent le mieux le modèle global.

Enfin, l'examen de la distribution des secteurs selon leur rattachement à un établissement général ou spécialisé confirme le fait que le niveau de consommation de soins évalué par les actes-jours est sensiblement plus faible dans les secteurs « du général », même dans le cas de ce modèle qui tient compte de la structure de la file active. En effet, à l'exception d'un secteur très spécifique, on constate que tous les secteurs « du général » présentent un indice de consommation réelle proche ou inférieur à l'indice de consommation théorique.

Pour conclure cette troisième partie, reliant les trajectoires à leur coût, plusieurs points marquants sont à retenir :

- L'homogénéité insuffisante au sein de chacune des 16 modalités de prise en charge comme les différences importantes de moyens mis en œuvre entre hôpital à temps complet, à temps partiel et ambulatoire, conduisent à retenir un système de valorisation de la consommation de soins en 3 composantes, pondérées les unes par rapport aux autres. Ce système conduit à accorder un poids nettement plus important à la journée d'hôpital temps plein, relativement aux deux autres grands types de prise en charge et laisse peu d'espace d'influence aux actes-jours effectués en hôpital à temps partiel ou en ambulatoire.
- L'utilisation des indices synthétiques de consommation fournit une mesure quantitative simple de la consommation de soins associée à la trajectoire de chaque patient. Les écarts de consommation, évalués par exemple entre nouveaux arrivants dans le secteur et ensemble de la file active, peuvent ainsi être mis en valeur. Il est possible aussi de vérifier, par une analyse de variance de cet indice sur l'ensemble de la population de nos échantillons de travail, l'impact global (près de 22 % de variance expliquée) et relatif des caractéristiques des patients et de leur secteur d'inscription.
- Partant de la composition de la file active de chaque secteur et recalculant à partir du modèle reliant trajectoire – donc le nombre d'actes-jours dans les trois types de prise en charge – à profil de patient, on peut estimer pour chaque secteur un nombre d'actes-jours théorique dans chacun des types de prise en charge. La comparaison entre le nombre d'actes-jours réellement effectués et nombre d'actes-jours théorique montre que le modèle fournit une assez bonne approximation de la consommation d'actes ambulatoires pour environ un secteur sur deux. Le modèle est moins efficace sur le plan de la consommation en journées d'hôpital temps plein, mais cependant une certaine hiérarchie de consommation selon le

profil du patient reste perceptible. Le modèle fonctionne franchement moins bien sur le plan de l'hôpital à temps partiel, trop instable.

- La qualité de la prédiction est variable selon le profil du patient. Elle est de meilleure qualité pour les profils de patients les plus fréquents, aux consommations les plus légères. Elle est moins efficace pour les profils de patients ayant *a priori* le plus fort niveau de consommation, profils au demeurant plus rares dans la file active.
- La synthèse opérée par l'indice de consommation montre finalement : d'une part que le modèle fournit une assez bonne prédiction pour près d'un secteur sur deux ; d'autre part, que le type de secteur (type défini selon notre classification et selon la nature de l'établissement de rattachement) conserve une influence bien perceptible.

En résumé, l'utilisation du modèle permet de repérer les lieux où les règles d'accès aux trajectoires sont les moins bien respectées, mais il ne permet pas d'évaluer précisément la consommation de soins sur la seule considération du profil du patient et des caractéristiques du secteur qui l'accueille.

CONCLUSION : Apports et perspectives

Cette approche rétrospective des trajectoires s'est effectuée sur une base de données issues des fiches-patients d'un certain nombre de secteurs de psychiatrie adulte. Cette exploitation originale puisque les fiches-patients n'ont jamais fait l'objet d'un recueil et d'un traitement détaillé au delà du secteur dans une optique longitudinale s'avère féconde.

Plusieurs constats peuvent être formulés :

1) Une analyse préalable des structures d'accueil est incontournable. La différenciation opérée entre les secteurs selon le type de prise en charge privilégié s'avère fructueuse

Dès l'engagement de cette vague de travaux, cette nécessité a été soulevée par la plupart des participants. Il n'y avait cependant aucune évidence concernant l'existence de critères pertinents pour opérer une discrimination entre les secteurs. En effet, plusieurs analyses effectuées à partir d'éléments descriptifs des moyens des secteurs et de quelques indicateurs descriptifs du fonctionnement n'avaient pas révélé jusque là de structure forte de différenciation entre les entités.

Une étude a été ici engagée sur la distribution des actes-jours effectués sur la totalité des 3 années de recueil dans les modalités de prise en charge les plus significatives. La typologie, qui en est déduite, s'appuie ainsi sur les surreprésentations relatives de certains types de prise en charge. Elle permet d'opérer de réelles distinctions entre les secteurs.

Cette classification est fructueuse, en ce qu'elle révèle des compositions différenciées des files actives, de même que des niveaux de consommations de soins hétérogènes selon le type de secteur. Il semble exister des effets d'orientation et/ou de sélection des patients propres à chaque type de structure. Ces prédominances en termes d'activité infléchissent les trajectoires de soins, car elles orientent les patients vers des prises en charge comportant de manière privilégiée l'activité la plus marquante dans la structure. Mais on ne peut conclure, au vu des résultats produits, qu'elles déterminent les trajectoires. Des facteurs propres aux patients apparaissent plus déterminants.

2) Les consommations de soins se caractérisent par une forte hétérogénéité

L'analyse des consommations de soins de chaque patient évaluée sur 12 mois, à compter de la première prise en charge repérable dans la base de données, reflète de forte hétérogénéités : un peu moins de 25 % des patients de la file active ne sont vus qu'une fois par le secteur, près de la moitié comptent au plus 5 actes-jours et 10 % cumulent plus de 60 actes-jours. Le rythme de la prise en charge pour un niveau de consommation donné peut être très variable révélant des trajectoires de suivi régulier, opposées à des trajectoires de prise en charge dense et compacte, etc. Deux patients sur trois ne connaissent qu'un seul type de prise en charge, mais certaines trajectoires associent de manière complexe de l'hospitalisation à temps partielle et de l'ambulatoire selon des séquences irrégulières.

3) La distinction entre trajectoires dites « ponctuelles », « intermédiaires » ou « permanentes », puis de douze trajectoires types

Pour démêler au sein de la diversité des parcours de soins, une distinction a été opérée entre trajectoires dites « ponctuelles » (les plus ponctuelles et compactes), trajectoires dites « permanentes » (les plus étalées et les plus lourdes) et trajectoires dites « intermédiaires »

(entre les deux autres types de trajectoires). La subdivision de ces 3 groupes de trajectoires en fonction de critères tenant à la nature de la prise en charge, la densité moyenne d'actes-jours par mois de présence et le poids global de consommation permet de définir 12 trajectoires types. Ces trajectoires ont été « valorisées » selon le nombre moyen d'actes-jours dans chacun des trois grands types de prise en charge : hôpital temps plein, hôpital à temps partiel, ambulatoire.

4) 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 des parcours de consommations privilégiés à un profil de patient donné.

4 éléments descriptifs du patient apparaissent réellement et régulièrement discriminants : le diagnostic regroupé (dans 5 modalités), l'ancienneté (selon qu'elle est inférieure à 2 ans ou non), l'existence d'une protection juridique et l'âge référencé à 60 ans. La prise en compte simultanée de ces 4 éléments conduit à définir 40 groupes de patients. Chaque groupe, correspondant à une et une seule combinaison de ces 4 critères, se trouve associé à des probabilités spécifiques d'accès à chacune des 12 trajectoires.

A partir de la composition de la file active d'un secteur donné selon ces 4 critères, on peut définir des profils théoriques de consommation de soins, comparables à la réalité des consommations observées.

5) 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. Cette reproductibilité est variable selon le profil du patient : plus marquée pour les patients potentiellement les plus lourds, moins forte pour les patients potentiellement les moins stables.

Partant simplement de l'allure de la trajectoire des nouveaux arrivants dans le secteur en 1993, on peut aisément cadrer leur devenir. Au risque d'une tautologie, il conviendrait d'intégrer cette dimension dans les futurs recueils.

6) 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 en valeur (nombre d'actes-jours) est peu satisfaisante. Il apparaît cependant au sein d'une majorité de secteurs que la hiérarchie de consommation prévalant entre des profils regroupés de patients concernant la consommation de journées d'hôpital temps plein est respectée, au moins dans ses extrêmes.

L'utilisation d'indices de consommation pondérés, qui permet d'affecter une valeur synthétique de consommation à un patient, un groupe de patients, la file active d'un secteur facilite les comparaisons. Pour chaque secteur, il a été ainsi possible de comparer l'indice synthétique de consommation issu de l'application du modèle d'accès aux trajectoires à la structure de la file active, à l'indice de consommation réellement effectuée. Il apparaît que pour un peu moins de la moitié des secteurs, le modèle estime la consommation à un niveau acceptable. Les spécificités du secteur – selon sa prédominance en activité et la nature de l'établissement de rattachement – restent cependant prégnantes, révélant que même à structure de file active donnée, des écarts de consommation sont sensibles.

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.
- ❖ **Le champ de définition de la trajectoire, à l'intérieur du secteur d'accueil du patient, est trop réduit** pour permettre de construire de véritables trajectoires de soins. Le suivi des patients comporte bien d'autres dimensions absentes par définition de ce recueil. Les trajectoires sont incomplètes, des relais pouvant être assurés à l'extérieur du secteur, dans un autre secteur, dans le cadre d'une médecine de ville, etc.
- ❖ **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 progressivement à la fin 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 un 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

LA FICHE PATIENT

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANGLERAUD JM., DREYFUS JP., GRELLET JM., JOUSSELIN D. : « Maladie mentale, statut social et circuits de soins », A.E.R. PSY, Rapport de recherche pour la MIRE, septembre 1989.
- [2] ASHCRAFT M. L. F., FRIES B.E., NERENZ D. R., FALCON S. P., SRIVASTAVA S.V., LEE C. Z., BERKI S.E., ERRERA P. : « A Psychiatric Patient classification system, an alternative to diagnosis-related groups Medical Care », 1989, Vol.27, n°5, pp.543 à 557.
- [3] BANCHEREAU C., MOUSQUES J., RAFFY-PIHAN N. : « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés », CREDES, Biblio n°1302, avril 2000.
- [4] BAUER D. : « Parcours singuliers – Repérer et interpréter les trajectoires atypiques / Contribution aux méthodes d’analyses des données de trajectoires » Cahier de recherche du CREDOC n°54, octobre 1993.
- [5] BAUER D., MARESCA B. : « Lignes de vie – Méthodologie de recueil et traitement des données biographiques », Cahier de recherche du CREDOC n°37, mai 1992.
- [6] BILLON C. : « Coût annuel de prise en charge thérapeutique et caractéristiques médico-sociales des patients », Rapport de stage au secteur II du CH de Niort, IUT de Poitiers, mi 1995.
- [7] BODENREIDER O. : « Trajectoire des patients dans le système de soins : de la représentation des données à la présentation de l’information. Application au suivi de patients schizophrènes », rapport de DESS « Information médicale à l’hôpital », Faculté de Nancy, novembre 1994.
- [8] BOISGUERIN B. : « Les secteurs de psychiatrie générale en 1995 », DGS-SESI, Documents statistiques, 1998, n°304.
- [9] BUCKINGHAM B., BURGESS P., SOLOMON S., PIRKIS J, EAGAR K. : « Developing a casemix classification for mental health services », Report of a project funded by the Department of Health and Family Services under the national Mental Health Strategy and the Casemix Development Program, Australian, Août 1998.
- [10] CHANOIT P-F. , DE VERBIZIER J. (ss. la direction de) : « Informatique et épidémiologie psychiatrique », Collection Psychiatrie et Société, Editions Erés, 1985.
- [11] Collectif : « Psychiatrie et santé mentale », Cahiers statistiques solidarité santé, la Documentation française, octobre 1990.
- [12] COURTEL D. : « Etude de la population prise en charge en 1995 dans le secteur de psychiatrie adulte 56G08 », Rapport de stage, IUP de Vannes, septembre 1996.
- [13] DAZY F., LE BARZIC J-F. : « L’analyse des données évolutives – méthodes et applications » Groupe d’étude et de réflexion interrégional, Editions technip, 1996.
- [14] DURU G. : « Exploitation d’un fichier de données médicalisées de 280 patients d’un secteur du CH des Pyrénées », présentation au groupe technique n°2, mission PMSI, mars 1996.
- [15] ESCAFFRE J-P. , GUILLOU M. : « Caractéristiques des patients et de la prise en charge de la file active du CHS de Fleury les Aubrais », 1er rapport, ENSP, décembre 1988.

- [16] ESCAFFRE J-P. , GUILLOU M. : « Caractéristiques des patients et de la prise en charge de la file active du CHS de Fleury les Aubrais », 2nd rapport, ENSP, août 1989.
- [17] ESCAFFRE J-P. , GUILLOU M. : « Enquête sur les personnes suivies dans le service et le secteur du Docteur Guitton », ENSP, juin 1984.
- [18] ESCAFFRE J-P. , GUILLOU M. : « Recherches sur la prise en charge psychiatrique en extra hospitalier », Recherche financée par la MIRE, 1988.
- [19] FRIES B. E., DURANCE P. W., NERENZ D.R., ASHCRAFT M.L.F. : « A Comprehensive Payment Model for Short-and Long-Stay Psychiatric Patients », Health Care Financing Review 1993, Vol.15, n°2, pp.31 à 49.
- [20] GODARD P. : « PMSI psychiatrique : Avancement des travaux du groupe n°2 », Communication au Forum PMSI du 28 avril 1998.
- [21] GUILLOU M. : « Etude de la prise en charge en santé mentale dans le sud des Deux-Sèvres », 3^{ème} rapport, ENSP, mars 1995.
- [22] GUILMIN A. PARAYRE C., BOISGUERIN B. : « « Bilan de la sectorisation psychiatrique », Document de travail collection statistique de la DREES, n°2, juin 2000
- [23] GUILMIN A. , avec la collaboration de PARAYRE C., BOISGUERIN B. : « « L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements ? », Etudes et résultats de la DREES, n°48, janvier 2000.
- [24] HUNTER C-E., MCFARLANE A.C. : « DRGs and australian psychiatry », Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 1994, Vol.28, n°2, pp.114 à 120.
- [25] KATZ S. J., KESSLER R.C., FRANK R.G., LEAF P., LIN E. : « Mental health care Use, Morbidity, and Socioeconomic Status in the United States and Ontario », Inquiry 34 : pp. 38-49 (Spring 1997).
- [26] KOVESS V., LOPEZ A., PENOCHE T. J-C., REYNAUD M. : « Psychiatrie années 2000 – Organisations, Evaluations, Accréditation », Flammarion, juin 1999.
- [27] KOVESS V, OLIVIER J.C. : « La prescription de psychotropes dans le dispositif psychiatrique parisien de la MGEN, facteurs sociaux et modèles de soins », Université Paris-Descartes, rapport MIRE, convention 39/94, décembre 1995.
- [28] LAUNOIS R., PORTAFAX C., COFFI-MEGNIGBETO A., PRIBIL C., REBOUL-MARTY J. : « Structures de prise en charge et trajectoires des patients schizophrènes », Communication au colloque AEA « Maîtrise de la complexité en santé », juillet 1998.
- [29] LECOMTE T., POLTON D., RAFFY-PIHAN N. et alii « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés », CREDES, Biblio n°1256, mars 1999.
- [30] LOPEZ A. : « Le secteur psychiatrique en devenir », L'information psychiatrique, n°3, mars 1999, pp. 284 – 288.
- [31] MASSE G. : « La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale », Rapport au Ministère de la Santé, ENSP, 1992.

- [32] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, UMR 5823 – CNRS / Université Lyon I, « PMSI psychiatrie – L'approche « trajectoires de soins » - Rapport technique portant sur la population de patients adultes », disponible à la mission PMSI, 1998.
- [33] MOREAU A., « L'hospitalisation psychiatrique en Aquitaine » (article), 1990.
- [34] MOSCARELLI M., CAPRI S., NERI L. : « Cost evaluation of chronic schizophrenic patients during the first three years », Schizophrenia Bulletin, 1991, Vol.17, n°3, pp.421 à 426.
- [35] ODIER B. « PMSI et planification en psychiatrie », Santé mentale, n°41, octobre 1999, pp. 42-46.
- [36] OLIVIER J.C., KOVESS V. : « Réflexions autour d'une tentative d'évaluation économique de filières de soins annuelles en psychiatrie », Perspectives psychiatriques, année 1995, n°47/11, pp. 88 – 96.
- [37] PHELAN M., MCCRONE P. : « Effectiveness of diagnosis-related groups in predicting psychiatric resource utilization in the U.K. », Psychiatric Services, 1995, Vol.46, n°6, pp.547 à 549.
- [38] REYNAUD M., LOPEZ A. et alii, « Evaluation et organisation des soins en psychiatrie » Editions Frison-Roche, avril 1994.
- [39] ROELANDT J.L., LEQUIN F., PORTEAUX C. : « Pluton - Etude évaluative médico-économique en psychiatrie », 1999.
- [40] ROUSSEL A. : « Etude du lien entre le poids médico-économique de la prise en charge thérapeutique des patients par un secteur de psychiatrie adulte, en 1993, et leurs caractéristiques médico-sociales », mi 1994.
- [41] SAPORTA G.: « Probabilités, analyse des données et statistique », Editions Technip, 1990.
- [42] STEARNS S.C., SLIFKIN R.T. : « Datawatch : State Risk Pools and Mental Health Care Use », Health Affairs, Volume 14, Number 3, 1995.
- [43] SUEUR C. : « Recherche d'indicateurs d'activité en psychiatrie », Rapport de stage au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS, Sous-direction des affaires financières, juillet 1999.
- [44] TACHON L. : « Parcours institutionnel des patients dans un secteur psychiatrique », CREDES, Biblio n°776, juillet 1988.
- [45] TASSI P. : « Méthodes statistiques », Editions Economica, 1989.
- [46] TRICOT L. : « Application de la description statistique des séries chronologiques à l'étude des trajectoires de soin », juin 1991 et décembre 1992.
- [47] VERPEAUX M. : « Une classification médico-économique en psychiatrie de secteur ? », Communication au colloque annuel du Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique, 19 décembre, Information psychiatrique, n° 3, 1992.
- [48] VINCENT M., LAMURE M., PELC A., DARDENNES J. : « Trajectoires patients par fouille de données », Communication au colloque AEA « Maîtrise de la complexité en santé », juillet 1998.