

# Comment mesurer les hospitalisations de longue durée en psychiatrie ?

Mars 2023

Auteurs:

Steve Briand, MC. Clément, A. Ellini, R. Louvel, F. Monier, C. Rallet, P. Renaud, V. Sauvadet-Chouvy, J. Dubois

# Introduction

- 2019 : Publication du rapport « Ma santé 2022 »
  - Refondre le système de financement de l'hospitalisation
    - Réforme du financement de l'hospitalisation du champ « Psychiatrie »

2022

Nouveau modèle  
avec plusieurs  
compartiments

Dont 3 principaux :

- *Dotation à la file active*
- *Dotation populationnelle (spécificités des territoires)*
- ***Dotation à la qualité = extension du modèle IFAQ pour la psychiatrie***

# Les indicateurs pour l'amélioration des prises en charge

# Les indicateurs pour l'amélioration des prises en charge

- L'ATIH, en concertation avec le ministère et les acteurs, propose deux indicateurs issus des bases de données médico-administratives



Taux de suivi à 15 jours après prise en charge à temps complet

→ *A priori : Indicateur stratifié, non ajusté*

→ *En cours de stabilisation pour une inclusion éventuelle dans IFAQ 2024 (Données 2023)*



Mesure des hospitalisations de longue durée (temps plein & soins libres)

→ *Indicateur ajusté*

→ *Inclus dans IFAQ dès 2022*

# Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres

## *Définition*

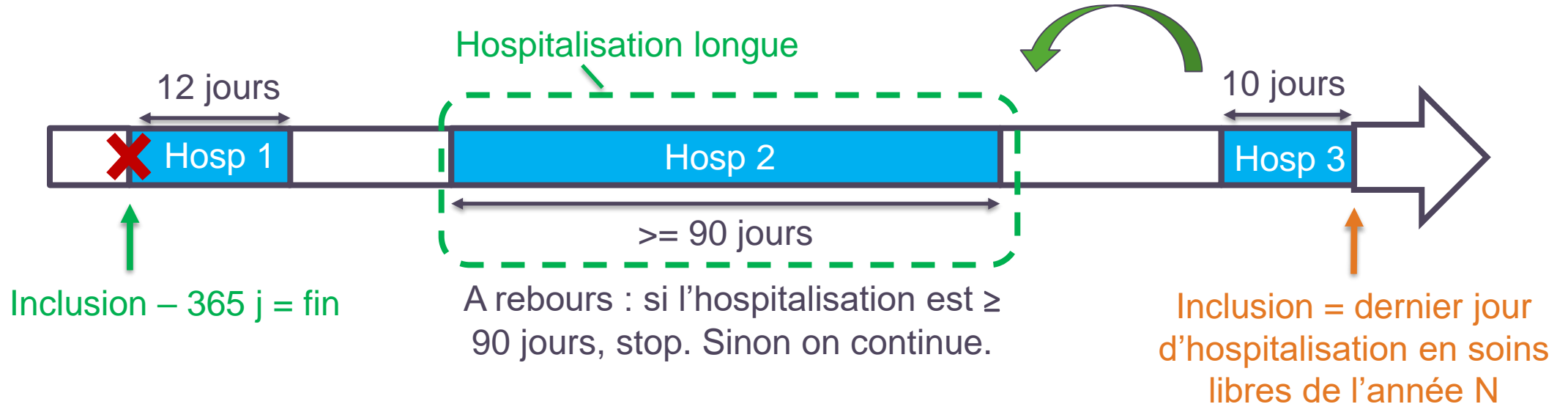


# Définition et contexte

<p>Qu'est-ce qui est mesuré ?</p>	<p>Les hospitalisations de patients adultes réalisées à temps plein et en soins libres dans un établissement de psychiatrie et d'une durée <math>\geq 90</math> jours</p>
<p>Pourquoi est-ce mesuré ?</p>	<p>Les hospitalisations longues impactent le système de soins et la qualité de vie des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un poids économique majeur dans les ressources, l'activité et l'organisation des soins (13,4% patients à temps plein ; 52,1% des journées) (Coldefy &amp; Nestrigue, 2014; Cour des Comptes, 2021; Plancke &amp; Amariei, 2017).</li> <li>• Des hospitalisations qui peuvent être inadéquates (cloisonnement des prises en charge et manque de relais en aval) (Berichel &amp; al., 2006; Duhamel, 2007).</li> <li>• Elles augmentent le risque de désocialisation (Plancke &amp; Amariei, 2017).</li> </ul>
<p>Quelles données ?</p>	<p>RIM-P en année N et N-1.</p>
<p>A qui s'applique la mesure ?</p>	<p>ES avec une activité d'hospitalisation à temps plein en soins libres de plus de 100 patients.</p>

# Calcul du taux observé

- Sur une période rétrospective d'un an, au moins une hospitalisation à temps plein en soins libres  $\geq 90$  jours



- Calcul du taux observé

$$\text{Taux pour l'ES} = \frac{\text{Nb patients adultes avec au moins une hospitalisation longue}}{\text{Nb patients total adultes à temps plein en soins libres}}$$

## Pourquoi ajuster cet indicateur ?

- Comparaison directe entre établissements n'est pas pertinente. Les ES ont :
  - des patientèles différentes (case-mix)
  - des caractéristiques très différentes (e.g. Sectorisation)
  - des caractéristiques de territoires et d'offre de soins diverses
- ➔ Ces facteurs sont exogènes à l'établissement et ont un impact sur la probabilité de survenue d'une hospitalisation de longue durée
  - Ainsi, à qualité de prise en charge équivalente, deux établissements sont susceptibles d'avoir des résultats différents → il faut ajuster l'indicateur



# Mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres

*Ajustement de l'indicateur*

# Ajustement de l'indicateur

---

- Ratio standardisé d'incidence (RSI) : comparaison d'un résultat observé à un résultat attendu

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Nb observé de patients avec hospitalisation longue}}{\text{Nb attendu de patients avec hospitalisation longue}}$$

- Le résultat attendu est issu d'une modélisation à partir d'une régression logistique
  - Au niveau patient
  - Estimation de la probabilité d'avoir au moins une hospitalisation longue
  - En fonction de caractéristiques exogènes (concertation avec les professionnels)

# Ajustement de l'indicateur

## ○ Modélisation et calcul de l'indicateur

1

Expliquer et prédire les patients avec hospitalisation longue à partir de caractéristiques exogènes

### Caractéristiques patients

- Age, genre
- Diagnostics PSY (F1 → F9)
- SSC dans l'année précédent le séjour
- Difficulté de logement ou économique
- Pathologie somatique
- Tentative de suicide ou idées suicidaires
- Cause externe de morbidité



### Caractéristiques des ES

- File active majoritairement PSY (> 75%)
- Groupes de comparaison IFAQ (file active + sectorisation)



### Population et territoire (lieu de résidence du patient)

- Log(Densité de population)
- Nb de psychiatres (exercice mixte ou libéral) / hab
- Nb de places en structures de médico-social dédié au handicap psy / hab



2

Calcul des probabilités prédites  
par patient



3

Somme, au niveau ES, des  
probabilités prédites des patients  
= nombre attendu

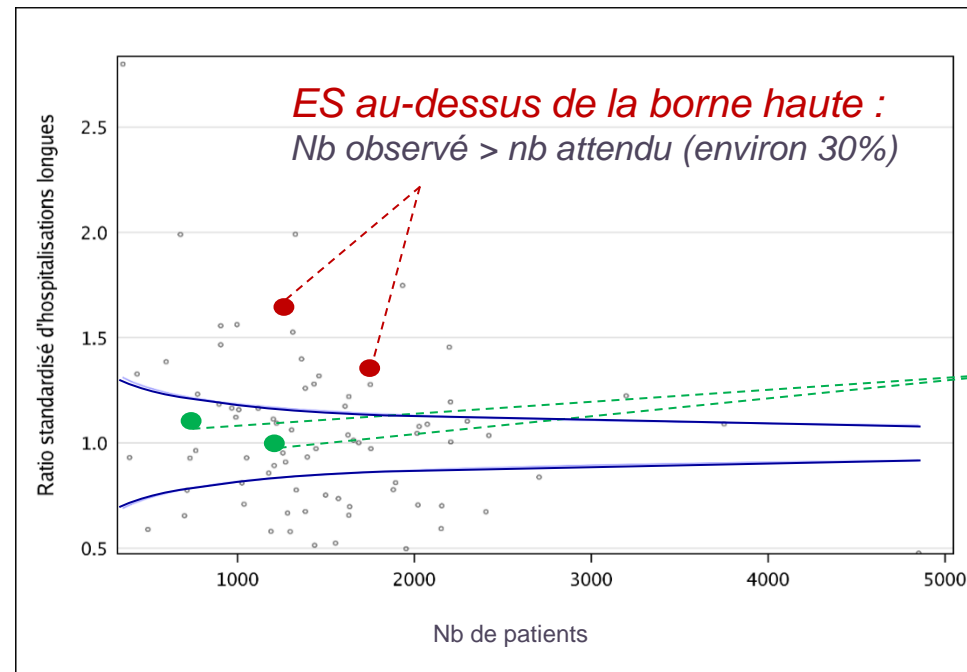


4

Calcul, par ES, du ratio  
«  $\frac{N_{\text{observé}}}{N_{\text{attendu}}}$  »

# Restitution dans un *Funnel plot*

- Comparaison à la référence avec un « *Funnel plot* » (Spiegelhalter D.J., 2005; Verburg, I. *et al.* 2018).
- **Hypothèse** : les ES devraient avoir un nb observé égal à leur nb attendu (ratio = 1)
  - Ratio mesuré sur un certain échantillon (aléa)
  - Calcul d'un intervalle de confiance autour de la référence



ES dans l'IC :  
Nb observé n.s. différent de  
nb attendu

## Conclusion : limites et prolongements

- L'indicateur respecte les standards de la littérature (Verburg, I. *et al.* 2018)
- L'indicateur est utilisé dans le calcul d'IFAQ depuis 2022 (à partir des données 2021)
- Limites et perspectives :
  - On ne peut pas contrôler s'il y a une solution en aval (le devenir du patient)
  - Peu d'informations socio-démographiques individuelles sur les patients
  - Données du RIM-P utilisées pour le financement : meilleure qualité du codage
  - Récupérer de nouvelles données sur les territoires pour les tester dans l'ajustement



# Communications

---



- Fiche technique de description de l'indicateur publiée sur le site de l'ATIH

[Fiche technique](#)



- Restitution détaillée par établissement dans SCAN SANTE  
Onglet « Amélioration des prises en charge »  
Accessible via un compte PLAGE pour les établissements

# Références

---

- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). (2021) *Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie*. Bulletin officiel. N° 2021/4 bis. Fascicule spécial. Date de publication : 07 juillet 2021.
- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). (2020). *Hospitalisations longues en psychiatrie*. Accès avec un compte Plage via la plateforme ScanSanté
- Berichel V., Bescond A., Caucase M., & al. (2006). *Aspects de l'articulation entre sanitaire, médicosocial et social en psychiatrie et en santé mentale (patients adultes)*. ENSP, Rennes.
- Coldefy M., Nestrigue C. (2014). « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale ». Questions d'Economie de la santé n°202-octobre 2014. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé (IRDES).
- Cour des Comptes. (2011). *L'organisation des soins psychiatriques*. Rapport public thématique. Décembre 2011
- Cour des Comptes. (2021). *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*. Rapport public thématique. Février 2021.
- Duhamel B. (2007). « Les « inadéquations » d'hospitalisation au long cours en psychiatrie : stratégie d'établissement et actions institutionnelles autour de l'exemple de l'EPSM Montperrin », Mémoire ENSP, Rennes.
- Plancke L., Amariei A. (2017). Les hospitalisations longues en psychiatrie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2017 ; 65 : 9-16, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.10.058>
- Spiegelhalter D.J. (2005). "Funnel plots for comparing institutional performance". *Statistics in Medicine*, 24:1185–2102. DOI: 10.1002/sim.1970
- Verburg, I. W., Holman, R., Peek, N., Abu-Hanna, A., & de Keizer, N. F. (2018). "Guidelines on constructing funnel plots for quality indicators: A case study on mortality in intensive care unit patients". *Statistical methods in medical research*, 27(11), 3350--3366. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6193208/>

# Annexes



# Les groupes de comparaison

○ 3 principes pour élaborer les groupes de comparaison :

Assurer l'homogénéité des caractéristiques des ES au sein des groupes 1

Assurer l'homogénéité des indicateurs

- Les ES d'un même groupe doivent collecter autant que possible les mêmes indicateurs

Assurer la robustesse des comparaisons

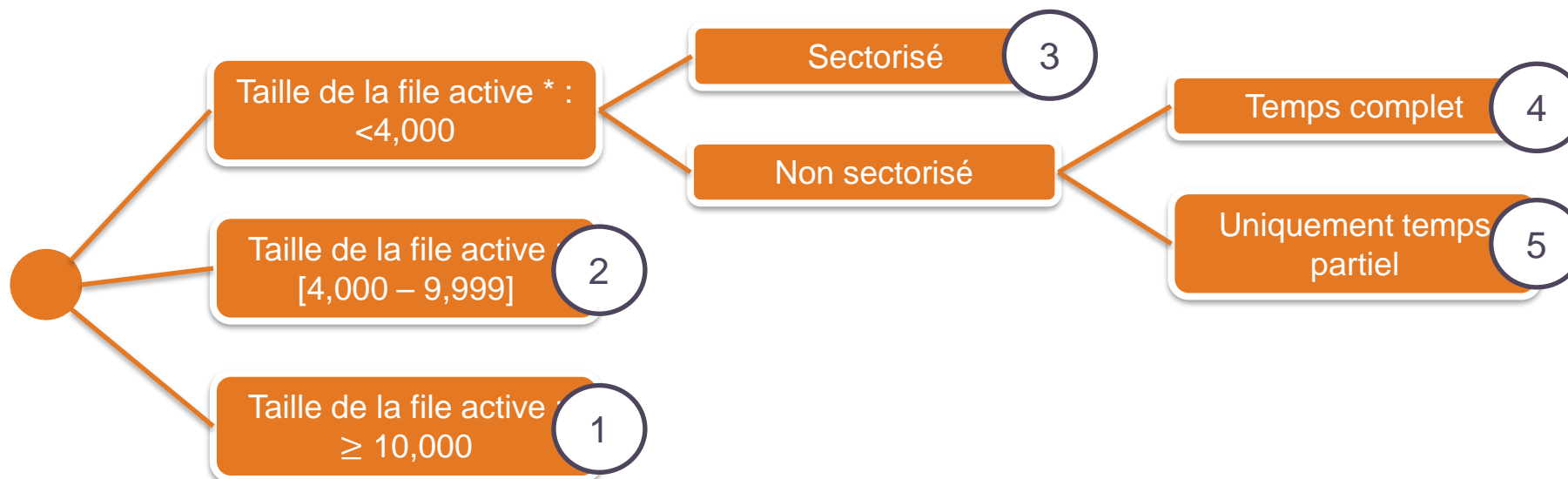
- Les effectifs des groupes doivent être aussi larges que possible

# Les groupes de comparaison

## ○ Nécessité de séparer :

- Les ES sectorisés / les ES non sectorisés
- Hospitalisation complète / uniquement hospitalisation partielle

ES qui assurent les soins  
psychiatriques d'un secteur  
géographique + obligation de  
PeC les SSC



\* Nb de patients pris en charge en psychiatrie par l'ES, quelle que soit la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire)

# Les groupes de comparaison

Taille *	Sectorisation	Temps complet	Total	Groupe	
<4,000	<b>Total</b>		<b>388</b>		
	Oui	<b>Total</b>		<b>110</b>	<b>3</b>
		Non		21	
		Oui		89	
	Non	<b>Total</b>		278	
		Non	<b>Non</b>	<b>62</b>	<b>5</b>
<b>Oui</b>			<b>216</b>	<b>4</b>	
[4,000-10,000]	<b>Total</b>		<b>96</b>	<b>2</b>	
	Oui	Non	2		
		Oui	92		
	Non	Oui	2		
>10,000	<b>Total</b>		<b>77</b>	<b>1</b>	
		Oui	77		

\* Nb de patients pris en charge en psychiatrie par l'ES, quelle que soit la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire)

# Méthodologie pour la modélisation

