

Recherche sur les services et systèmes de santé en psychiatrie

Le défi systémique du virage ambulatoire en psychiatrie

Dr PHILIPPE GOLAY^{a,b,c}, Dr LAURENT MICHAUD^d et Pr CHARLES BONSAK^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 1733-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.796.1733

La recherche sur les services et systèmes de santé examine l'adéquation entre les besoins de santé des individus et de la population et les services cliniques. Dans le contexte du virage ambulatoire en psychiatrie, la recherche sur les services est importante pour assurer la qualité des développements cliniques, leur adéquation aux besoins des patients et de la société, leur accessibilité, leur efficacité, leur mise en œuvre et leurs résultats dans le monde réel. L'objectif de cet article est de présenter les principes qui guident la recherche sur les services et les systèmes de santé mentale et de les illustrer par trois exemples liés au virage ambulatoire en psychiatrie. La recherche sur les services doit se fonder sur la recherche épidémiologique et clinique ainsi que sur des partenariats avec des patients experts.

Health services and systems research in psychiatry The systemic challenge of the ambulatory shift in psychiatry

Health services and systems research examines the match between individual and population health needs and clinical services. In the context of the ambulatory shift in psychiatry, services research is important to ensure the quality of clinical developments, their appropriateness to patient and societal needs, their accessibility, efficiency, implementation and real-world outcomes. The purpose of this article is to present the principles that guide mental health services and systems research and to illustrate them with three examples related to the ambulatory shift in psychiatry. Research on services must be based on both epidemiological and clinical research as well as on partnerships with expert patients.

INTRODUCTION

La recherche sur les services et systèmes de santé (Versorgungsforchung, health services research, health policy and system research) étudie l'adéquation entre les besoins de soins relatifs à la santé et les services donnés. L'objectif est d'explorer les besoins dans la population et la manière d'y répondre en conditions réelles, de manière systémique, dans la complexité bio-psycho-sociale, la pluridisciplinarité et la perspective des usagers et usagères. La recherche dans le contexte psychiatrique peut, entre autres, se focaliser sur

l'identification de sous-groupes de personnes à haut niveau de besoins et sur l'évaluation des services pour y répondre de manière efficiente (par exemple, les soins sans consentement et leurs alternatives; les phases prodromiques ou débutantes des psychoses; le maintien dans la communauté des personnes difficilement accessibles aux soins dans les trois âges de la vie; la prévention du suicide). Un accent fort est mis sur la mesure, l'étude et la prise en compte des différences inter-individuelles (par exemple, identifier des sous-groupes à haut niveau de besoins) ainsi que du changement intra-individuel (par exemple, évolution de la santé ou d'un besoin spécifique à haut impact de santé). L'objectif de cet article est de présenter les principes qui guident la recherche sur les services et les systèmes de santé dans le contexte de la santé mentale et de les illustrer par des exemples concernant le virage ambulatoire en psychiatrie. L'enjeu est d'articuler la perspective clinique (par exemple, la guérison des personnes) avec la politique de santé (par exemple, la sécurité publique) et les attentes des personnes concernées (par exemple, le respect des libertés individuelles et l'inclusion sociale).

LE VIRAGE AMBULATOIRE EN PSYCHIATRIE

Dans le contexte du virage ambulatoire, la manière de délivrer les services de santé mentale est dans une mutation profonde, avec une inclusion sociale accrue, la nécessité de combler le fossé entre la fréquence élevée des troubles et les soins disponibles (le Mental Health Gap) et une meilleure intégration des attentes des personnes concernées et de leurs proches. Le virage ambulatoire en psychiatrie est massif depuis les années 1960, avec une réduction de 50 à 80% du nombre de lits hospitaliers dans les pays occidentaux. Dans beaucoup de systèmes de santé mentale, les hospitalisations sont devenues brèves, réservées aux situations de crise, avec une pression accrue sur les soins ambulatoires.¹ Les asiles ont été dénoncés et fermés, avec les défis contradictoires de garantir la sécurité de la population, le respect des droits fondamentaux des personnes ainsi que l'accès au logement et aux activités professionnelles.² Bien que les résultats soient globalement positifs, certaines personnes difficiles à engager dans les soins évoluent vers une nouvelle forme de chronicité sous les termes de «patient-es en refus» ou «jeunes hauts utilisateur-riche-s».^{3,4}

Dans ce contexte, la recherche sur les services est importante pour assurer la qualité des développements cliniques, leur adéquation aux besoins des patient-e-s et de la société, leur accessibilité et leur efficacité et implantation en situation réelle. Dans cette perspective, nous présentons ci-après trois

^aService de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^bService de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^cInstitut de psychologie, Faculté des sciences sociales et politiques, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^dService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne philippe.golay@chuv.ch | laurent.michaud@chuv.ch | charles.bonsack@chuv.ch

exemples d'études menées sur le virage ambulatoire en psychiatrie. Le premier illustre la complexité des interactions entre les parties prenantes du système de santé; les deux suivants montrent comment l'analyse de données de routine pourrait permettre d'ajuster l'offre de soins aux besoins réels.

Exemple 1: complexité du virage ambulatoire en psychiatrie

Nous nous sommes intéressés aux attentes et besoins des parties prenantes d'un réseau de soins pour le maintien à domicile de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.^{5,6} Cette étude qualitative montre les tensions issues d'attentes contradictoires entre les différentes parties prenantes, selon qu'elles se situent du point de vue du politique, du réseau, de la clinique ou des usagers et usagers (figure 1). Le cadre d'analyse de cette étude est le «matrix model». D'une part, tout système social poursuit un but (par exemple, la santé mentale), est déterminé par des valeurs (par exemple, les droits fondamentaux), fonctionne selon des processus (par exemple, des pratiques basées sur des preuves scientifiques) et interagit avec son environnement (par exemple, la pression des associations pour éliminer les mesures de contrainte). D'autre part, même s'ils poursuivent le même but (par exemple, la santé mentale), les autorités politiques, les institutions et les individus ont des valeurs, des processus et des interactions avec l'environnement qui diffèrent et parfois s'opposent.

Ainsi, si la recherche clinique s'intéresse d'abord à ce qui se passe au niveau clinique entre un-e patient-e et son thérapeute, la recherche sur les services et les systèmes de santé ajoute une dimension épidémiologique, populationnelle, et une attention portée aux attentes individuelles de rétablissement et d'inclusion sociale. Dans ce contexte, les patient-e-s expert-e-s apportent des contributions uniques à la recherche et savent le mieux ce qui compte le plus pour elles et eux.^{8,9}

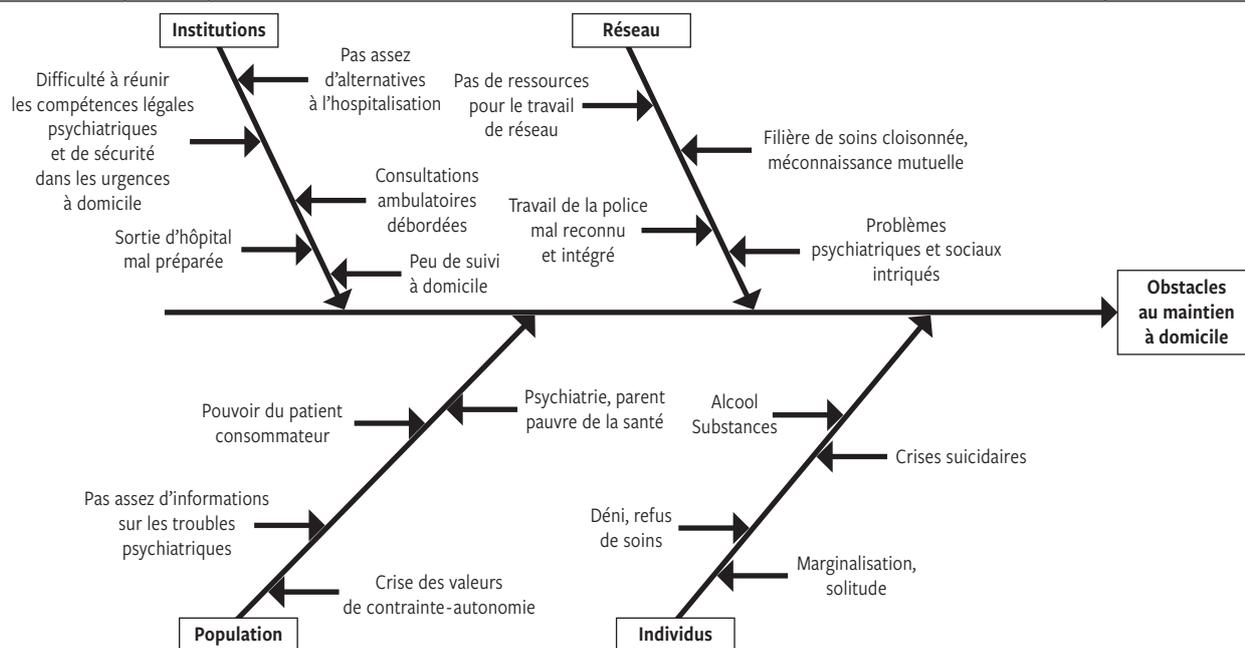
Exemple 2: phénomène de la porte tournante

Au cours des 50 dernières années, la désinstitutionnalisation a changé le visage de la psychiatrie. Cependant, le traitement ambulatoire dans la communauté ne répond pas toujours aux besoins de personnes ayant quitté les institutions et conduit parfois à de fréquentes réhospitalisations, un mécanisme connu sous le nom de phénomène de la «porte tournante». L'objectif de l'étude¹⁰ était d'identifier différentes typologies de trajectoires d'hospitalisation ainsi que leur importance relative. Les dossiers de 892 patients hospitalisés du département de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Lausanne ont été examinés sur une période de 3 ans avec une méthodologie d'analyse de séquence d'états discrets.¹¹ Les dates de séjours hospitaliers de chaque patient ont été agrégées de manière à constituer une séquence représentant la trajectoire d'utilisation de l'hôpital pendant les 1095 jours suivant une hospitalisation. Ces trajectoires ont ensuite été catégorisées à l'aide de clusters.

Les trajectoires ont pu être divisées entre les utilisateur-riche-s atypiques (4,9% des patients totalisant 30,6% des jours d'hospitalisation) et typiques. Au sein du premier groupe, trois catégories ont été identifiées: les «séjours permanents» (3 patient-e-s totalisant 6,3% des hospitalisations), les «longs séjours» (1,7% des patient-e-s totalisant 8,6% des hospitalisations) et les séjours «portes tournantes» (2,9% des patient-e-s totalisant 15,8% des hospitalisations; figure 2). Les 95,1% des patient-e-s restant-e-s ont été classés en «épisodes uniques» (70,0% de patient-es totalisant 24,5% des hospitalisations) et en «épisodes répétés» (25,0% de patient-e-s totalisant 44,9% des hospitalisations).

En cette ère de désinstitutionnalisation, la plupart des patient-e-s n'ont nécessité qu'une seule et courte admission ou un nombre limité de séjours. Toutefois, une minorité de patient-e-s peut

FIG 1 Problèmes pour le maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiatriques

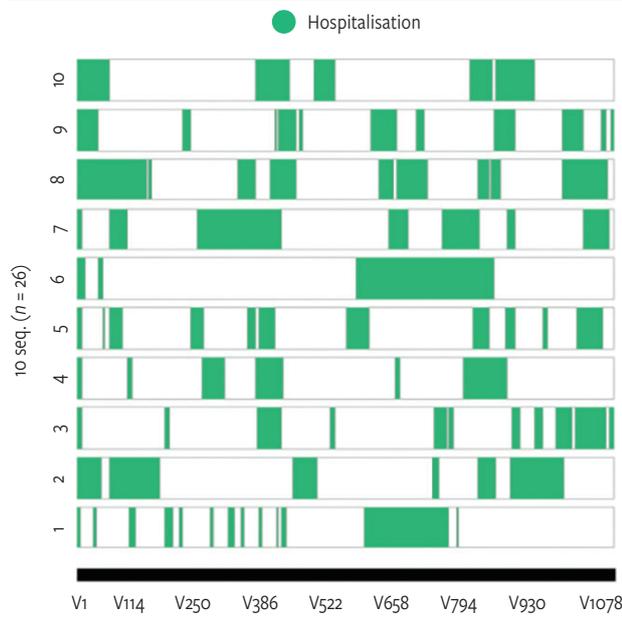


(Adaptée de réf. 5,6).

FIG 2 Trajectoires d'utilisation de l'hôpital

Suivi sur 3 ans des patients du groupe «porte tournante», c'est-à-dire patients ayant quitté les institutions et dont le traitement ambulatoire dans la communauté ne répond pas toujours aux besoins, ce qui conduit parfois à de fréquentes réhospitalisations.

10 seq: 10 premières séquences du groupe; V1 à V1078: nombre de journées après hospitalisation.



être qualifiée d'ultra-hauts utilisateur-riche-s, mobilisant près d'un tiers des lits disponibles. Étant donné qu'une grande quantité de ressources est allouée à une minorité de patient-e-s, l'identification précoce des profils problématiques pourrait aider à développer des stratégies de prévention des rechutes, faciliter le choix du type de traitement adéquat et le développement d'alternatives à l'hospitalisation. La question du coût de la prise en charge des personnes longuement hospitalisées n'est pas nouvelle: avec l'apparition des neuroleptiques et des antidépresseurs dans les années 1960, on a envisagé que la

chronicité disparaîtrait. Cependant, si les transformations médicales et les changements institutionnels ont modifié le visage de la psychiatrie, il reste des défis qui rappellent le passé. Si de nombreuses personnes ont bénéficié de traitements plus ouverts et que l'impact potentiellement négatif des longues hospitalisations est désormais le plus souvent évité, un certain nombre de patient-e-s ne semble pas s'adapter à ce nouveau système (ou le nouveau système ne semble pas être adapté à ces patients) et peut encore rechercher un soutien hospitalier. En outre, les hospitalisations de très longue durée, bien que rares, n'ont pas disparu.

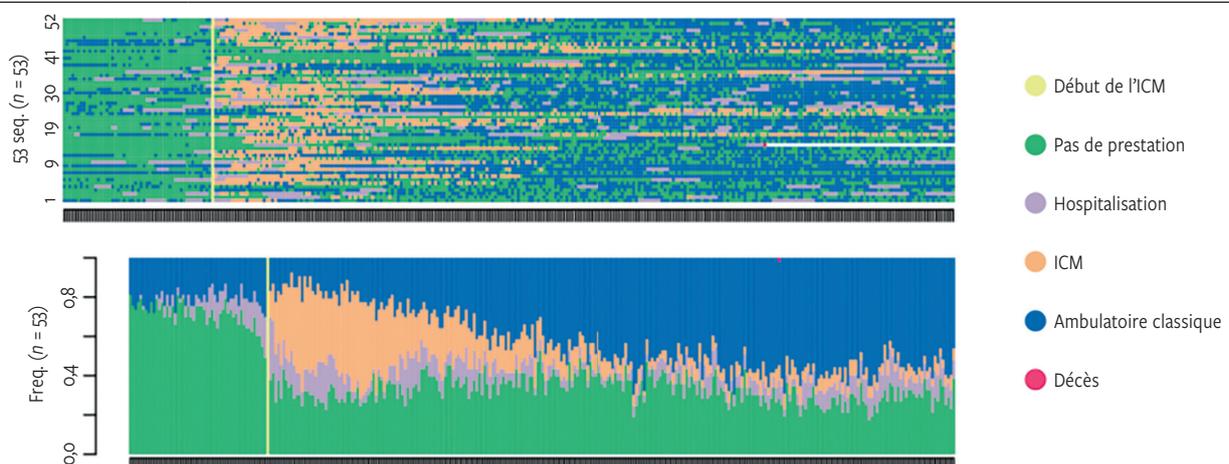
Exemple 3: suivi intensif et transition vers les soins ambulatoires classiques

Une intervention de Case Management intensif (ICM) a été développée à Lausanne. Elle vise à promouvoir l'accès aux soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères qui ont des difficultés à s'engager dans les soins en raison de la gravité de leurs troubles et/ou de leur marginalité. L'ICM englobe des éléments de l'Assertive Community Treatment (ACT) et du Critical Time Intervention (CTI).¹² Il est limité dans le temps et se concentre sur les phases critiques du rétablissement, comme la sortie de l'hôpital. L'objectif de cette étude¹³ était d'examiner l'hétérogénéité des modèles d'utilisation des services des personnes qui ont eu besoin d'interventions de type ICM et d'identifier des différences dans les modes et durées d'intervention.

Les dossiers de 471 patient-e-s du département de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Lausanne pour lesquels l'intervention de l'équipe ICM a été demandée ont été examinés sur une période de 6 ans, avec une analyse des trajectoires de prestations.¹¹ Les profils d'utilisation des services pour les patient-e-s ICM étaient très divers. Cela a permis de mettre en lumière une typologie et de quantifier les proportions des différents groupes: utilisation légère des services/interventions en temps critique (58,0%), transition vers des soins ambulatoires réguliers (11,3%; **figure 3**), transition partielle vers des soins ambulatoires (14,4%), alternative à l'hospitalisation

FIG 3 Transition vers des soins ambulatoires

La figure illustre les trajectoires d'utilisation des services des patients ICM opérant une transition vers des soins ambulatoires réguliers. 53 seq: séquences des 53 patients; Freq: fréquence; ICM: case management intensif.



(10,4%), poursuite de l'ICM en longue durée (4,9%) et longs séjours hospitaliers (1,1%).

Les résultats suggèrent que les interventions à long terme étaient minoritaires et qu'un programme limité dans le temps était probablement efficace dans la majorité des situations (ou suffisant pour stabiliser la situation ou engager les patient-e-s dans les soins). Les modèles de soins tels que l'ICM mais aussi l'intervention précoce¹⁴ ou le Housing First,¹⁵ s'ils sont bien financés, peuvent représenter des alternatives efficaces aux hospitalisations. La réflexion sur ces alternatives doit être poursuivie pour les quelques patients dont le besoin d'hospitalisation ne peut être réduit malgré une ICM durable.

DISCUSSION

La recherche sur les services et systèmes de santé est indispensable dans un monde complexe dans lequel la clinique n'est plus enfermée dans une bulle protégée par l'autorité du système de soins. Ce système est sous une pression, d'un côté par la population et les autorités politiques sur des dimensions éthiques, légales, politiques, économiques ou sociales; et sous une pression de l'autre côté par des patient-e-s plus informé-e-s, exigeant-e-s et libres de leurs choix. La santé mentale constitue un terrain particulièrement sensible en raison de l'intrication de problèmes sociaux et de santé mentale, d'un virage ambulatoire important, des attentes des personnes concernées allant au-delà de la guérison des symptômes et de l'ampleur du fossé entre les connaissances et leur application réelle, notamment dans le domaine de la psychiatrie sociale et communautaire. L'enjeu reste donc aujourd'hui de voir dans quelle mesure ces résultats peuvent influencer les pratiques et déboucher sur des modifications applicables. Les enjeux sont complexes et il s'agit de les aborder de manière systémique, sans confondre les attentes de santé publique, les questions cliniques et les besoins des individus. Dans ce contexte, l'implication des patient-e-s expert-e-s dans le domaine de la recherche constitue une nécessité. Elle est très avancée dans les pays anglo-saxons et conditionne l'attribution de fonds. La collaboration avec les patient-e-s expert-e-s reste plus rare en Suisse, mais se développe rapidement dans plusieurs centres académiques à Bâle, Berne, Genève ou Zurich par exemple.¹⁶ Ces collaborations sont maintenant fortement encouragées par la Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO).¹⁷ En Suisse romande, l'engagement de patient-es expert-es a débuté avec succès dans les services de psychiatrie communautaire, de psychiatrie générale et de psychiatrie de liaison du département de psychiatrie du CHUV et le laboratoire d'enseignement de la HES (Haute École de la santé) La Source. Des patient-e-s expert-e-s sont

engagé-e-s en recherche ou dans l'enseignement et participent aux séminaires ou panels avec les équipes de recherche, contribuent à toutes les phases des projets, participent aux publications, s'impliquent dans le développement du matériel pédagogique et enseignent. Leur contribution peut être la rédaction d'items de questionnaires ou la définition de critères d'évaluation pertinents. Leurs questions peuvent remettre en cause ou compléter les hypothèses mais aussi donner des pistes pour favoriser le recrutement des participant-e-s. Le financement de ces postes reste toutefois précaire. Une réflexion de la Société suisse de psychiatrie sociale (SO-PSY) est en cours pour développer la contribution des patient-e-s expert-e-s dans les projets de recherche en santé mentale en Suisse romande avec une compensation financière juste.^{18,19} Elle permettrait aussi de promouvoir la recherche menée par les usagers (user-led research) en Suisse romande, développer des méthodes pédagogiques pour l'enseignement en santé mentale avec la contribution de patient-e-s expert-e-s et développer leur parole dans les médias.

CONCLUSION

La recherche sur les services de santé mentale doit encore être développée en Suisse, afin de combler le fossé entre les connaissances et la pratique, dans une vision de psychiatrie sociale et communautaire, ouverte vers les attentes de la société et les besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La recherche sur les services et systèmes de santé mentale étudie l'adéquation entre les attentes politiques, les services donnés et les besoins des personnes concernées
- Le virage ambulatoire en psychiatrie met sous tension le système de santé au niveau du public (par exemple, craintes de sécurité vs respect des libertés), des services cliniques (par exemple, hospitalisations vs alternatives ambulatoires) et des personnes concernées (par exemple, marginalisation vs inclusion sociale et professionnelle)
- Le fossé entre les connaissances et la pratique dans le domaine de la psychiatrie sociale et communautaire doit être comblé en Suisse, notamment via la recherche et la participation de patients experts

1 Bonsack C, Conus P, Delacrausaz P, Borgeat F. Un modèle de soins adapté aux hospitalisations psychiatriques brèves. *Rev Med Suisse Romande*. 2001;121:677-81.

2 Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*. 2002 Mar;15(2):187-92.

3 Bachrach LL. Defining chronic mental illness: a concept paper. *Hosp Community Psychiatry*. 1988 Apr;39(4):383-8.

4 Geller JL, Fisher WH, McDermit M, Brown JM. The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services. *Psychiatr Serv*. 1998 Mar;49(3):327-32.

5 *Bonsack C, Schaffter M, Singy P, et al.

Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération : le point de vue des acteurs d'un réseau de soins.

Lausanne: Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »; 2003.

6 *Bonsack C, Schaffter M, Singy P, et al. Étude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour le suivi des

troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *Encéphale*. 2007;33(5):751-61.

7 **Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: The matrix model. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):503-8.

8 McLaughlin H. Keeping service user involvement in research honest. *British*

Journal of Social Work. 2010;40(5):1591-608.

9 INVOLVE. Briefing notes for researchers: public involvement in NHS, public health and social care research. INVOLVE, Eastleigh; 2021. Disponible sur : www.nihr.ac.uk/documents/briefing-notes-for-researchers-public-involvement-in-nhs-health-and-social-care-research/27371

10 **Golay P, Morandi S, Conus P, Bonsack C. Identifying patterns in psychiatric hospital stays with statistical methods: towards a typology of post-deinstitutionalization hospitalization trajectories. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019 Nov;54(11):1411-7.

11 Gabadinho A, Ritschard G, Mueller NS, Studer M. Analyzing and visualizing state sequences in R with TraMineR. J Stat

Softw. 2011 Apr;40(4):1-37.

12 Conus P, Bonsack C, Gommeret E, Philipoz R. Le Soutien psychiatrique Intensif dans le Milieu (SIM) à Lausanne: un projet pilote. Rev Med Suisse Romande. 2001;121(6):475-81.

13 **Golay P, Bonsack C, Silva B, et al. Patterns of service use in intensive case management: a six year longitudinal study. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2022:1-12.

14 Randall JR, Vokey S, Loewen H, et al. A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. Schizophr Bull. 2015 Nov;41(6):1379-86.

15 Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. Housing,

hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. J Community Appl Soc Psychol. 2003 Apr;13(2):171-86.

16 Swiss Clinical Trial Organisation. Mapping Implication des patients et du public (IPP). Swiss Clinical Trial Organisation; 2021. Disponible sur : www.scto.ch/fr/patient-and-public-involvement/ppi-mapping.html

17 **Swiss Clinical Trial Organisation. Fact Sheet Implication des patients et du public (IPP). Swiss Clinical Trial Organisation; 2021. Disponible sur : www.scto.ch/dam/jcr:2654a5b0-38f6-48e2-a990-fd841968de98/PR_PUB_FactSheet_PPI_V1_210427_FR_.pdf

18 Swiss Clinical Trial Organisation. SCTO Remuneration Policy for Patient and Public Involvement (PPI) Activities. Swiss Clinical Trial Organisation; 2021. Disponible sur : www.scto.ch/dam/jcr:6ba862c9-0dea-460b-99cc-6c0aae1487d1/SCTO%20PPI%20Remuneration%20Policy_V1.pdf

19 *Re-Pairs. Recommandations pratiques pour l'engagement de pair-e-s praticien-ne-s en santé mentale. Re-Pairs; 2022. Disponible sur : www.re-pairs.ch/_files/ugd/8e82a9_10a42c497c6c4956a5c63c3d08eebdbe.pdf

* à lire

** à lire absolument