

|  |
| --- |
|  |

Association entre le moment de la consultation de psychiatrie de liaison et la durée du séjour hospitalier.

Association between the timing of consultation liaison psychiatry interventions and the length of  
stay in general hospital

**Introduction :**

Les patients admis à l’hopital general sont fréquemment porteurs de comorbidités psychiatriques (environ à 30%). Plusieurs études ont observé que ces patients avaient une durée d’hospitalisation plus longue. D’où l’intérêt des consultations psychiatriques de liaison (CLP) qui au-delà de leur impact clinique sur les patients, pourraient avoir un avantage économique important en atténuant la durée d’hospitalisation.

Dès 1941, plusieurs études se sont penchées sur le lien entre les consultations psychiatriques de liaison et les durées d’hospitalisation réduites. Ce qui a soulevé la nécessité de mener d’autres études avec une méthodologie robuste qui refléterait la réalité du fonctionnement des services de consultations psychiatriques de liaison.

Cela a aussi conduit à examiner l’impact de la synchronisation de l'intervention de la consultation lors du séjour hospitalier.

Différentes études ont suggéré l’importance de cet impact, mais avec des échantillons d’études trop petits pour permettre des analyses poussées.

Cette étude à grande échelle vise à confirmer la particularité de cette association chez une large population de patients hospitalisés dans un hôpital universitaire et à étudier la contribution de la gravité de la maladie à cette dite relation.

**Méthodes :**

L'étude a été menée dans le centre de soins intensifs de l’hôpital universitaire de Paris d’une capacité de 712 lits.

Tous les patients hospitalisés référés pour la première fois à un psychiatre de consultation de liaison entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2016 ont été inclus dans l’étude.

Les critères d'éligibilité étaient: âge ≥ 18 ans, résidant en France, un diagnostic psychiatrique principal selon les codes CIM-10 faites lors de l'hospitalisation.

Les critères d'exclusion étaient: une durée de séjour <2 jours ou une consultation psychiatrique le premier jour d'admission.

Les données recueillies comprenaient des données socio démographiques comme l'âge, le sexe, le lieu de résidence et des éléments de l’hospitalisation ; la date d'admission, la date de sortie, la date de la première consultation psychiatrique, le type de service, le diagnostic psychiatrique principal, le diagnostic non psychiatrique et un indicateur de la gravité de la maladie.

La longueur du séjour d’hospitalisation a été calculée à partir du nombre total de jours du jour d’admission à la sortie.

Le nombre de jours avant la consultation psychiatrique de liaison (CLP) calculé à partir du nombre total de jours de l’admission à cette première consultation.

Les années d'admission étaient classées en neuf classes, de 2008 à 2016.

Le lieu de résidence a été catégorisé en trois classes: Paris, région parisienne et ailleurs en France. Le lieu de la consultation de liaison psychiatrique était classé en deux classes: unité de soins intensifs ou non.

Le diagnostic psychiatrique principal a été enregistré par le psychiatre traitant selon les sept codes CIM-10 de F0 à F6. Le diagnostic non psychiatrique a été identifié selon le *Groupe Homogène de Malades* (GHM) et classés en deux classes: médical ou chirurgical.

L’échelle tarifaire *Groupe Homogène de Séjour* (GHS) a été utilisée comme indicatrice de la gravité de la maladie.

Pour chaque patient, a été utilisé le score tarifaire (GHS) correspondant à leur diagnostic (GHM) et à l'année d'admission.

L’objectif principal était d'étudier les associations entre le moment de l'intervention de la consultation psychiatrique de liaison (CLP) et de la longueur du séjour hospitalier (LOS).

Pour contrôler certains biais, certains auteurs avaient suggéré d'utiliser le rapport de la durée d'hospitalisation avant la consultation sur la durée d’hospitalisation comme indicateur du moment de la consultation.

Tous les autres facteurs associés ont été considérés comme des covariables ( l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le type de service, le diagnostic psychiatrique principal, le principal diagnostic non psychiatrique et la gravité de la maladie), en prenant le temps de référence comme la variable dépendante.

Ensuite, ils ont d'abord évalué les associations entre le temps de référence et log (longueur de séjour) (LOS) en utilisant trois modèles linéaires généraux, prenant log (LOS) comme variable dépendante, et différents covariables pour chaque modèle. Par exemple le modèle 3 incluait toutes les covariables plus la gravité de la maladie mesurée par l’échelle GHS.

Comme l'association entre le temps de référence et log (LOS) peut différer entre les patients selon la longueur de séjour d’hospitalisation (LOS), des analyses stratifiées ont été effectuées pour les patients avec une durée de séjour <5 jours, 5 à 30 jours et> 30 jours en utilisant les mêmes covariables que le modèle 3.

Enfin, d’autres analyses ont été menées pour tenir compte de la longueur de séjour hospitalier théorique de chaque patient, compte tenu de la gravité de leur maladie.

À cette fin, ils ont utilisé la base de données nationale des moyennes de (LOS) et ont extrait la longueur de séjour hospitalier (ALOS) correspondante à leur GHM et à l'année d'admission, et ont calculé un indice relatif de séjour (RSI).

Le RSI a été calculé comme le nombre réel de jours passés à l'hôpital (LOS) divisé par le nombre prévu de jours passés à l'hôpital (ALOS): RSI> 1 indique que le LOS était plus élevé que prévu, alors que RSI <1 indique le contraire.

Enfin, pour évaluer la signification clinique de ces résultats, ils ont visé la base du timing de la première consultation de liaison psychiatrique CLP pour prédire le RSI ajusté.

**Résultats :**

La population de l'étude finale était composée de 4500 participants avec 51% de femmes et un âge moyen de 59,83 ans.

Dans les analyses préliminaires, les facteurs associés à un temps de référence plus court étaient: le jeune âge, admission à l'USI, année plus récente de l’admission, principaux diagnostics psychiatriques F1, F2 ou F3 et une moindre gravité du diagnostic d’admission.

Dans les analyses principales, après ajustement de l'âge et le sexe, le temps de référence était significativement associé au log (LOS).

Les interactions entre le temps de référence et l'âge, le type du service et le diagnostic psychiatrique étaient significatifs. Des analyses stratifiées ont révélé une association plus importante entre le temps de référence et le log (LOS) chez les patients plus âgés et chez les patients admis à l'USI (unité de soin intensif).

Considérant les diagnostics psychiatriques, le temps de référence est resté significativement associé au log (LOS) chez les patients avec un code F0, F3 ou F4.

Chez les patients avec un code F2 (c'est-à-dire des troubles psychotiques) il n'y avait pas d'association entre le temps de référence et le log (LOS) (longueur de séjour hospitalier).

L'analyse stratifiée selon la longueur du séjour (LOS) a indiqué une association entre le temps de référence et le log (LOS) chez les patients de durée d’hospitalisation ≤30 jours. L'association la plus forte a été observée chez les patients avec une LOS <5 jours, suivi par les patients avec une LOS entre 5 et 30 jours

Dans les analyses exploratoires prenant en compte la longueur de séjour hospitalier (LOS) théorique, des résultats similaires ont été obtenus, avec une association significative entre le rapport *n* jours / ALOS (longueur de séjour hospitalier moyen) et le RSI (indice relatif de séjour). Ils ont également observé que chez les patients pour qui l'intervention CLP (consultation de liaison psychiatrique) a eu lieu après 40% de l'ALOS, ce dernier était significativement plus élevé que prévu.

**Discussion :**

Cette étude est en accord avec la littérature sur plusieurs points. Tout d'abord, la durée du séjour hospitalier (LOS) pour leur population (21,48 jours, contre 5,31 jours dans la même période pour les patients de l'hôpital non référés à une consultation psychiatre de liaison) a confirmé l'augmentation de la durée de séjour associée à l’existence d’un trouble mental.

Cette durée de séjour hospitalier (LOS) plus longue est certainement expliquée par une plus maladie plus grave, qui pourrait être une conséquence de la comorbidité du trouble mental témoignant d'une plus grande complexité biopsychosociale.

L'ALOS relativement élevée et le score tarifaire GHS pour cette population confirment la sévérité de la maladie de la population étudiée et son impact économique. D'autres facteurs, comme une difficulté plus importante à fournir des soins optimaux, pourrait contribuer à une durée de séjour hospitalier plus longue pour les patients avec comorbidités psychiatriques. L’indice de séjour relatif (RSI) élevé dans cette étude soutient cette hypothèse.

Les résultats confirment également celui des études précédentes montrant une association entre des interventions de consultation de liaison psychiatriques (CLP) précoces et une durée de séjour hospitalier plus courte.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'association entre les interventions de consultation de liaison CLP précoces et une durée de séjour hospitalier plus courte.

Premièrement, comme les troubles mentaux peuvent interférer avec les soins médicaux, un traitement précoce de l'état psychiatrique peut améliorer les soins ultérieurs.

Deuxièmement, des soins psychiatriques précoces peuvent conduire à une meilleure organisation des soins secondaires et réduire le délai de prise en charge.

Troisièmement, l'association peut s'expliquer par la précocité des interventions CLP chez les patients nécessitant un transfert rapide vers un service psychiatrique.

En démontrant que des consultations CLP précoces sont associées à une durée de vie plus courte, indépendamment de la gravité de la maladie, les résultats actuels soutiennent l'idée que ces interventions peuvent être rentables.

Par ailleurs il a été identifié des sous-groupes dans lesquels l'association entre les CLP précoces et la durée de séjour hospitalier plus courte étaient plus fortes ; comme chez les personnes âgées chez qui il y a peut-être sous-estimation relative des comorbidités psychiatriques. Cette interprétation est cohérente avec d’autres études qui ont démontré la même corrélation.

Il a également été retrouvé une association plus forte chez les patients admis à l'unité de soins intensifs. Ce résultat pourrait être dû au fait que les patients qui ont eu une intervention précoce étaient en moyenne moins gravement malade.

Cela peut notamment s'appliquer aux patients admis dans un ICU après une tentative de suicide par auto-intoxication, dont l'état de santé non psychiatrique peut s'améliorer et conduire à un transfert vers un service de psychiatrie et donc avoir un temps de référence plus court.

En ce qui concerne les diagnostics psychiatriques des patients, il n’a pas été retrouvé une association entre les consultations de liaison et une durée d’hospitalisation plus courte. En ce qui concerne les troubles psychotiques, cela pourrait s'expliquer par la proportion élevée de patients ayant eu une première consultation CLP au début de leur séjour à l'hôpital, laissant ainsi moins de patients pour la comparaison.

Dans la présente étude, 57% des patients ayant un trouble psychotique ont eu une consultation dans les 3 premiers jours après l'admission. Cela pourrait être dû à une plus grande vulnérabilité au stress de l'hospitalisation.

Pour ce qui est des troubles liés à l'usage de substances, les troubles de l'alimentation ou du sommeil, ils ne représentaient qu’une petite proportion de l’échantillon pour atteindre une signification suffisante.

La présente étude a plusieurs atouts ; elle reste la plus grande étude à traiter de l'association entre le moment de l'intervention de consultation psychatrique de liaison (CLP) et la durée de séjour hospitalier (LOS) dans un hôpital général, la première à enquêter sur cette association en sous-groupes et la première à en estimer la signification clinique.

Son approche logarithmique détaillée a permis de démontrer la rentabilité des interventions CLP.

Certaines limitations doivent également être reconnues. Premièrement, en raison de la conception transversale de cette étude, aucune conclusion causale ne pourrait être dessinée. Deuxièmement, des variables telles que le statut socio-économique n’ont pas été prises en considération. Troisièmement, il n’a pas été utilisé d’examens psychiatriques poussés pour évaluer les diagnostics psychiatriques et le risque suicidaire.

**Implications et recherches futures :**

Les résultats suggèrent que les interventions de consultation psychiatrique de liaison (CLP) précoces en hospitalier sont associées à une durée de séjour nettement plus courte et fournissent des preuves indirectes du rapport coût-efficacité des interventions CLP.

D'autres études devraient évaluer les moyens d'améliorer la rapidité des interventions psychiatriques et la rentabilité clinique et économique de ces interventions.

***Traduit et résumé par : Salehddine Zineb.***

***CHU Agadir***

***Avril 2021***