

Les coûts des traitements psychiatriques: une approche comparative de trois catégories de patients

Werner Fischer, Lucien Barrelet

Unité d'investigation sociologique, rue du 31-Décembre 6, 1207 Genève

1. Introduction

«Les années 1970 seront sans doute la décennie des questions des coûts et de l'efficacité en médecine». Cette affirmation faite par J.G. Gunderson (1975) s'est vérifiée jusqu'à maintenant, principalement dans beaucoup de domaines de la médecine somatique. En revanche, en psychiatrie, l'essor de ce type de recherche est nettement plus limité. Ce n'est pas seulement la complexité inhérente aux études des coûts et bénéfiques qui ont freiné leur application dans ce domaine. Comme le notent G. Andrews et al., «l'idée même de faire une tentative d'estimation (de la morbidité et de la mortalité en termes monétaires) est moralement répugnante à beaucoup de ceux qui argumentent que 'vous ne pouvez mesurer en valeur monétaire ni la vie, ni la souffrance' ». Le calcul des coûts et des bénéfiques du traitement n'est pas une nouveauté. Effectué sur la base de méthodes et de formalisations adéquates, il permet de prendre des décisions de façon plus objective et plus rationnelle, en matière de programmes de traitement et de politique de la santé.

Ces études poursuivent cinq objectifs majeurs, souvent cités par les auteurs (voir en particulier: Hunt, 1984, et Maynard, 1985):

- a) maîtriser la gestion budgétaire par l'analyse et le contrôle des principaux facteurs qui déterminent les coûts;
- b) connaître les données cliniques et leur influence sur les coûts, ce qui signifie: impliquer les cliniciens dans la planification et la gestion budgétaires et les associer étroitement à l'établissement des priorités;
- c) identifier de façon précise l'utilisation des ressources en vue d'une politique de transfert de ces dernières en fonction de besoins nouveaux;
- d) dégager les résultats et la qualité des soins et des prestations fournis de sorte que le public (y compris les patients) puissent se former un jugement sur la justesse et l'adéquation des services de santé;
- e) et enfin, parce que les coûts indirects pèsent d'un poids prépondérant sur les coûts totaux, établir des critères de la qualité de la vie, surtout si des décisions peuvent entraîner des effets incisifs sur les conditions de vie des personnes, en raréfiant les ressources de ces dernières.

Ce champ considérable de recherches – pouvant entraîner par ailleurs des conséquences importantes à tous les niveaux – est loin d'être exploré. La complexité du domaine et l'insuffisance des données de

base expliquent pour une bonne part les carences que l'on constate encore: problèmes de l'unité de mesure, de la quantification, de la diversité très large des interventions, l'absence de sources fiables, les différenciations comptables peu adéquates aux problématiques de recherche, la multiplicité et l'hétérogénéité des supports de renseignements sur les coûts.

C'est pour ces raisons que la très grande majorité des études des coûts des traitements psychiatriques, sur lesquels nous centrerons notre analyse, ont pris en considération les *coûts directs* (à savoir l'ensemble des dépenses occasionnées pour le diagnostic et le traitement par an ou pour tout autre intervalle temporel (coûts hospitaliers, extrahospitaliers, soins infirmiers, services d'autres professionnels, tels que la réhabilitation, médicaments), (Andrews, 1985).

Dans la plupart des études, le cadre de recherche est restreint à un service ou à une unité de l'ensemble du champ médico-psychiatrique, ce qui n'autorise évidemment aucune extrapolation des coûts à l'ensemble des traitements et des soins prodigués durant un laps de temps donné (Mc Kechnie et al., 1982).

En contraste de ces études – reprenant la perspective de la prévalence sur le plan des coûts – quelques recherches (voir en particulier Wiersma, 1983) ont tenté de cerner les coûts du traitement s'échelonnant sur plusieurs années. La notion de coûts de la maladie prise dans sa totalité n'a, en psychiatrie, guère été abordée jusqu'à maintenant.

Le deuxième volet de ces approches concerne les *coûts indirects*, c'est-à-dire le manque à gagner par l'inactivité professionnelle temporaire ou prolongée liée à la maladie et les prestations des assurances sociales (rentes, indemnités). D'autres problèmes méthodologiques se posent sur ce plan. Nous les exposerons sous le chapitre des méthodes et techniques utilisées dans notre recherche.

Bien que souvent mentionnés, d'autres coûts sont rarement quantifiés. Il en est ainsi des *coûts familiaux* qui représentent sans doute en psychiatrie des montants croissants dus aux modifications des pratiques psychiatriques: coûts liés à la présence d'un patient dans l'entourage familial qui peut entraîner des frais particuliers tels que restriction de l'activité professionnelle d'un membre de la famille, déplacements, achats et charges spéciaux.

Ces coûts familiaux sont parfois intégrés dans un ensemble plus large totalisant les *coûts sociaux*:

charges incombant à la communauté, comportements antisociaux ou délinquants faisant appel à l'intervention de services spécialisés (Test et Stein, 1980).

Enfin, la notion des *coûts psychologiques* nous paraît dans la psychiatrie d'une application très restreinte, dans la mesure où elle reprend et tente de quantifier les éventuels dommages causés à l'individu; elle se réfère par conséquent à une causalité purement externe, en quelque sorte accidentelle de la maladie, ce qui ne représente en psychiatrie qu'une infime partie des patients.

Nous avons essayé, par notre recherche, d'établir une partie seulement des divers coûts que nous venons de mentionner: les coûts directs des traitements psychiatriques des patients suivis dans les Institutions universitaires de psychiatrie de Genève ainsi que les coûts indirects.

Notre premier objectif visait la question: observe-t-on d'abord chez les patients schizophrènes des différences de coûts en fonction du sexe et de l'âge, ce dernier paramètre faisant référence tant à la phase de la vie des patients et à la durée de leur maladie. Etant donné le poids considérable des coûts indirects que toutes les études soulignent, constate-t-on des différences des seuls coûts directs selon que les patients ont une activité professionnelle ou qu'ils se trouvent évincés du marché du travail (invalides, assistés, ménagères)?

Enfin notre but était de savoir si les patients schizophrènes (ICD 295) occasionnent davantage de coûts que les autres patients psychotiques (ICD 290-294, 296-299) et que les patients ayant d'autres diagnostics (ensemble des patients non psychotiques: ICD 300-316) et si la structure des coûts des deux derniers groupes est identique à celle des schizophrènes.

2. Méthodes

L'ensemble des patients pour lesquels les coûts directs et indirects ont été calculés, ont fait partie d'une étude transversale effectuée en 1981 ainsi que d'une recherche longitudinale durant une année pendant laquelle tous les événements thérapeutiques (hospitalisations psychiatriques, consultations dans les secteurs et séjours dans les Centres de thérapies brèves) ont été recueillis (étude financée par le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique, Projet No 4.343.079.08). Cet échantillon représentatif (choix de 1 cas sur 2) comprend 361 patients non gériatriques venus au moins une fois en consultation pendant les deux mois de l'étude transversale: 69 schizophrènes, 63 autres psychotiques et 229 cas ayant d'autres diagnostics dont surtout les névroses et les borderline.

Les coûts ont été calculés pour la période allant du début avril 1981 à fin mars 1982. Les *coûts directs* ont été établis sur la base des prix réels des trois principales composantes:

- journée d'hospitalisation: Fr. 358.83 en 1981 et Fr. 412.72 en 1982, qui représentent des prix moyens par jour et par patient des unités hospitalières non psycho-gériatriques,

- journée de traitement aux Centres de thérapies brèves: Fr. 412.53 en 1981 et Fr. 340.36 en 1982,
- consultations ambulatoires de secteurs, y compris les foyers et les ateliers: Fr. 281.63 en moyenne pour les deux années.

En ce qui concerne cette dernière composante des coûts directs, l'inclusion des foyers et des ateliers s'imposait par le fait que les psychotiques en sont les principaux utilisateurs, mais non exclusifs.

Le traitement ambulatoire de ces cas recourt souvent à l'intervention concomitante de ces professionnels. Quant aux consultations, nous n'avons pu tenir compte de leur durée parce qu'aucun critère univoque de différenciation n'était disponible sur le plan comptable. Les patients schizophrènes surtout, mais aussi les autres psychotiques, ayant en moyenne des consultations plus courtes (durée modale: 20-30 minutes), notre méthode d'estimation peut entraîner une surévaluation de leurs coûts. Mais cet effet est à notre avis largement compensé par le recours plus fréquent de ces patients aux foyers et aux ateliers mais aussi par le fait qu'ils mobilisent plus souvent les thérapeutes pour d'autres démarches que les consultations proprement dites. Ainsi, le coût moyen retenu constitue une approximation justifiée et suffisamment réaliste pour la comparaison des coûts de différentes catégories de patients. Précisons enfin que ces coûts directs ne comprennent pas seulement les salaires des personnes engagées dans les unités et les dépenses liées directement aux diverses prestations, mais aussi les loyers, les amortissements éventuels et les frais financiers (données communiquées par M. P.-G. Perret, Directeur de gestion des Institutions universitaires de psychiatrie de Genève). Les *coûts indirects* incluent les deux principaux éléments suivants:

- le manque à gagner des patients non actifs sur le plan professionnel: nous avons retenu les montants des salaires en 1981 à Genève (cf. *Vie économique*, 1982); ainsi pour chacun des patients inactifs, nous avons calculé le manque à gagner en fonction du sexe et de son niveau de qualification professionnelle. Ces montants ont été majorés de 10% qui représentent, en moyenne, la part patronale des charges sociales

- les rentes d'invalidité et les prestations cantonales complémentaires: faute de données d'enquête précises, nous avons dû nous limiter à des approximations, en retenant le minimum vital fixé par les services sociaux: Fr. 1200.- par mois pour une personne seule et Fr. 1800.- pour un couple. Ces montants sous-estiment probablement les coûts des rentes. Mais la distorsion est certainement faible, étant donné le niveau socio-professionnel majoritairement bas de l'ensemble des patients psychotiques; par conséquent, les rentes se situent également au bas de l'échelle des prestations, très souvent complétées par des apports financiers cantonaux jusqu'au seuil du minimum vital que nous avons retenu.

Ces précisions montrent bien que les coûts que nous avons calculés ne représentent qu'une partie – néanmoins majoritaire – des coûts totaux. Les coûts directs ne comprennent pas les traitements des psychiatres privés ou d'autres médecins. Nous ne savons pas auprès de combien de personnes, pendant quelle durée et avec quelle intensité, de telles prises en charge ont eu lieu. Nous n'avons pas abordé les coûts familiaux et sociaux que l'on ne pourrait évaluer adéquatement que par une étude prospective et non rétrospective.

Mais malgré ces limites, cette recherche constitue une première tentative de quantifier systématiquement les coûts les plus importants qu'engendrent les patients psychiatriques traités pendant une année dans les Institutions universitaires de psychiatrie à Genève.

3. Résultats

Certaines des études citées montrent de façon très claire que les coûts sont grandement influencés par les caractéristiques sociales et biographiques des patients. Des différences très importantes interviennent aussi dans les trois groupes de patients dont nous allons comparer les coûts directs et indirects. Afin de ne pas surcharger l'exposé des principaux résultats de notre recherche, nous y reviendrons dans le chapitre de la discussion.

3.1. Les coûts occasionnés par les patients schizophrènes

Le coût moyen annuel, direct et indirect, pour chacun des 69 patients schizophrènes s'élève à Fr. 53 369.–. Comme le montre le tableau 1, corroborant ainsi les résultats d'études similaires, la part prépondérante revient aux coûts indirects (72,39%) dont avant tout le manque à gagner (52,85%), alors que les rentes et prestations sociales ne représentent que 19,54% du coût total.

Parmi les coûts directs des patients schizophrènes, les coûts liés aux hospitalisations représentent le double (17,63%) de ceux engendrés par la prise en charge ambulatoire (8,89%). Les Centres de thérapies brèves ne totalisaient qu'un peu plus de 1% du total des coûts. Pour ce groupe de patients, l'hôpital constitue encore en 1981/82 la principale référence thérapeutique.

La répartition des coûts en fonction du sexe fait apparaître que les coûts des hommes sont de plus d'un tiers supérieurs à ceux des femmes (cf. tableau 1). Les premiers induisent un coût total moyen de Fr. 60 975.– tandis que les secondes en totalisent Fr. 45 538.–. Quel que soit le genre de coûts – à l'exception cependant des Centres de thérapies brèves – les hommes schizophrènes coûtent nettement plus chers; c'est le cas en particulier des hospitalisations dont le coût moyen par patient (Fr. 12 349.–) est presque le double de celui des femmes (Fr. 6385.–). De façon générale, le coût des hommes est plus élevé, surtout pour l'ensemble

des coûts directs (plus 54,2%), mais aussi pour les coûts indirects (plus 27%).

	Hommes (n = 35)		Femmes (n = 34)		Total (n = 69)	
	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%
<i>Coûts directs moyens</i>						
Hospitalisation	12 349	20,25	6 385	14,02	9 410	17,63
Consultation	5 174	8,49	4 299	9,44	4 743	8,89
Thérapies brèves	295	0,48	874	1,92	580	1,09
Total des coûts directs moyens	17 818	29,22	11 558	25,38	14 733	27,61
<i>Coûts indirects moyens</i>						
Rentes, allocations sociales	11 931	19,57	8 882	19,50	10 429	19,54
Manque à gagner	31 226	51,21	25 098	55,12	28 207	52,85
Total des coûts indirects moyens	43 157	70,78	33 980	74,62	38 636	72,39
<i>Coût total moyen</i>	60 975	100,00	45 538	100,00	53 369	100,00

$\chi^2 = 1258,40$ $p < .001$

Tab. 1. Distribution des coûts moyens directs et indirects (en Fr. par cas et pour une année d'une cohorte de schizophrènes selon le sexe).

Une étroite corrélation existe entre l'âge des patients et leurs coûts. Contrairement aux impressions spontanées, plus les patients sont jeunes, plus leurs coûts sont élevés (cf. tableau 2). Les patients âgés de moins de 40 ans totalisent un coût moyen de Fr. 67 737.–; ceux qui ont entre 40 et 49 ans: Fr. 48 577.– et les membres de la classe d'âge supérieure (50 ans et plus) présentent un coût moyen de Fr. 45 210.–. Mais qui plus est: ces différences tiennent presque exclusivement aux écarts entre les coûts liés directement aux traitements. En effet, les coûts indirects sont sensiblement les mêmes (la différence la plus importante étant inférieure à 5%), tandis que les coûts directs divergent fortement, surtout entre ceux qui ont moins de 40 ans et ceux qui ont un âge plus élevé. En se référant au total des coûts directs, les patients les plus jeunes (moins de 40 ans) occasionnent des coûts presque quatre fois supérieurs (Fr. 28 885.–) à ceux des schizophrènes âgés de 50 ans et plus (Fr. 7313.–). L'écart est encore plus considérable pour les coûts d'hospitalisation: Fr. 21 439.– pour les premiers contre Fr. 2792.– pour les seconds, c'est-à-dire un rapport de près de 8:1. La structure des coûts reflète également la place beaucoup plus importante de l'hôpital psychiatrique chez les jeunes patients: 31,65% du total de leurs coûts sont occasionnés par des séjours hospitaliers, contre seulement 6,18% chez des patients âgés de 50 ans et plus.

Ces deux tendances systématiques de l'accroissement des coûts en fonction de l'âge et du sexe sont retrouvées lorsqu'on combine ces deux critères. On observe, pour les différentes composantes des coûts, une gradation assez régulière allant du coût total moyen le plus élevé pour les hommes de moins de 40 ans (Fr. 68 576.–) aux femmes âgées de 50 ans et plus (Fr.

	< 40 (n=22) ans		40-49 (n=20) ans		>= 50 (n=27) ans	
<i>Coûts directs moyens</i>	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%
Hospitalisation	21 439	31,65	5 113	10,53	2 792	6,18
Consultation	6 977	10,30	4 070	8,37	3 421	7,57
Thérapies brèves	469	0,69	—	—	1 100	2,43
Total des coûts directs moyens	28 885	42,64	9 183	18,90	7 313	16,18
<i>Coûts indirects moyens</i>						
Rentes, allocations sociales	11 127	16,43	11 880	24,46	8 785	19,43
Manque à gagner	27 725	40,93	27 514	56,64	29 112	64,39
Total des coûts indirects moyens	38 852	57,36	39 394	81,10	37 897	83,82
<i>Coût total moyen</i>	67 737	100,00	48 577	100,00	45 210	100,00

$\chi^2 = 17\,780,48$ $p < .001$

Tab. 2. Distribution des coûts moyens directs et indirects (en Fr.) par cas et pour une année d'une cohorte de schizophrènes selon l'âge.

37 402.-). Signalons en outre – et sans vouloir entrer dans les détails – que les écarts sont là aussi principalement dus aux différences entre les coûts directs, donc résultant des prises en charge psychiatriques. Cette régularité n'est pas constatée pour les coûts indirects; mais les hommes en induisent cependant des montants systématiquement plus élevés que les femmes. Des différences encore plus importantes ressortent lorsqu'on tient compte de l'activité et de l'inactivité professionnelle des patients (cf. tableau 3). Ceux qui n'ont pas d'emploi présentent des coûts 4,4 fois plus élevés que ceux qui sont insérés sur le marché du travail: Fr. 61 633.- contre Fr. 14 116.-. Il va de soi que l'écart s'explique avant tout par les coûts indirects. Cependant les inactifs ont aussi des coûts directs plus élevés (Fr. 15 474.-) que les actifs (Fr. 11 213.-) c'est-à-dire un accroissement de 38%. Ce sont principale-

	Emploi plein ou temps partiel (n=12)		Sans activité professionnelle (n=57)	
<i>Coûts directs moyens</i>	Coûts	%	Coûts	%
Hospitalisation	4 964	35,17	10 346	16,79
Consultation	4 530	32,09	4 788	7,77
Thérapies brèves	1 719	12,18	340	0,55
Total des coûts directs moyens	11 213	79,44	15 474	25,11
<i>Coûts indirects moyens</i>				
Rentes, allocations sociales	—	—	12 625	20,48
Manque à gagner	2 903	20,56	33 534	54,41
Total des coûts indirects moyens	2 903	20,56	46 159	74,89
<i>Coût total moyen</i>	14 116	100,00	61 633	100,00

χ^2 Coûts directs moyens = 2196,74 $p < .001$

Tab. 3. Distribution des coûts moyens directs et indirects (en Fr.) par cas et pour une année d'une cohorte de schizophrènes selon l'activité professionnelle.

ment les coûts hospitaliers (Fr. 10 346.-, plus de deux fois plus élevés que chez les actifs: Fr. 4964.-) qui interviennent dans cet écart.

Ainsi, envisagés de façon plus synthétique, ce sont les hommes jeunes (moins de 40 ans) n'ayant pas d'activité professionnelle qui induisent à la fois des coûts directs et indirects les plus élevés. Tout à fait à l'opposé, se trouvent les femmes âgées de plus de 50 ans ayant une activité professionnelle. L'effectif de nos patients schizophrènes est malheureusement trop restreint pour éprouver cette hypothèse plus synthétique par un calcul détaillé des coûts.

Nous pourrions apporter quelques précisions sur la base des caractéristiques sociales qui correspondent de manière typique à ces deux groupes qui apparaissent comme extrêmes sur le plan des coûts.

Tab. 4. Distribution des coûts moyens directs et indirects (en Fr) par cas et pour une année des patients pris en charge selon le diagnostic

	Schizophrènes (n=69)		Autres psychotiques (n=63)		Non psychotiques (n=227)		Total (n=359)	
<i>Coûts directs moyens</i>	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%
Hospitalisation	9 410	17,63	5 621	12,42	2 108	7,56	4 128	11,57
Consultation	4 743	8,89	4 573	10,10	5 133	18,40	4 960	13,91
Thérapies brèves	580	1,09	619	1,37	55	0,19	255	0,71
Total des coûts directs moyens	14 733	27,61	10 813	23,89	7 296	26,15	9 343	26,19
<i>Coûts indirects moyens</i>								
Rentes, allocations sociales	10 429	19,54	9 410	20,78	5 709	20,46	7 090	19,88
Manque à gagner	28 207	52,85	25 052	55,33	14 898	53,39	19 238	53,93
Total des coûts indirects moyens	38 636	72,39	34 462	76,11	20 607	73,85	26 328	73,81
<i>Coût total moyen</i>	53 369	100,00	45 275	100,00	27 902	100,00	35 671	100,00

$\chi^2 = 2\,220,42$ $p < .001$

3.2. Comparaison des coûts des schizophrènes avec ceux de deux autres cohortes de patients

Il n'est pas possible de présenter dans ce cadre les résultats détaillés de notre recherche pour les trois cohortes de patients: patients schizophrènes, autres psychotiques et diagnostics non psychotiques. En nous limitant aux grandes lignes de nos données nous pouvons, quant aux coûts comparés des trois cohortes, faire les constatations suivantes (cf. tableau 4).

- Les patients schizophrènes induisent le coût total moyen de loin le plus élevé: Fr. 53 369.–, contre Fr. 45 275.– pour les autres psychotiques et Fr. 27 902.– chez les patients non psychotiques. Si nous choisissons le coût moyen total de ces derniers comme base (100) on obtient un indice de 162 pour les autres psychotiques et de 191 pour les schizophrènes qui totalisent par conséquent des coûts presque doubles des patients non psychotiques.
- En tenant compte des composantes du coût moyen total, on constate que, par rapport aux non psychotiques ayant les coûts les moins élevés, les coûts des schizophrènes présentent les pourcentages d'accroissement suivants:

– coûts directs	101,9 %
coûts d'hospitalisation	346,4 %
– coûts indirects	87,5 %
coûts des rentes	82,7 %
coûts par manque à gagner	89,3 %

Par conséquent, à la fois les coûts directs et indirects des schizophrènes représentent près du double de ceux des patients non psychotiques, à la seule exception des coûts des consultations qui, chez les premiers, sont de 7,6% inférieurs à ceux des seconds. On peut sans doute y voir un effet de substitution chez les non psychotiques de l'hospitalisation psychiatrique par le traitement ambulatoire, ce qui ne s'est pas produit chez les psychotiques dont avant tout les schizophrènes.

Comme l'illustre le tableau 4, les différences entre schizophrènes et autres psychotiques sont nettement moins accentuées; l'écart le plus important se situe encore sur le plan des coûts hospitaliers (plus de 67,4%).

En comparaison aux autres patients, la différence significative constatée chez les schizophrènes entre les hommes et les femmes, apparaît comme un fait spécifique des schizophrènes. En effet, on ne constate aucune différence significative entre les coûts moyens selon le sexe chez les autres psychotiques et les non psychotiques, et cela ni pour les coûts directs, ni par rapport aux coûts indirects. Il apparaît néanmoins que les coûts d'hospitalisation sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes et ceci pour tout diagnostic tandis que les femmes non schizophrènes présentent des coûts de consultation un peu plus importants.

De plus, les différences significatives des coûts selon l'âge que nous avons mises en évidence chez les

patients schizophrènes – les coûts étant en corrélation inverse avec l'âge – sont aussi un fait typique de ce groupe de cas. On n'observe aucune tendance de ce type ailleurs; c'est exactement l'inverse que l'on peut constater chez les autres psychotiques et les non psychotiques: les patients plus âgés ont des coûts plus élevés, mais sans que ces différences soient significatives.

En revanche, les écarts des coûts en fonction de l'activité professionnelle sont constatés dans les trois cohortes; ils sont même plus accentués pour les patients non schizophrènes. Le rapport entre le coût moyen total des actifs et des inactifs est chez les schizophrènes de 1:4,4; mais il est de 1:12,7 pour les autres psychotiques et de 1:9,9 chez les patients non psychotiques. Si on ne tient compte que des coûts directement liés aux traitements (coûts directs) les inactifs induisent des coûts 1,4 fois supérieurs que les actifs chez les schizophrènes; l'accroissement correspondant est de 2,9 chez les autres psychotiques et de 1,6 chez les non psychotiques. Ces différences résultent principalement des coûts différentiels de l'hospitalisation psychiatrique.

3.3. Les coûts d'hospitalisation comme signal des coûts en général

A plusieurs reprises, nous avons montré que les coûts d'hospitalisation sont le plus fortement différenciés par rapport aux divers paramètres que nous avons pris en considération. Il est donc intéressant d'explorer de plus près les associations des autres coûts avec ceux des hospitalisations, en comparant les patients hospitalisés pendant l'année prise en considération pour notre étude longitudinale, avec ceux qui ne le sont pas et en examinant sur cette nouvelle base les montants et la structure des coûts. C'est à partir des tableaux 5 et 6 que nous pouvons dégager quelques tendances significatives.

- Parmi les patients hospitalisés, ce sont les autres psychotiques qui engendrent le coût direct moyen le plus élevé: Fr. 41 272.–, suivis des schizophrènes: Fr. 37 304.– et des non psychotiques: Fr. 23 296.–. Les coûts directs des femmes sont là aussi un peu plus faibles que ceux des hommes. Aussi les montants dus aux hospitalisations suivent les mêmes tendances.
- De façon générale, les patients hospitalisés durant l'année occasionnent des coûts directs moyens 7 fois plus élevés que ceux qui ont été traités exclusivement en service de consultation. La différence la plus importante concerne les schizophrènes dont les patients hospitalisés totalisent des coûts 11 fois supérieurs aux patients traités seulement sur le plan ambulatoire. Ce même rapport est de 10:1 chez les autres psychotiques et de 5:1 pour les non psychotiques.
- Ces écarts ne sont pas uniquement dus aux frais des séjours en clinique. Les coûts ambulatoires des patients hospitalisés sont systématiquement plus

	Schizophrènes (n = 48)		Autres psychotiques (n = 49)		Nonpsychotiques (n = 163)		Total (n = 260)	
	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%
<i>Coûts directs moyens</i>								
Consultation	3 299	8,03	4 213	10,99	4 855	17,34	4 508	13,90
Total des coûts directs moyens	3 299	8,03	4 213	10,99	4 855	17,34	4 508	13,90
<i>Coûts indirects moyens</i>								
Rentes, allocations sociales	10 192	24,82	9 453	24,65	6 626	23,66	7 817	24,11
Manque à gagner	27 570	67,15	24,680	64,36	16 521	59,00	20 098	61,99
Total des coûts indirects moyens	37 762	91,97	34 133	89,01	23 147	82,66	27 915	86,10
<i>Coût total moyen</i>	41 061	100,00	38 346	100,00	28 002	100,00	32 423	100,00

$\chi^2 = 1448,85$ $p < .001$

Tab. 5. Distribution des coûts moyens directs et indirects (en Fr.) par cas et pour une année des patients non-hospitalisés durant l'année selon le diagnostic.

élevés que ceux des autres patients non hospitalisés pendant l'année. On constate ainsi que ces coûts représentent pour les schizophrènes hospitalisés près du double (93,5 % d'accroissement) de ceux des schizophrènes pris en charge sur le plan ambulatoire. Chez les autres patients cette différence ne dépasse pas 40 %. De manière générale, ce surplus des coûts ambulatoires des patients hospitalisés est plus accentué chez les hommes (56,6 %) que chez les femmes (29,5 %).

- On constate également que l'effet cumulatif des hospitalisations sur les coûts ambulatoires est surtout manifeste chez les patients jeunes et de façon tout à fait claire chez les schizophrènes et chez les non psychotiques.

Ainsi les schizophrènes âgés de moins de 40 ans, ayant été traités exclusivement en service de consultation, ont un coût ambulatoire moyen de Fr. 3943.-. Ce coût s'élève à Fr. 10 011.- (augmentation de 153,9 %) lorsque, en plus, ils ont été pris en charge à l'hôpital.

Pour les schizophrènes de 40-49 ans, cet effet cumulatif est de 63,2 %, et il se situe à 58,6 % pour ceux qui ont 50 ans ou plus.

Quant aux non psychotiques où la même tendance prévaut, l'effet cumulatif sur les coûts ambulatoires est de 53,3 % pour les plus jeunes (moins de 40 ans), de 48,3 % pour ceux qui ont entre 40 et 49 ans et de 12,4 % pour le groupe d'âge le plus élevé.

- Enfin de grandes différences existent entre les coûts directs, selon que les patients hospitalisés sont professionnellement actifs ou inactifs. Même si, compte tenu des faibles effectifs de certaines catégories, les résultats doivent être interprétés avec prudence, quelques faits saillants peuvent être mis en évidence. Pour l'ensemble des cas, les patients sans activité professionnelle hospitalisés occasionnent des coûts directs plus que doubles (Fr. 35 369.-; accroissement de 113,1 %) de ceux qui n'ont pas eu d'hospitalisation pendant l'année (Fr. 16 601.-). Cet écart est particulièrement élevé chez les autres psychotiques (augmentation de 348,7 %). L'inactivité professionnelle est donc associée, même chez les patients hospitalisés, à une augmentation importante de l'ensemble des coûts directs.

L'analyse des coûts - directs et indirects - de la prise en charge de trois groupes de patients, telle qu'elle vient d'être présentée, constitue une première tenta-

Tab. 6. Distribution des coûts moyens directs et indirects (en Fr.) par cas et pour une année des patients hospitalisés durant l'année selon le diagnostic.

	Schizophrènes (n = 21)		Autres psychotiques (n = 14)		Nonpsychotiques (n = 64)		Total (n = 99)	
	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%	Coûts	%
<i>Coûts directs moyens</i>								
Hospitalisation	30 920	39,67	35 901	46,69	16 498	44,07	25,474	46,64
Consultation	6 384	8,19	5 371	6,99	6 798	18,16	6 350	11,63
Total des coûts directs moyens	37 304	47,86	41 272	53,68	23 296	62,23	31 824	58,27
<i>Coûts indirects moyens</i>								
Rentes, allocations sociales	10 971	14,08	9 257	12,04	3 375	9,02	5 818	10,65
Manque à gagner	27 662	38,06	26,356	34,28	10 765	28,75	16 978	31,08
Total des coûts indirects moyens	40 633	52,14	35 613	46,32	14 140	37,77	22 796	41,73
<i>Coût total moyen</i>	77 937	100,00	76 885	100,00	37 436	100,00	54 620	100,00

$\chi^2 = 2634,20$ $p < .001$

tive de mettre en évidence les conséquences économiques chiffrées des troubles psychiatriques. Elle est nécessairement incomplète: les coûts directs se réfèrent aux seules interventions et soins institutionnels; il conviendrait de les compléter par les coûts des prestations de la médecine, et en particulier de la psychiatrie privée. Les montants des rentes sont des estimations tenant compte des barèmes officiels. Enfin, nous n'avons aucun renseignement fiable concernant l'incidence économique des troubles psychiatriques auprès des membres de la famille ou de l'entourage des patients. D'autres éléments de coûts familiaux et sociaux n'ont pas non plus été précisés.

Il est vrai que la prise en considération des autres composantes modifierait sans doute le montant des coûts. Il nous paraît cependant que les différences des coûts ainsi que leur structure selon le diagnostic, le sexe, l'âge et l'activité professionnelle ne seraient pas fondamentalement altérées.

4. Discussion

La confrontation des résultats de notre recherche avec ceux obtenus par des études axées sur le même domaine, met en évidence une très large concordance en ce qui concerne les coûts de la prise en charge des patients schizophrènes. Etant donné les différences entre les pays et entre le dispositif de leurs services psychiatriques, il est malaisé de faire une comparaison terme à terme. En se limitant aux grandes lignes des données comparables, les résultats sont convergents quant aux aspects suivants: prépondérance des coûts indirects par rapport au total des coûts, poids considérable des coûts d'hospitalisation, charge particulière des patients invalides et sans travail (Wiersma 1983, 1987 – Andrews et al., 1985 – Gunderson and Mosher, 1975).

Etant donné que les travaux de recherche dans ce domaine ont porté presque exclusivement sur des schizophrènes, il n'y a pratiquement pas de comparaison avec les autres résultats de notre étude. Il serait donc particulièrement intéressant que certains de nos résultats soient soumis à d'autres vérifications. Il en est ainsi de la corrélation inverse entre l'âge des patients et les coûts de leur prise en charge comme phénomène typique des schizophrènes. On peut dans ce contexte (comme aussi par rapport aux coûts plus élevés pour les hommes) reposer la question si la psychiatrie – puisqu'il s'agit avant tout des coûts directs – fonctionne selon la même logique que le système d'enseignement qui opère des investissements pédagogiques d'autant plus importants que leur rentabilisation sociale et économique ultérieure sera mieux assurée et plus élevée. Transposée à la psychiatrie, cette affirmation signifie qu'elle met en œuvre des pratiques plus coûteuses auprès de ceux des patients schizophrènes (hommes et jeunes) dont on peut légitimement attendre des résultats plus favorables, et ceci aussi du point de vue de leur insertion ou maintien sur le marché du travail et

dans leur contexte social. Pour les plus âgés, les moindres coûts résulteraient par contraste d'une ambition thérapeutique plus restreinte, voire d'une attitude de repli ou d'abandon compte tenu des échecs enregistrés.

Un deuxième point important devrait être vérifié par d'autres études. En effet, contrairement à l'opinion courante, nous avons pu montrer que pour aucun groupe de patients, il n'y a ce phénomène souvent affirmé de la substitution ou de la diminution des coûts d'hospitalisation par une intensification des autres formes de traitement. Nos résultats montrent au contraire un effet multiplicateur certain des coûts des consultations ambulatoires par l'accroissement des coûts d'hospitalisation. Aucune autre recherche n'a, à notre connaissance, abordé jusqu'ici cette problématique. Il est possible que les facteurs favorisant l'hospitalisation soient aussi – et quel que soit le diagnostic – des indicateurs de problématiques psychiatriques et sociales plus importantes donnant lieu à des interventions plus diversifiées et plus intenses.

Une série d'autres données dont nous disposons pour les patients du Canton de Genève irait incontestablement dans ce sens.

Beaucoup d'autres auteurs (entre autres Williams, 1987 – Wiersma, 1983 – Muller, 1983) ont attiré l'attention sur le fait que particulièrement chez les schizophrènes, leur éviction du marché du travail et leur marginalisation sociale importante peuvent être des facteurs d'accroissement des coûts de leur prise en charge. Sans pouvoir entrer dans les détails, signalons que cela est tout à fait vérifié à Genève. Quelques données suffiront à l'illustrer: des schizophrènes de notre étude, seulement 27,5% occupaient un emploi au moment de l'enquête; c'était le cas de 30,2% des autres psychotiques, de 54,1% des non psychotiques (et en comparaison de 72,7% de la population résidente genevoise). Les taux d'occupation sont en corrélation directe très étroite avec les coûts de la prise en charge. Le très faible niveau de qualification professionnelle (65,2% des schizophrènes n'en ont aucune), la durée de l'inactivité ainsi que le pourcentage élevé des invalides (60,9% des schizophrènes le sont) permettent de prédire qu'aucune diminution des coûts – surtout indirects – n'est prévisible à terme. D'autres situations précaires sur le plan familial, relationnel et social cristallisent et solidifient leur statut marginal qui est à l'origine d'une partie importante des coûts que nous avons relevés.

Mais au-delà des problèmes d'interprétation des données et des facteurs qui influencent le montant et la structure des coûts, se posent de nombreuses questions liées aux objectifs des recherches coûts – bénéfiques que nous avons précisés dans l'introduction. Il serait assurément présomptueux de tirer hâtivement des conclusions sur ces plans à partir de nos données qui sont encore lacunaires. Ces dernières permettent cependant de soulever certains problèmes concernant l'allocation des ressources des services, le choix des prio-

rités, les stratégies des pratiques psychiatriques ainsi que des solutions ou démarches alternatives si l'on se souvient par exemple de l'effet d'entraînement important des coûts par l'hospitalisation, le poids considérable des problématiques externes (sociales, familiales) et l'importance des trajectoires institutionnelles des patients. Le recours plus systématique aux ressources de l'entourage et de la communauté soulève d'emblée la question: comment minimiser et maîtriser les coûts familiaux et sociaux; par quels moyens et à travers quelles actions?

Des études isolées ont montré tout le bénéfice – aussi économique – qu'il est possible d'obtenir par une implication plus directe du milieu familial, professionnel et social (Weisbrod et al., 1980). Ces études expérimentales n'autorisent cependant pas de généralisation et, pour ce faire, devraient d'abord être mises à l'épreuve dans des contextes sociaux et psychiatriques très variés. Cela souligne – comme le notent Gunderon et Mosher (1975) – que les coûts de la recherche devraient être considérés comme une des composantes des coûts de la prise en charge. En vue de clarifier les multiples problèmes soulevés et de répondre aux objectifs des études des coûts – bénéfiques, il serait nécessaire d'accroître substantiellement cette partie encore minime des coûts des problématiques psychiatriques et des diverses autres dimensions qui y sont impliquées.

Bibliographie

- Andrews G., Hall W., Goldstein G. et al.: The Economic Costs of Schizophrenia. Implications for Public Policy. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 42, June 1985.
- Barrelet L. et Fischer W.: Management of Schizophrenia: Cost Benefits, Time Budget, Better Treatment? Which Time Frame are we in? Contribution to the WHO-Study on Cost-Effectiveness on Managing Chronic Psychotic Patients. A paraître dans ouvrage collectif, Ed. Springer, Berlin 1987.
- Fischer W.: Problématiques psychiatriques et orientation de recherche. L'Information Psychiatrique, Vol. 58, No 8, Octobre 1982, 1007-1013.
- Fischer W. et al.: Les services de soins en psychiatrie ambulatoire publique. Rapport final du projet du Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique. Crédit No 4.343.079.08.
- Gunderson J.G. and Mosher L.R.: The Cost of Schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 132: 9, Septembre 1975.
- Hunt P.: Annual Economic Review of N H S Resources. 1984, NAHA Birmingham.
- Maynard A.: The Economic Evaluation of Mental Health Policies in Mental Health Case and the European Community. Ed. Mauger, SP, Crok Helm, Ltd Dover, 1985.
- Mc Kechnie A.A., Rae D. and May J.: A Comparison of the Patient Costs of Treatment and Care in a Scottish Psychiatric Hospital. Brit. J. Psychiat., 1982, 141, 602-607.
- Muller Ch.F. and Caton C.L.M.: Economic Costs of Schizophrenia: A Postdischarge Study. Medical Care, January 1983, Vol. XXI, No 1, 92-104.
- Test M.A. and Stein L.I.: Alternative to Mental Hospital Treatment. III. Social Cost. Arch. Gen. Psychiatry, vol. 37, 1980, 409-412.
- Vie Economique, août 1982: Salaires moyens par cantons et par agglomérations en 1981, p. 577-582.
- Weisbrod B.A., Test M.A. and Stein L.I.: Alternative to Mental Hospital Treatment. II. Economic Benefit-Cost Analysis. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 37, April 1980, 400-405.

Wiersma D., Giel R. et al.: Social Class and Schizophrenia in a Dutch Cohort. Psychological Medicine, 1983, 13, 141-150.

Wiersma D.: Schizophrenia: Results of a Cohort Study with Respect to Cost-Accounting Problems of Patterns of Mental Health Care in Relation to Course of Illness. Contribution to the WHO-Study on Cost-Effectiveness on Managing Chronic Psychotic Patients. A paraître dans ouvrage collectif, Ed. Springer, Berlin 1987.

Williams R. and Dalby J.Th.: Cost-Effectiveness of Health Care Delivery to Chronic Psychotics in Southern Alberta, Canada. Contribution to the WHO-Study on Cost-Effectiveness on Managing Chronic Psychotic Patients. A paraître dans ouvrage collectif, Ed. Springer, Berlin 1987.

Summary

This contribution attempts to establish the direct and indirect costs of treatment of psychiatric patients in the University Institutions of Psychiatry of Geneva.

Based on methodology similar to that used in international studies, the calculation of costs was carried out for three cohorts of patients: schizophrenics, other psychotics and non-psychotics, taking into account the parameters of sex, age, professional employment/unemployment.

Attention is paid particularly to: the preponderance of indirect costs over direct costs, the much higher level of costs for psychotic patients and amongst these above all of schizophrenics, and significant differences in this last group with regard to sex and age. As far as direct costs are concerned, no substitution of hospital costs by outpatient costs is noted; on the contrary, the cumulative effect of these two constituent parts is marked among the three cohorts no matter what parameters of analysis of data are used.

Résumé

Les coûts du traitement psychiatriques suivis dans les Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève.

Basé sur une méthodologie comparable à celle utilisée dans des études internationales, le calcul des coûts porte sur trois cohortes de patients: schizophrènes, autres psychotiques, non psychotiques, et tient compte des paramètres: sexe, âge et activité/inactivité professionnelle.

Sont mis en évidence en particulier: la prépondérance des coûts indirects par rapport aux coûts directs, le niveau nettement plus élevé des coûts des patients psychotiques, et parmi eux surtout des schizophrènes, les différences significatives chez ces derniers en fonction du sexe et de l'âge. Pour ce qui concerne les coûts directs, on ne constate aucune substitution des coûts hospitaliers par des coûts ambulatoires; au contraire l'effet cumulatif de ces deux composantes est observé auprès des trois cohortes et quel que soit le paramètre de l'analyse des données.

Zusammenfassung

Die Kosten der psychiatrischen Behandlungen.

Ein Vergleich zwischen drei Patientenkategorien.

Dieser Beitrag stellt einen Versuch dar, die direkten und indirekten Behandlungskosten bei psychiatrischen Patienten der psychiatrischen Einrichtungen der Universität Genf zu berechnen.

Basierend auf einer Methodologie, welche mit denjenigen internationaler Studien vergleichbar ist, bezieht sich die Kostenanalyse auf drei verschiedene Patientenkohorten: Schizophrenie, andere Psychotiker, nicht psychotische Patienten. Folgende Parameter werden berücksichtigt: Geschlecht, Alter, berufliche Aktivität versus Inaktivität.

Folgendes konnte festgestellt werden: Das Überwiegen der indirekten Kosten im Vergleich zu den direkten Kosten, das bedeutend höhere Kostenniveau für die psychotischen Patienten, vor allem für die Schizophrenen, die erheblichen Unterschiede bei den letzteren in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter. Was die direkten Kosten anbelangt, so konnte keine Substitution der Spitalkosten durch die ambulanten Kosten festgestellt werden; im Gegenteil, der kumulative Effekt dieser beiden Komponenten ist bei allen drei Kohorten festgestellt worden, unabhängig von den erwähnten Parametern.