



**HAL**  
open science

# Les réadmissions précoces non programmées en psychiatrie : une étude rétrospective au sein du centre hospitalier Alpes Isère

Nicolas Valentin

► **To cite this version:**

Nicolas Valentin. Les réadmissions précoces non programmées en psychiatrie : une étude rétrospective au sein du centre hospitalier Alpes Isère. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01755527

**HAL Id: dumas-01755527**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755527>**

Submitted on 30 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITE GRENOBLE ALPES  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2017

N°

**LES READMISSIONS PRECOCES NON PROGRAMMEES EN  
PSYCHIATRIE :  
UNE ETUDE RETROSPECTIVE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER  
ALPES ISERE**

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine  
Diplôme d'Etat

Par **Nicolas VALENTIN**

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Le : 30/03/2017

Devant le jury composé de :

Président du jury :

M. le Professeur BOUGEROL Thierry

Membres

Mme le Docteur Giovanna VENTURI MAESTRI, Directeur de thèse

M. le Professeur Mircea POLOSAN

M. le Professeur José LABARERE

*\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*



## SOMMAIRE

	Résumés	6
<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>11</b>
2.1	Base de Données	11
2.2	Population Source	11
2.3	Le Critère de Jugement Principal (CJP)	12
2.4	Recueil des Données	14
2.5	Analyses Statistiques	17
<b>3.</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>18</b>
3.1	Critère de Jugement Principal	18
3.2	Les motifs d'exclusion du critère de jugement principal	18
3.3	Caractéristiques de la population	19
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>27</b>
4.1	Résultat Principal	27
4.2	Résultats sur les caractéristiques de la population réadmise	29
4.3	Synthèse sur les caractéristiques de la population réadmise	36
4.4	Limites de l'étude	36
4.5	Perspectives	37
<b>5</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>41</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>46</b>

### Liste des figures

<i>Figure 1</i>	<i>recueil et sélection des données</i>	<i>19</i>
<i>Figure 2</i>	<i>répartition par tranche d'âge</i>	<i>20</i>
<i>Figure 3</i>	<i>répartition par situation conjugale</i>	<i>22</i>
<i>Figure 4</i>	<i>répartition selon le diagnostic principal</i>	<i>24</i>
<i>Figure 5</i>	<i>répartition selon la durée de séjour index</i>	<i>25</i>

***Je remercie ma famille,***

Mes grands-parents qui m'ont appris la compassion et le partage.

Mes parents pour leur affection et leur excentricité.

Rémi, mon frère, merci de me faire connaître ta charmante Elise...

Marc, pour ton écoute et tes conseils qui m'ont toujours accompagné, merci pour ton aide de toujours.

Mes oncles et tantes (Anne, François, Christian, Christine, Marie-Claire) merci à vous pour m'avoir donné le goût de la montagne et de la mer et merci pour votre gentillesse. Une pensée particulière pour Luc et mes cousin(e)s avec qui j'ai partagé des moments géniaux.

Amélia, qui est hors catégorie comme d'habitude.

Diana, qui m'aide au quotidien, merci pour ton affection et ta patience.

***Je remercie mes professeurs, et ceux qui m'ont encadré,***

Professeur Thierry BOUGEROL, merci pour votre disponibilité et vos conseils. Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Docteur Giovanna VENTURI MAESTRI, merci pour ton accompagnement, tes conseils et ta gentillesse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Professeur Mircea POLOSAN, merci pour vos cours et vos conseils en particulier lors de mon évaluation du mémoire de DES. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Professeur José LABARERE, merci de votre disponibilité. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Docteur Jean-Paul CHABANNES, merci pour vos cours.

Docteur Amandine BASSON et Docteur Bernard PASCAL, merci de m'avoir aidé à choisir cette spécialité.

Docteur Emmanuelle PAGES, Docteur Lucie LAHOT, Docteur Virginie DELEPLANCQUE, merci de m'avoir accompagné dans mes premiers pas d'interne.

Docteur Jérôme HOLTZMANN, Docteur Gaëlle DALL'IGNA, merci pour votre implication et vos conseils.

Docteurs Cécile MATHIEU-CURA et Annie POIZAT merci de m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie.

Docteurs Éric GIRAUD, Stéphane LADO, Sébastien MARCEL, merci de m'avoir fait redécouvrir la neurologie et ses joies. Merci pour votre bonne humeur et votre sérieux.

Docteurs Guillemette VIDAL, Mustapha BENZAADI, Diane BOURDERY, Benjamin GODECHOT, merci pour votre confiance et vos conseils « d'urgences ».

Docteurs Nicole JANVIER, Virginie NOELLE et Aurélie CHARDRONNET, merci pour votre soutien, vos conseils avisés, votre patience et votre gentillesse.

Docteurs Marie FREY, Calin BARNA, Sabine CECCON- BOURGOGNE, Nizar HATEM, merci pour ces moments « d'ados », pour votre accueil, votre implication et votre gentillesse.

Docteur Pierre MURRY, merci pour vos conseils, votre disponibilité. Merci de m'accueillir dans votre pôle.

### ***Je remercie mes amis,***

Du lycée, qui me supporte depuis dix ans et qui ne sont quand même pas Nico.... Simon et Carine, Adri, Sylvain, Robin et Emilie ( et le petit Jules), Thomas et Nathalie ( avec Mathieu).

De la faculté : Flo et Florence, Ludo et Stridou, Thib et Momo, David, Moumoune et Marie, Papass et Fifi ( Agathe) Baptiste et Krousti (Astrid), Martin et Jess, Yoann et Marjo et sans oublier Simon et Marou.

### ***Je remercie mes collègues de travail qui m'ont accompagné dans mes stages,***

Les équipes de Tarentaise, de Neuro B de Chambéry, de l'UCAP-APEX, de Ferrus, de DV avec qui nous continuons l'aventure sur Rimbaud et du CMP Dolto avec qui je commence.

Les secrétaires, Lilia, Christelle et Véronique, Magalie, Aurélie, Evelyne et Annick, Elodie et Marjolaine, vous savez vous rendre indispensables.

Nos supers cadres Cécile et Cécile et Pierrette.

Docteur Anne-Laure Peter, qui m'accueille au CMP

### ***Je remercie les collègues du DES***

Ma promotion: Vannina, Nedjma, Caroline, Camille, Pauline, Vanessa.

Les autres promotions : Sylvain, Céline, Dévi, Adrien, Benjamin, Sandra, Alexandre, Vincent V., Gaëlle, Vincent M., Anaïs, Mircea et Aida, Ryad, Pierre, Lisa, Louis-Marie,

Docteur Mathieu François avec qui je partage de nouvelles aventures

### ***Je remercie particulièrement les personnes qui m'ont aidé dans ce travail de thèse***

Mme Inès DRIDI, Mme Caroline RZEPA.

## RESUMES

**Objectifs de l'étude:** Description et évaluation des patients réhospitalisés de manière précoce et non programmée après une sortie d'hospitalisation de psychiatrie générale.

**Matériel et Méthode:** Etude rétrospective monocentrique menée sur dossiers informatisés avec pour population source les patients majeurs sortis d'une hospitalisation à temps plein d'un service de psychiatrie générale du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) en 2015. La réadmission est dite précoce et non programmée si la sortie est suivie dans les 90 jours d'une réadmission au sein du même établissement, excluant les séjours séquentiels et les retours d'une permission ou d'un transfert sur un autre établissement. Pour ce groupe nous évaluons les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, du premier séjour et le nombre d'hospitalisations en 2015-2016.

**Résultats:** Sur 1830 patients sortis, 12% ont eu une réadmission précoce non programmée. Parmi les patients réadmis 57.7% sont inactifs, 49.5% sont isolés, 59.1% ont une AAH (Allocation Adulte Handicapé), 90.5% ont des antécédents d'hospitalisations, 66.8% sont hospitalisés une fois de plus en 2015-2016 et le diagnostic de schizophrénie est le plus fréquent (31.8%). La situation professionnelle est différente en fonction des antécédents d'hospitalisations ( $p < 0.001$ ) et des répétitions d'hospitalisations ( $p = 0.009$ ) elles-mêmes significativement associées à l'existence d'une AAH ( $p = 0.003$ ) et aux mesures de protection ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Dans notre étude, le taux de réadmissions précoces non programmées est faible et au même titre que la répétition des hospitalisations, il semble en lien avec un degré élevé de handicap fonctionnel et social.



# PSYCHIATRIC UNPLANNED AND EARLY READMISSIONS: A RETROSPECTIVE STUDY IN THE ALPES ISÈRE PSYCHIATRIC HOSPITAL.

## SUMMARY

**Objectives:** Describe and evaluate the patient's population with an early and unplanned readmission after discharge from general psychiatric hospital.

**Methods:** A retrospective monocentric study carried out from a repository of electronic patient record. The population is adults inpatients discharged from a full-time hospitalization of a general psychiatry unit in the Alpes Isère psychiatric hospital during 2015. Readmission is calling early and unplanned if it happens within 90 days after the discharge, in a general psychiatric unit in the same hospital in 2015. This definition excluded sequential hospital stays, authorized discharges readmission after a transfer to another institution. For this group, we investigated the socio-demographic, clinical and index admission variables, then hospitalization's number in 2015-2016.

**Results:** Twelve percent among 1,830 patients discharged have an early and unplanned readmission. Among readmitted patients, 57.7% are inactive, 49.5% are isolated, 59.1% have an disabled Adult Allowance, 90.5% have previous hospitalizations history, 66.8% are hospitalized one more time in 2015-2016, and the most common diagnostic is the schizophrenic disorder (31.8%). Unemployment is associated with a previous hospitalization history ( $p < 0.001$ ) and multiple hospitalizations ( $p = 0.009$ ) which is significantly associated with the existence of an disabled Adult Allowance ( $p = 0.003$ ) and protective measures ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** In our study, proportions of unplanned and early readmissions are low and like the multiple hospitalizations, it appears to be related to a high degree of social and functional impairment.

# 1. INTRODUCTION

Depuis la deuxième moitié du XXème siècle, la plupart des politiques de soins psychiatriques sont issues du mouvement de désinstitutionnalisation [1; 2]. Elles avaient pour objectif une réduction des soins hospitaliers à la faveur de soins extra hospitaliers, avec un retour des patients dans la communauté [2]. Cela a engendré une réorganisation des soins et une diminution des lits intra-hospitaliers [3].

Cette modification de la gestion des prises en charge en santé mentale présente des aspects bénéfiques, mais le modèle qu'elle propose se confronte à l'apparition progressive de limites [2]. Depuis les années 1970 en France, parmi les entrées en unité de psychiatrie intra-hospitalière, il y a plus de patients réadmis que de premières admissions [4]. Aujourd'hui, selon une étude française, plus d'un patient sur deux est réadmis dans un délai de deux ans après une sortie d'hospitalisation [5].

Nous constatons qu'il existe plusieurs sortes de réhospitalisations en psychiatrie. Dans la littérature, elles se déclinent selon le délai depuis la sortie [6], leur fréquence avec le phénomène des « Revolving Door » (plus de 3 hospitalisations sur deux ans [7]) et si elles sont programmées ou non [8].

Parmi elles, les réadmissions précoces peuvent se définir en psychiatrie par une réhospitalisation du patient dans les 90 jours suivant sa sortie d'un service intra-hospitalier [9 ;10 ;11 ;12 ;13]. Lorsqu'une réadmission précoce arrive de manière non programmée, elle est considérée comme un résultat négatif pour le patient [8, 11].

Ainsi, les réhospitalisations précoces non programmées sont considérées comme un des multiples critères d'évaluations de la qualité du soin en santé mentale [8]. Elles

évaluent la qualité de la prise en charge psychiatrique hospitalière, mais aussi du soin ambulatoire et de leurs continuité [9 ; 8 ;12].

La proportion de patient réadmis précocement varie d'un pays à l'autre [8]. En France, une étude évalue dans le Nord-Pas-De-Calais à 22.7% la proportion de patients de psychiatrie réadmis à 90 jours [5], en Angleterre ces réadmissions sont évaluées à 15% [11].

La France a hérité depuis les années 1960 d'une politique de désinstitutionnalisation spécifique avec un système de sectorisation [1]. Il existe donc une singularité du système de soin qui, associé au développement de structures extra hospitalières et aux politiques sociales d'aides financières, aurait été pour certains auteurs un facteur protecteur contre les réadmissions multiples [14].

Les thématiques liées à la qualité des soins en psychiatrie constituent une préoccupation majeure des instances publiques [15]. Les réadmissions intéressent particulièrement les politiques de santé en raison du surcoût qu'elles génèrent [16], mais aussi en raison du stress et de la perturbation que cette modalité de traitement peut créer pour certains patients et leurs familles [17]. Les réadmissions précoces sont donc un enjeu de santé publique et un des curseurs de la qualité des soins que nous administrons à nos patients [8].

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), dans la plupart des études, les chiffres des réadmissions précoces non programmées sont uniquement des estimations [8]. En France, en santé mentale, il n'y a pas d'étude à notre connaissance faisant la distinction entre les réadmissions prévues et celle qui ne le sont pas. Or seules ces dernières sont synonymes d'un résultat indésirable pour le patient [8]. Par ailleurs, les caractéristiques sociales et

familiales des patients réadmis sont pertinentes à explorer [18], car il semblerait qu'elles aient une forte influence sur la prise en charge [19].

Dans notre clinique quotidienne, nous avons le sentiment que certains éléments sont associés à des réadmissions de patient. Les facteurs sociaux-environnementaux, l'ancienneté de la maladie, mais aussi le diagnostic et les comorbidités addictives nous donnent l'impression d'être liées aux réadmissions. De plus, il nous semble que les réadmissions non programmées et précoces peuvent être en lien avec une répétition des réhospitalisations.

Dans cette optique, une évaluation de la proportion et des caractéristiques des patients réadmis précocement est intéressante. Elle permettrait d'analyser cette population et de donner des indications sur le repérage de groupe de population de patients à risque afin de pouvoir envisager la mise en place de mesures de préventions.

L'objectif principal de ce travail de thèse est donc d'évaluer la proportion de patients subissant une réhospitalisation précoce non programmée en psychiatrie générale au sein d'un hôpital public français, puis de relever les caractéristiques sociodémographiques de cette population et de discuter leur possible influence sur les réadmissions précoces et non programmées. A ce titre, nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective monocentrique menée au sein du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI). Elle a été effectuée à partir de données médicales informatisées des dossiers des patients qui ont eu une sortie d'hospitalisation en 2015.

## **2. MATERIEL ET METHODES**

Les objectifs de notre étude sont d'évaluer la proportion de patients réhospitalisés de manière précoce (avant 90 jours) et non programmée après une sortie d'hospitalisation de psychiatrie générale au Centre Hospitalier Alpes Isère, puis de décrire les caractéristiques de cette population.

### **2.1 BASE DE DONNEES**

L'Etude a été enregistrée dans le registre de la CNIL lié à l'établissement.

Les dossiers proviennent de l'intégralité des dossiers informatiques des patients de la base de données du logiciel CROSSWAY du CHAI. Les données ont été extraites du logiciel dossier patient informatisé à l'aide d'un outil nommé BO.

### **2.2 POPULATION SOURCE**

#### **2.2.1 INCLUSIONS**

La population source est l'ensemble des patients majeurs ayant eu au moins une sortie en 2015 après une hospitalisation à temps plein d'au moins une journée dans un service de psychiatrie générale du CHAI. Cela comprend les services d'hospitalisations de psychiatrie générale pour adultes et le service APEX (unité post urgences).

#### **2.2.2 EXCLUSIONS**

- ❖ Les patients mineurs pris en charge en service de médecine adulte ont été exclus, car les conditions environnementales et les troubles qu'ils présentent sont spécifiques à cette population.

- ❖ Les sorties d'hospitalisations partielles (hospitalisation de jour ou de nuit) ont été exclues, car elles sont liées à des modalités de prise en charge et d'indications qui sont spécifiques.
- ❖ Les sorties de services de psychiatrie spécialisée de l'établissement ont été exclues :
  - Services d'addictologie, car les hospitalisations sont uniquement programmées.
  - Services dédiés aux troubles envahissants du développement, car les troubles et les prises en charges sont spécifiques à cette population.
  - Services de pédopsychiatrie.

## **2.3 LE CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL (CJP)**

Le CJP a été défini de manière à ne sélectionner que les patients avec une réadmission précoce et non programmée (RPNP). Pour que le CJP soit valide, il faut que les critères à la fois de « réadmission précoce » et de « réadmission non programmée » soient retrouvés.

### **2.3.1 CRITERES « READMISSION PRECOCE » :**

Ce critère a pour objectif de ne retenir que les réadmissions considérées comme précoces.

Pour cela, il faut que pour un même patient, durant la période du 01/01/2015 au 31/12/2015 et dans l'ensemble des services de psychiatrie générale du CHAI, nous retrouvions :

- ❖ Deux séjours distincts, consécutifs, chacun sous la modalité d'hospitalisation temps plein.

- ❖ Un premier séjour d'une durée minimale d'une journée, sans limite supérieure de temps. Il peut être programmé ou non programmé.
- ❖ Une réadmission (Réhospitalisation) précoce entre le lendemain de la sortie et un maximum de 90 jours (non inclus) depuis la fin du premier séjour.
- ❖ Un deuxième séjour : sans durée minimale et il peut avoir lieu dans un autre service d'hospitalisation que lors du premier séjour.

Pour un même patient, il peut exister plusieurs réadmissions répondant aux critères de « réadmission précoces ». Dans ce cas, seule la première de l'année 2015 est analysée. Si elle ne répond pas aux critères « réadmission non programmée » alors la réadmission suivante est analysée.

### **2.3.2 CRITERES « READMISSION NON PROGRAMMEE »**

L'objectif de ce critère est d'évaluer le caractère non planifié et inattendu de la réadmission d'un patient.

Pour cela, le critère de réadmission non programmée est considéré comme non valide si la réadmission du patient est faite :

- ❖ Dans le cadre d'une prise en charge séquentielle ou d'une réhospitalisation programmée.
- ❖ Après une sortie dans le cadre d'un transfert sur un autre établissement hospitalier psychiatrique (Exemple : Unité de Soins Intensifs de Psychiatrie).
- ❖ Après une sortie pour une prise en charge au sein d'un autre établissement à l'occasion d'un soin physique.
- ❖ Lors de transferts entre unité au sein du CHAI.
- ❖ Lors de deux séjours distincts pour une permission de longue durée.

### **2.3.3 RECUEIL DES DONNEES**

#### **2.4.1 CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL (CJP)**

A partir de la population source, une première sélection des dossiers est effectuée informatiquement avec les critères de « réadmission précoce ». Le **groupe n°1** est composé de patients répondant à ces critères.

Pour chaque patient du **groupe n°1**, le critère de « réadmission non programmée » est recherché dans le dossier du patient. Cette sélection permet de former le **groupe n°2** pour lequel le CJP « réadmission précoce et non programmée » (RPNP) est valide.

#### **2.4.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION AVEC UNE RPNP (GROUPE N°2)**

Pour chaque patient du **groupe n°2** « réadmission précoce non programmée », les caractéristiques de la population ont été recueillies. Certaines variables étaient disponibles et associées au séjour dans la base de données: l'âge, le sexe, la date d'entrée, la date de sortie, le mode d'hospitalisation, le diagnostic principal CIM 10 pour le séjour.

Les autres variables associées aux patients ont été recherchées dans le dossier médical, le dossier social, les comptes rendus d'hospitalisations et les ordonnances de sortie.

##### **2.4.2.1 Population entière**

Pour chaque patient du groupe n°2 (groupe avec le CJP valide), les caractéristiques suivantes ont été extraites. Puis les données ont été renseignées dans un tableau Excel.



#### 2.4.2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques :

- ❖ Age.
- ❖ Tranche d'âge : 18 -24 / 25 – 44 / 45 – 64 / >65ans
- ❖ Sexe : homme / femme
- ❖ Situation professionnelle : Actif / Sans activité / Retraité.
- ❖ Mesure de protection : oui / non.
- ❖ Perception d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH) : oui / non.
- ❖ Situation conjugale : Célibataire. / divorcé, séparé, veuf. / marié, PACS.
- ❖ Situation de vie :
  - Non isolé = vie en couple, famille ou institution.
  - Isolé = seul au domicile ou sans domicile fixe.

#### 2.4.2.1.2 Caractéristiques cliniques :

- ❖ Antécédents d'hospitalisations : oui / non
- ❖ Age de la première hospitalisation.
- ❖ Diagnostic principal selon la CIM 10 (premier séjour) :
  - **(F10- F19)** Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.
  - **(F20)** Schizophrénie.
  - **(F21- F29)** Autres troubles psychotiques.
  - **(F30- F31)** Episode maniaque, trouble affectif bipolaire.
  - **(F32- F39)** Episodes dépressifs, trouble dépressif récurrent, troubles de l'humeur persistant, autres troubles de l'humeur.
  - **(F40- F48)** Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.

- **(F60- F69)** Troubles de personnalité et du comportement chez l'adulte.
- Autres diagnostics principaux.

❖ Comorbidité addictive associée

- Oui = consommation de toxiques
- Non = pas de consommation ou consommation sevrée

Pour cette dernière variable, la réponse à cette variable est « Oui » si au moment de l'admission, entre les deux séjours ou lors de la réadmission, il existe une consommation de substances psychoactives (cannabis, alcool, héroïne, cocaïne ou autres toxiques).

2.4.2.1.3 Caractéristiques liées au premier séjour :

- ❖ Durée d'hospitalisation du premier séjour (1-5jours ; 6-18jours ; 19-47jours ; ≥48jours).
- ❖ Mode de placement
  - Soins libres = le patient est resté en hospitalisation libre pour toute la durée du séjour.
  - Soins sous contrainte = soins sous contrainte pendant une période du séjour

2.4.2.1.4 Hospitalisations sur la période 2015 et 2016

- ❖ Revolving Door selon les critères d' Oyffe [7] de 3 hospitalisations sur deux ans
  - Oui = Au moins une réadmission supplémentaire sur la période 2015 -2016.
  - Non = Pas de réadmission supplémentaire sur la période 2015-2016.

Le nombre de séjour en 2015-2016 pour le critère de *Revolving Door* a été recueilli directement dans la base de données CROSSWAY.

#### **2.4.2.2 Sous-groupe avec diagnostic F20**

- ❖ Prescription d'un traitement de sortie comprenant un neuroleptique retard

(Oui /Non)

Cette variable n'a été recherchée que dans le groupe de patients avec le diagnostic principal F20 (du premier séjour) : Pour cette variable, nous avons examiné l'ordonnance de sortie du patient et son dossier médical afin de déterminer si le patient a reçu une prescription de fin d'hospitalisation (du premier séjour) comprenant la prescription d'un neuroleptique retard injectable : c'est à dire soit un neuroleptique d'action prolongé (NAP) soit un antipsychotique d'action prolongée (APAP).

### **2.5 ANALYSES STATISTIQUES**

Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package Social Sciences) version 11.5. Dans toutes les analyses, nous avons choisi un risque d'erreur à 5 %, le seuil de signification  $p$  a été considéré comme significatif lorsqu'il était inférieur à 0,05.

Dans le cas d'une variable quantitative, il a été effectué un test bilatéral de type test T de Student. Dans le cas d'une variable qualitative, nous a avons effectué un test bilatéral de Khi2.

### **3. RESULTATS**

Le tableau Excel avec les grilles de recueil des données est disponible à la demande du lecteur.

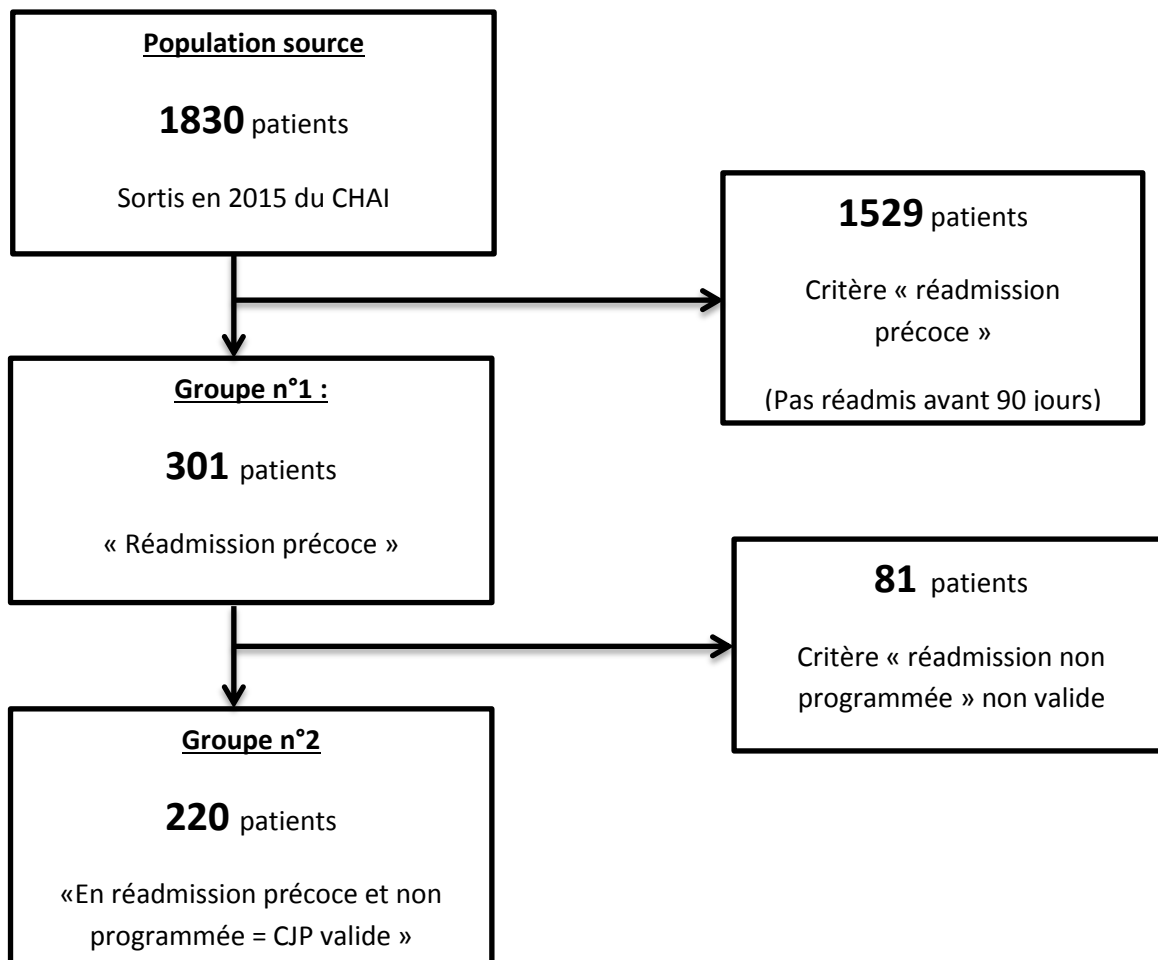
Les tableaux des données et les analyses statistiques pour les caractéristiques de la population se trouvent en annexe.

#### **3.1 CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL**

Au total, 1830 patients ont eu au moins une sortie d'un service de psychiatrie générale en 2015 sur le CHAI. Dans cette population, 301 patients ont eu une au moins une sortie avec une réadmission avant 90 jours (groupe n°1). Cela correspond à 16.4% (301/1830) de la population source. Parmi ces patients, 220 répondaient au critère de jugement principal de réadmission précoce et non programmée (RPNP) (groupe n°2). La proportion de patients réadmis précocement et de manière non programmée est de 12% (220/1830) sur le CHAI sur l'année 2015.

#### **3.2 LES MOTIFS D'EXCLUSION DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL**

81 patients ont été exclus du critère de « réadmission non programmée ». Le motif principal d'exclusion a été pour 42 patients une prise en charge en hospitalisation séquentielle. Le second motif a été pour 17 patients une réadmission après une sortie à l'occasion d'un soin physique.



*Figure 1 : recueil et sélection des données*

### 3.3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

#### 3.3.1 POPULATION SOURCE

Correspond aux 1830 patients ayant eu au moins une sortie en 2015 au CHAI. Sur cette population 55% sont des hommes (1013/1830) et 45% (817/1830) sont des femmes. La moyenne d'âge est de 44,98 ans (écart type 16.27).

### 3.3.2 POPULATION AVEC UNE READMISSION PRECOCE ET NON PROGRAMMEE (RPNP)

Correspond au groupe n°2, c'est-à-dire aux 220 patients pour lesquels nous avons retrouvés le CJP. Cette population est donc considérée comme réadmise de manière précoce et non programmée.

#### 3.3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

##### 3.3.2.1.1 Age et Genre

Pour ce groupe, la moyenne d'âge est de 44.3 ans (écart-type 14.63), 42.3% des patients sont dans la tranche d'âge de 25 à 44 ans, 10% dans celle de 18 à 24 ans et 8.6% ont plus de 65 ans.

Concernant le genre, 55% sont des hommes et 45% sont des femmes. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la population source et la population en RPNP pour la moyenne d'âge ( $p=0.694$ ) ni pour le genre ( $p=0.920$ ).

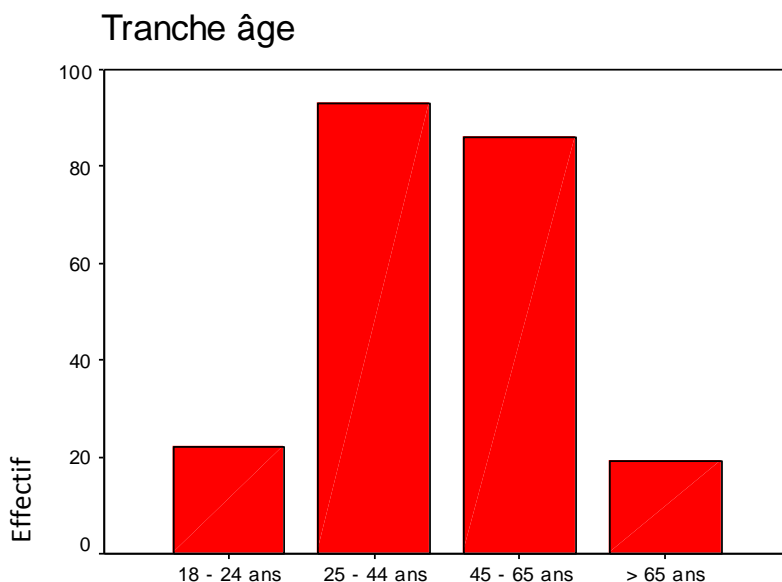


Figure 2 répartition par tranche d'âge

#### 3.3.2.1.2 Situation de vie

Cette variable évalue le fait de vivre seul ou non. Pour le groupe en RPNP nous constatons que 49.5% des patients vivent seuls. Cette proportion augmente dans certains sous-groupes. Nous retrouvons 62.9% des patients avec le diagnostic principal F20 et 60% avec le diagnostic principal F10-F19 qui vivent seuls. Il y a 54,3% des patients sans activité, 54,9% des patients avec une comorbidité addictive et 56,8% des patients avec une mesure de protection qui vivent seuls. Cependant, il n'y a pas de différence significative pour chaque groupe.

Dans cette population, 57% des hommes vivent seuls et nous retrouvons uniquement 40.4% des femmes qui vivent seules. Cette différence est statistiquement significative ( $p= 0.014$ ).

#### 3.3.2.1.3 Situation conjugale

Cette variable fait la distinction entre les différentes situations conjugales. Pour les 220 patients du groupe en RPNP, 59.1% sont célibataires et seulement 16.8% sont considérés dans la catégorie Marié /PACS. Pour notre population, 91.5% des célibataires ont des antécédents d'hospitalisation et 72.3% sont soumis au phénomène de Revolving Door.

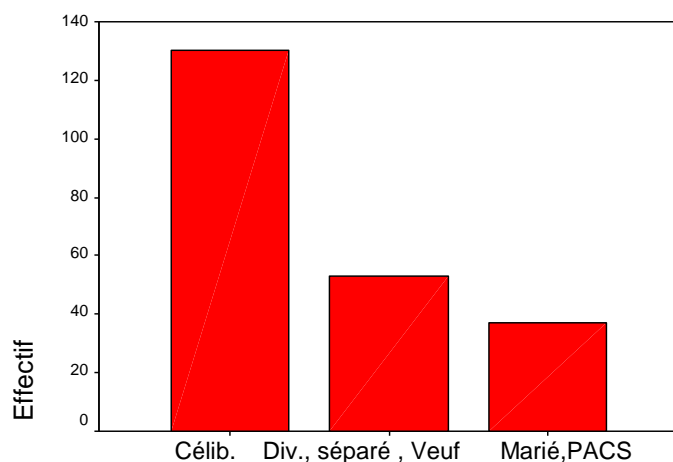


Figure 3 répartition par situation conjugale

#### 3.3.2.1.4 Situations professionnelles

Concernant la situation professionnelle de la population en RPNP, sur les 220 patients, 57.7% n'ont pas d'activité professionnelle et seulement 29.1 % sont actifs.

Il existe une différence statistiquement significative pour la situation professionnelle en fonction de la variable Revolving Door ( $p=0.009$ ). Nous constatons que 74.8% des patients sans activité présentent le phénomène de Revolving Door,

#### 3.3.2.1.5 AAH et mesure de protection

Dans notre étude, sur 220 patients en RPNP (dont une donnée manquante), 59.1% des patients réadmis perçoivent une Allocation Adulte Handicapée (AAH). Pour la population en RPNP, 40% sont placés sous mesure de protection de type tutelle ou curatelle. Pour notre population, le placement sous mesure de protection et la perception d'une AAH sont statistiquement associés aux antécédents d'hospitalisations ( $p<0.001$  pour chacune). Dans notre population, 99.2% des



patients qui perçoivent une AAH ont des antécédents d'hospitalisations et 100% des patients sous mesure de protection ont des antécédents d'hospitalisations.

Il existe une différence statistiquement significative pour la perception d'une AAH en fonction du phénomène de Revolving Door ( $p=0.003$ ). Dans la population en RPNP 74,6% des patients qui perçoivent l'AAH sont en Revolving Door

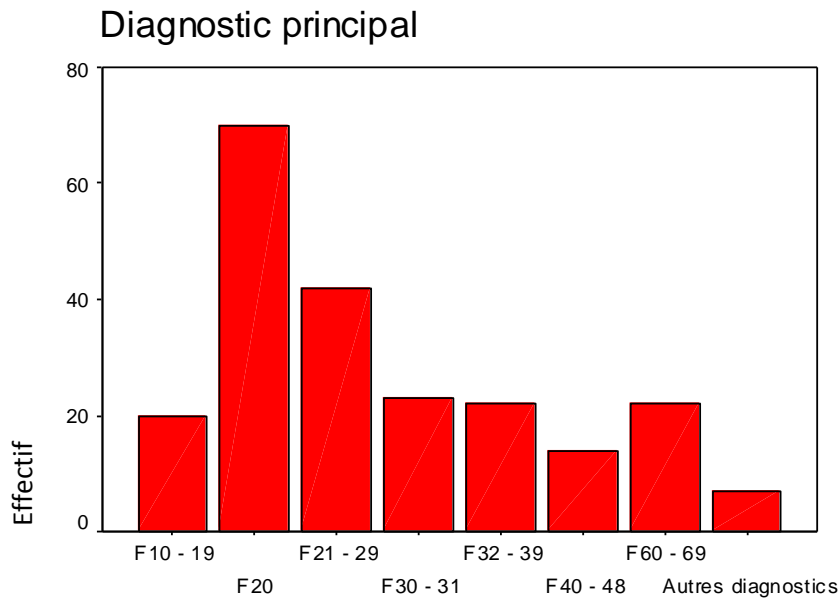
Il existe une différence significative dans notre population pour l'existence d'une mesure de protection en fonction du Phénomène de Revolving Door ( $p<0.001$ ), 80.7%des patients sous mesure de protection présentent un phénomène de Revolving Door.

### **3.3.2.2 Caractéristiques cliniques :**

Sur le groupe de RPNP, l'âge de la première hospitalisation en hôpital psychiatrique est de 29.51 ans (écart type de 12.98) pour 187 patients. Les données étaient manquantes pour 33 patients soit 15% de la population du groupe n°2 (220 patients).

#### 3.3.2.2.1 Diagnostic principal selon la CIM 10

Pour le diagnostic principal, parmi les 220 patients, le diagnostic le plus fréquent est le F20 (schizophrénie) à 31.8 %. Les autres troubles psychotiques F21-F29 sont évalués à 19.1%, les troubles de l'humeur sont évalués pour F30-F31 à 10.5 % et F32-F39 à 10.0 %. Les troubles de la personnalité et du comportement F60-F69 sont évalués à 10.0 % et les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives à 9.1 %.



*Figure 4 : répartition selon le diagnostic principal*

#### 3.3.2.2.2 Comorbidité addictive active

L'existence d'une comorbidité addictive active est évaluée à 46.4% dans la population en RPNP. Nous retrouvons la présence d'une comorbidité addictive pour 51.5% des célibataires, pour 37.8% des Mariés/ Pacs, pour 59.1% des 18-24ans, pour 51.2% des patients sans activités, pour 54.5% des patients avec le diagnostic F30-F31 et 48.6% du groupe diagnostic principal F20. Cependant, il n'y a pas de différences statistiquement significatives pour cette variable dans aucun groupe.

#### 3.3.2.2.3 Antécédents d'hospitalisation psychiatrique :

Dans notre étude, sur les 220 patients en RPNP, la proportion de patients avec des antécédents d'hospitalisations est de 90.5%. Il existe une différence statistiquement significative pour la situation professionnelle en fonction de la variable antécédents

d'hospitalisations ( $p < 0.001$ ). Nous constatons que 98.5% des patients sans activités ont des antécédents d'hospitalisations.

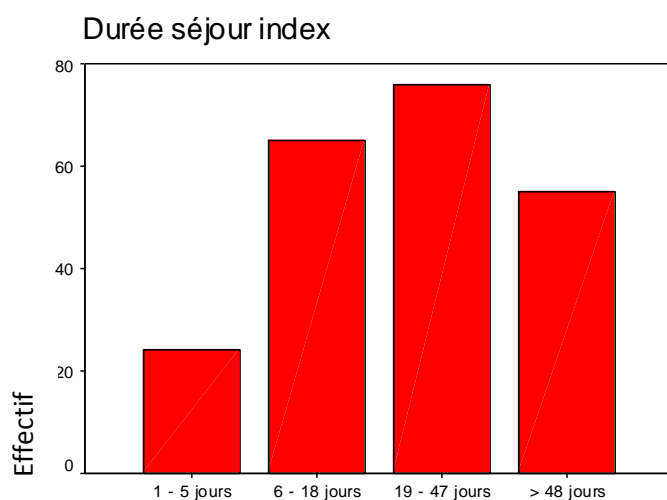
### 3.3.2.3 Hospitalisations sur la période 2015 et 2016

Nous constatons que sur les 220 patients en RPNP, 66.8% correspondent au critère de Revolving Door d'au moins trois hospitalisations sur deux ans [7].

Il existe une différence statistiquement significative pour les Revolving Door en fonction des antécédents d'hospitalisations antérieurs ( $p = 0.003$ ). Nous constatons que 94.6% des patients en Revolving Door ont des antécédents d'hospitalisations.

### 3.3.2.4 Caractéristiques liées au premier séjour :

La durée moyenne du premier séjour des 220 patients en RPNP est à 41.6 jours (écart-type 72.1). La tranche de durée du premier séjour la plus importante est celle de 19 à 47 jours, elle comprend 34.5% des patients. La plus basse est celle entre 1 et 5 jours, elle représente seulement 10% des patients.



*Figure 5 : répartition selon la durée de séjour index*

Dans notre étude, la modalité de soin principale est celle sous soins libres durant l'ensemble du séjour, elle représente 59.5% des patients.

### **3.3.3 SOUS-GROUPE PATIENTS SCHIZOPHRENES (F20)**

Dans la population de patients en RPNP, le diagnostic principal majoritairement retrouvé est la schizophrénie (F20) pour 31.8%, soit 70 patients. Dans ce sous-groupe de patients schizophrènes, la proportion d'hommes est à 72.9%, 14.2% sont actifs, 62.9% ont une mesure de protection et 92 % perçoivent l'AAH. La situation de vie seule concerne 62.9% des patients, 81.4 % sont célibataires et 4% ont pour situation conjugale mariés/PACS. De plus, 100% des patients avec un diagnostic de schizophrénie ont des antécédents d'hospitalisations.

Parmi les patients avec le diagnostic principal F20, 51.4% des patients sont sortis d'hospitalisation lors du premier séjour sans traitement par neuroleptique retard (APAP ou NAP).

## **4. DISCUSSION**

### **4.1 RESULTAT PRINCIPAL**

Notre étude a permis de constater que sur notre population source de 1830 patients sortis d'un service de psychiatrie générale en 2015 au CHAI, 12 % (220/1830) ont été réadmis de manière précoce et non programmée. Nous observons donc que le phénomène des réadmissions précoces existe au sein de notre population mais qu'il ne concerne qu'une minorité de patient. Cependant, pour ces patients il existe un résultat indésirable de la prise en charge.

Nous avons souhaité comparer nos résultats avec d'autres études, mais dans la littérature, il existe une grande variabilité entre les critères d'évaluations de la réadmission avant 90 jours. Nous n'avons pas retrouvé d'étude correspondant aux mêmes critères de sélection de population que ceux que nous avons utilisés. De plus, la majorité d'entre elles ne font pas la distinction entre les réadmissions précoces programmées et celles qui ne le sont pas.

En France, l'étude effectuée à partir des données du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) dans le Nord-Pas-De-Calais retrouve une proportion de patients réadmis à 3 mois de 22.7% [5]. La population source de cette étude correspond aux établissements publics et privés et comprend les deux sous-types de réadmissions précoces.

Pour les études internationales, l'étude se rapprochant le plus de nos critères retrouve 15% de patients réadmis à 90 jours. Elle a été réalisée sur 5 années et pour 7831 patients sortis de psychiatrie générale publique dans le sud de Londres

(Tulloch et Al ) [11]. Une étude italienne constate que 32.5% des séjours sont suivis d'une réadmission dans les 90 jours [12] et celle de Sanchez et Al [13] en Colombie, retrouve après un séjour, un taux de réhospitalisation à 3 mois de 49.5% pour leur cohorte. Cependant, ces études ne font pas la distinction entre les sous-types de réadmissions précoces.

Du fait de la variabilité des critères de sélections de la population et ceux des réadmissions précoces, la possibilité de comparaison entre les études est donc limitée. Les différences constatées entre les résultats peuvent être dues aux variations de critères de sélections.

Pour notre étude, le groupe n°1 (réadmission à 90 jours de manière programmée et non programmée) correspond à 16.4% (301/1830) des patients de la population source. Ce résultat apparaît conforme à celui de 15% de réadmissions à 90 jours retrouvé dans celle réalisée à Londres [11].

Concernant les RPNP, nous observons de manière générale, que par rapport aux données retrouvées dans la littérature pour les réadmissions à 90 jours la proportion de 12% de patients pour notre population est faible [5, 11]. Cela peut être dû à la différence de critères de nos études. L'autre hypothèse avancée par L'OCDE est que les différences entre les réadmissions précoces (pour eux à 30 jours), est due à des variabilités entre les organisations des systèmes de soins [8]. Pour confirmer cette hypothèse, il faudrait rediscuter nos critères et faire une étude qualitative.

La proportion de patients réadmis est considérée comme un indicateur de qualité du soin hospitalier [20], de l'accès aux soins ambulatoires et de leurs coordinations dans

la prise en charge d'un patient à la sortie d'hospitalisation [9]. La majeure partie des patients en sortie d'hospitalisation n'est pas réadmise selon les critères de RPNP et le taux de réadmission que nous retrouvons de 12 % est peu élevé. Cela tend donc à indiquer une bonne qualité du soin pour notre population, mais devra être confirmé par une analyse qualitative des motifs de réadmissions.

D'autre part, nous constatons que parmi les 301 patients qui sont réadmis avant 90 jours (groupe n°1), 27% ne répondent pas au critère « non programmé » (81/301). Il y a donc une part importante des réadmissions précoces qui sont en accord avec le soin. Dans la population source de psychiatrie générale, il apparaît donc nécessaire d'associer le critère « non programmé » au critère de délais à la réadmission. Cela afin d'avoir une évaluation précise de la signification d'une réadmission pour le patient dans son parcours de soin.

## **4.2 RESULTATS SUR LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION READMISE**

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques de la population réadmise précocement. L'objectif était de déterminer le profil des patients réadmis.

### **4.2.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

Nous ne constatons pas de différence significative pour les proportions d'hommes et de femmes entre la population source et la population des RPNP. Nos résultats sur les proportions d'hommes et de femmes en RPNP sont similaires à ceux de l'étude de Tulloch et Al [11]. Cela renforce l'hypothèse que le genre n'a pas d'influence sur

les RPNP. Nous ne retrouvons pas non plus de différence significative entre la moyenne d'âge des patients en RPNP et celle de la population source. Nous faisons donc l'hypothèse que les RPNP ne sont associées ni à l'âge ni au genre des patients pour notre population. Cette hypothèse semble en accord avec des résultats antérieurs de la littérature [10].

#### **4.2.2 SITUATION DE VIE**

Concernant la situation de vie, nous constatons que presque la moitié de la population de patient en RPNP vit seule.

Les patients vivent plus souvent seuls au domicile dans les sous-groupes « absence d'activité professionnelle », « avec une mesure de protection » ou « perception d'une AAH ». Chacun de ces sous-groupes est associable à une altération fonctionnelle ou sociale du patient. Dans le sous-groupe « présence d'une comorbidité addictive », les patients vivent aussi plus souvent seuls au domicile.

Le fait de vivre seul peut donc apparaître comme une conséquence des troubles pour cette population.

Nous pensons que la question du lieu de vie est primordiale pour les populations de patients atteints de troubles psychiatriques. La vie en institution ou en famille apporte un étayage nécessaire que le patient isolé n'a pas. Certains résultats de la littérature [21] indiquent que le fait de vivre seul est associé à un risque de réadmission ; nous faisons l'hypothèse d'un lien avec les RPNP.



### **4.2.3 SITUATION CONJUGALE**

Le statut de célibataire est élevé pour la population en RPNP. Cela est probablement la conséquence de pathologies psychiatriques sévères et chroniques. Celles-ci engendrent un déficit dans les habilités sociales et les relations interpersonnelles [18].

Le statut de célibataire et l'isolement au domicile sont des indicateurs indirects d'un isolement social. Pour certains auteurs, ce dernier a un impact sur les modalités de prise en charge et le recours à l'hospitalisation [19].

Pour notre population, une forte proportion de patients célibataires présente des antécédents d'hospitalisations ou un phénomène de Revolving Door. Des résultats antérieurs retrouvent le statut de célibataire comme étant significativement associé aux réadmissions à 90 jours [11]. Nous faisons donc l'hypothèse d'un lien avec les RPNP.

### **4.2.4 SITUATIONS PROFESSIONNELLES**

Notre étude retrouve que la majeure partie de la population RPNP est sans activité professionnelle. Pour notre population, l'activité professionnelle est en lien avec les antécédents d'hospitalisation ( $p < 0.001$ ). Nous pouvons l'interpréter comme un impact de la pathologie psychiatrique et des hospitalisations sur la capacité à assumer un emploi.

L'absence d'activité professionnelle est aussi en lien avec la répétition des hospitalisations ( $p = 0.009$ ). Nous déduisons que l'absence d'emploi peut être un facteur de risque de répétition des hospitalisations. Des données antérieures de la littérature retrouvent un lien entre les réadmissions et la situation professionnelle

[21] .Par conséquent, nous faisons l'hypothèse d'une influence de l'absence d'emploi sur les RPNP.

#### **4.2.5 PERCEPTION D'UNE AAH ET MESURE DE PROTECTION**

La majeure partie des patients réadmis perçoivent une allocation adulte handicapée. La perception de celle-ci est associée aux antécédents d'hospitalisations ( $p < 0.001$ ). Nous constatons aussi qu'il existe une proportion importante de patients sous mesure de protection. Nous faisons l'hypothèse que ces fortes proportions de patients bénéficiaires d'une AAH ou d'une mesure de protection, sont des témoins directs du niveau élevé de handicap fonctionnel et social des patients. Ce sont aussi des marqueurs de la sévérité des troubles psychiatriques de cette population.

#### **4.2.6 DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

Pour le diagnostic principal, les proportions retrouvées dans notre étude montrent que le diagnostic le plus associé aux RPNP est celui de schizophrénie. Cela correspond à des résultats antérieurs qui retrouvaient aussi une association entre le diagnostic F20 et les réadmissions [11]. Il existe un lien possible entre le diagnostic principal F20 et les réadmissions précoces.

Pour le sous-groupe de diagnostic principal F20, la proportion de patients sans emploi est très élevée. Par ailleurs, la majorité est sous mesure de protection et presque la totalité perçoit l'AAH. Les proportions de célibats et la situation de vie seule sont supérieures par rapport au reste des RPNP. Nous observons donc que le handicap fonctionnel et social est très représenté pour cette population. La comorbidité addictive est importante dans ce sous-groupe. Elle a par ailleurs un impact sur les réadmissions [22].

D'autre part, nous constatons que plus de la moitié des patients de ce sous-groupe sont sortis de la première hospitalisation sans traitement par neuroleptique retard. Des résultats de la littérature suggèrent qu'il existe une supériorité des traitements retards par rapport aux traitements oraux pour prévenir les hospitalisations dans la population de patients atteints de schizophrénie [23]. De plus, une recommandation d'experts préconise la mise d'un traitement par NAP ou APAP des patients avec une maladie schizophréniques présentant des rechutes fréquentes [24]. Ainsi, la mise en place d'un traitement retard dans ce groupe de patients pourrait avoir un impact positif sur les RPNP. Une étude centrée sur la prévention des réadmissions par les traitements neuroleptiques retards pourrait être intéressante dans ce sous-groupe.

#### **4.2.7 COMORBIDITE ADDICTIVE ACTIVE**

La comorbidité addictive active est fortement présente. Il existe une majorité de patients avec une comorbidité addictive parmi ceux qui sont isolés au domicile, célibataires et ceux sans activité professionnelle. Il existe donc un possible lien entre une consommation de toxiques et les variables en lien avec une altération fonctionnelle pour notre population.

Selon certains auteurs, les comorbidités addictives sont un facteur de gravité pour les troubles psychiatriques avec un impact sur l'adhésion aux soins [25]. Des résultats antérieurs de la littérature suggèrent que la comorbidité addictive est associée aux réhospitalisations précoces [13, 22]. Dans cette optique, une prise en charge spécifique et centrée sur les addictions peut être proposée pour les patients en RPNP.

#### **4.2.8 ANTECEDENTS**

Les données manquantes sont élevées concernant l'âge de la première hospitalisation, cela est en lien avec l'absence de renseignement dans les dossiers, nous ne pouvons donc pas discuter cette variable.

Notre étude met en avant que la majeure partie des patients en RPNP avaient déjà été hospitalisés auparavant. La plupart des résultats antérieurs de la littérature [10] retrouvent un lien étroit entre les antécédents d'hospitalisations et les réadmissions précoces. Celles-ci seraient associées aux antécédents d'hospitalisations multiples et récentes [11,12]. Cependant notre étude ne différencie pas les antécédents d'hospitalisations en fonction de leur historique ni de leurs fréquences. Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail.

#### **4.2.9 REVOLVING DOOR**

Pour la population en RPNP, nous constatons qu'il existe une différence significative pour la répétition des hospitalisations (Revolving Door) en fonction de la perception d'une AAH ( $p=0.003$ ). Cette répétition présente aussi une association avec l'existence d'une mesure de protection ( $p<0.001$ ). Ces répétitions d'hospitalisations sont aussi associées à l'absence d'activité professionnelle ( $p=0.009$ ). Ces observations argumentent l'hypothèse que la population qui réitère les hospitalisations présente un haut degré de handicap fonctionnel et social. Ce résultat est conforme à des données antérieures [18].

Pour la population en RPNP, plusieurs indicateurs démontrent l'existence d'une altération du fonctionnement social et professionnel. Cette altération est secondaire au développement de pathologies psychiatriques chroniques [18]. Nous faisons

l'hypothèse que l'altération fonctionnelle, sociale et relationnelle, est une cause mais aussi une conséquence des RPNP et de la répétition des hospitalisations.

Nous retrouvons que la majeure partie des patients ont eu au moins une troisième hospitalisation en 2015-2016. La répétition des hospitalisations (Revolving Door) est associée avec les antécédents d'hospitalisations ( $p=0.003$ ). Le fait d'avoir déjà été hospitalisé serait possiblement un risque pour le patient d'être à nouveau réhospitalisé et de manière répétée. Cela va dans le sens d'une chronicisation du phénomène et d'une résistance aux soins. On en déduit que les réadmissions fréquentes sont associées aux réadmissions précoces.

#### **4.2.9.1 Caractéristiques du premier séjour**

Pour le premier séjour de 2015, nous observons que les patients sous la modalité de soins libres sont proportionnellement plus représentés que ceux en soins sous contraintes. Une évaluation supplémentaire sur les modalités de sorties en fonction du mode de soin (sortie contre avis médical, mesure de programme de soin, sortie non autorisée, levée judiciaire de la contrainte) permettrait d'appréhender leurs impacts sur les RPNP.

La durée moyenne de séjours (DMS) de 41.6 jours est très variable (écart-type 72.1) Elle est supérieure à la DMS de 33 jours de psychiatrie générale adulte du CHAI en 2015 (Donnée établie à partir du Logiciel CROSSWAY). De plus, nous observons qu'il n'y a qu'une faible proportion de patients de la population en RPNP avec une durée de séjour inférieure à 6 jours. Ces arguments vont contre l'hypothèse que les patients avec une RPNP sont ceux qui sortent après une hospitalisation courte avec le risque que la pathologie ne soit pas stabilisée.

Notre étude a été réalisée à partir des données du premier séjour de 2015, or il y a des patients pour lesquels les réadmissions se répètent. Donc, nous n'indiquons ici que des observations pour un premier séjour, nous ne pouvons pas conclure sur son lien avec les RPNP. Une étude qui serait centrée sur les séjours serait pertinente, car dans la littérature les réadmissions précoces sont en lien avec les caractéristiques de l'hospitalisation précédente [12 ; 11 ;5].

#### **4.3 SYNTHÈSE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION READMISE**

Nous retenons pour la population des patients en RPNP : 1/ Le niveau handicap fonctionnel (AAH, mesure de protection et absence d'emploi) est élevé. Cela est associé aux antécédents mais aussi aux répétitions des hospitalisations. 2/La population F20 représente une forte proportion des RPNP et semble encore plus atteinte fonctionnellement. 3/ Il existe un niveau élevé d'isolement social (célibat et situation de vie seule). 4/ les comorbidités addictives sont élevées et peuvent être un facteur de risque de réadmission. 5/ la sévérité des troubles psychiques (estimées en fonction des marqueurs de handicap et devant la répétitions des hospitalisations) est importante avec une chronicisation possible. 6/ La majorité des patients a déjà été hospitalisée et le sera à nouveau dans les deux ans.

#### **4.4 LIMITES DE L'ÉTUDE**

Cette étude présente de nombreuses limites, dont l'une des principales est la difficulté de comparer nos résultats avec d'autres études. Cela est dû aux choix concernant le critère de jugement principal, de la population source et au faible

nombre d'études en France et à l'étranger. Cela est aussi dû à la variation importante des critères de définition des réadmissions précoces dans les différentes études.

L'absence de prise en compte des réadmissions le jour même de la sortie (en raison des caractéristiques du logiciel) est aussi une limite importante puisque ces patients ne sont pas reconnus dans nos résultats.

Une autre limite est l'absence de groupe contrôle par rapport au critère de jugement principal, ce qui ne permet pas de juger de l'influence des variables évaluées par rapport aux RPNP. Nous ne pouvons donc formuler que des hypothèses en fonctions des résultats antérieurs.

Le recueil rétrospectif du CJP et des variables, l'absence du recueil de données sur le niveau de scolarité, sur le niveau socio-professionnel de la famille (dossiers incomplets) et les données manquantes pour l'âge de la première hospitalisation sont d'autres limites importantes. Enfin, il existe un biais de sélection puisque nous utilisons uniquement les données d'un hôpital public, nos résultats ne sont pas extrapolables à la population psychiatrique en générale.

Cependant, cette étude permet de quantifier le phénomène des RPNP au sein d'un hôpital de psychiatrie générale. Elle met en avant des éléments de caractéristiques précis d'une population de patients, ce qui évalue un résultat précis non souhaitable du soin.

#### **4.5 PERSPECTIVES**

La littérature met en avant de multiples facteurs de risques qui varient selon les études concernant les réadmissions précoces [10]. Avec les résultats de notre étude, nous estimons que la population avec une RPNP a des besoins spécifiques, qui nécessitent une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire. Il semble

nécessaire de rediscuter pour ces patients l'organisation des soins et l'accompagnement social. Dans un objectif de prévenir les RPNP et les répétitions d'hospitalisations, plusieurs pistes de réflexion sont possibles :

1/ Repérer les patients à risque de RPNP afin de leur proposer une prise en charge spécifique et rompre le phénomène des répétitions d'hospitalisations.

2/ A l'instar de nos voisins européens, développer l'offre de soins ambulatoires pourrait être une possibilité [26]. Cela pourrait aller dans le sens d'un encadrement supérieur du patient à sa sortie avec des prise en charge dans des structures d'hébergement extrahospitalières (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de postcure, foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées).

2/ Proposer une prévention et une prise en charge des comorbidités addictives.

3/ Orienter les patients vers des structures ambulatoires à visée de maintien du lien social et de l'autonomie. On peut citer les structures de type centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), de services de réhabilitation ou l'organisation de groupes de patients en hôpital de jour.

4/ Prévenir la réadmission par l'organisation de la sortie avec une évaluation des besoins du patient, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement social et la continuité des soins [2] [27].

6/ Développer des alternatives à l'hospitalisation à temps plein [28] et proposer des hospitalisations séquentielles pour les patients avec des réhospitalisations multiples.

8/ Evaluer la compliance et essayer d'améliorer celle-ci par l'éducation thérapeutique.

9/ Cibler la population de patients F20 avec des répétitions d'hospitalisations et proposer plus fréquemment un traitement par neuroleptique retard.



Les réadmissions précoces non programmées en psychiatrie : une étude  
rétrospective au sein du centre hospitalier Alpes Isère

CONCLUSION

Depuis la mise en place des politiques de désinstitutionnalisation, il existe une augmentation des réadmissions. Parmi les différentes sortes de réhospitalisations, les réadmissions précoces et non programmées sont considérées comme un résultat non satisfaisant voir négatif de la prise en charge pour le patient.

Les études françaises sont peu nombreuses sur le sujet et ne font pas la distinction entre les réadmissions programmées et celles non programmées.

Notre étude à partir de 1830 patients hospitalisés en psychiatrie générale durant l'année 2015 évalue à 12% (220/1830) la proportion de patient réadmis de manière non programmée dans les 90 jours après une sortie d'hospitalisation. Comparativement aux données de la littérature internationale ce pourcentage est faible ; l'hypothèse principale est que cela soit lié aux différences d'organisation des systèmes de soins.

Conformément aux données de la littérature, la majeure partie des patients ont des antécédents d'hospitalisation. Le diagnostic principal de schizophrénie est le plus souvent retrouvé. Il représente 31.8% de la population réadmise et les proportions de handicap social et fonctionnel qui y sont associées sont élevées.

D'après l'interprétation de nos résultats, les réadmissions précoces et non programmées sont en lien avec plusieurs caractéristiques du patients qui sont très présentes dans cette population réadmise précocement : l'isolement social, le célibat, la reconnaissance d'un handicap, la sévérité des troubles et les comorbidités addictives.

Cette étude ne nous permet pas de conclure sur le lien entre les réadmissions précoces et les caractéristiques du premier séjour.

L'analyse en sous-groupe retrouve que certaines des caractéristiques étudiées (l'existence d'une allocation adulte handicapé, d'une mesure de protection ou l'absence d'activité professionnelle) sont significativement associées aux antécédents d'hospitalisation mais aussi à leurs répétitions. Cette répétition des hospitalisations est importante pour cette population, 66.8% d'entre eux ont eu au moins une autre hospitalisation entre 2015 et 2016 (Revolving Door). Les réadmissions précoces non programmées et la répétition des hospitalisations de cette population sont donc en lien avec un degré élevé de handicap fonctionnel associé aux troubles psychiatriques.

Lors d'une hospitalisation, le repérage des patients à risque de réadmission précoce pourrait permettre la mise en place de stratégies interventionnelles. Celles qui ont un effet validé sur la diminution des réadmissions précoces sont l'organisation de la sortie et la mise en place de programmes d'éducation thérapeutiques avant et après la sortie. D'autres perspectives comme l'amélioration de la compliance, le développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein et l'accompagnement social pourrait avoir un impact.

Avec ces résultats, il apparait que les facteurs en lien avec la survenue d'une réadmission précoce non programmées sont d'ordres sociaux, médicaux et organisationnels. Leur prise en charge et leur évaluation doit être pluridisciplinaire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 13/03/17

LE DOYEN

Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Jean-Paul ROMANET  
J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR T. BOUGEROL

## 6. BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Magali Coldefy ; Philippe Le Fur ;Véronique Lucas-Gabrielli ; Julien Mousquès.  
Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France des inégalités persistantes de moyens et d'organisation.
- [2]. Ailam, L., M. Rchidi, A. Tortelli, and N. Skurnik ;  
Le Processus de Désinstitutionnalisation.  
Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique 167, no. 6 (août 2009): 455–58.  
doi:10.1016/j.amp.2009.05.001.
- [3]. T.Florentin, B.Castro, N.Skurnik  
Désinstitutionnalisation et histoire moderne.  
Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique 153, no. 6 (juin1995).
- [4]. Coldelfy M.  
La Prise En Charge de La Santé Mentale  
Recueil d'études statistiques- Sante mentale 2007 –DRESS.
- [5]. Plancke, P. L  
Les Réhospitalisations Psychiatriques. Qui ? Quand ? Comment ? Les Enseignements Du RimP. European Psychiatry 29, no. 8 (November 1, 2014): 617.  
doi:10.1016/j.eurpsy.2014.09.098.
- [6]. Craig, Thomas J., Shmuel Fennig, Marsha Tanenberg-Karant, and Evelyn J. Bromet.  
Rapid versus Delayed Readmission in First-Admission Psychosis: Quality Indicators for Managed Care? Annals of Clinical Psychiatry 12, no. 4 (December 1, 2000): 233–38.  
doi:10.1023/A:1009038627449.

- [7]. Oyffe, Igor, Rena Kurs, Marc Gelkopf, Yuval Melamed, and Avi Bleich.  
Revolving-Door Patients in Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study.  
Croatian Medical Journal 50, no. 6 (December 2009): 575–82. doi:10.3325/cmj.2009.50.575.
- [8]. OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 :  
Les indicateurs de l'OCDE Éditions OCDE.  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-fr](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr)
- [9]. Vigod, Simone N., Paul A. Kurdyak, Cindy-Lee Dennis, Talia Leszcz, Valerie H. Taylor,  
Daniel M. Blumberger, and Dallas P. Seitz.  
Transitional Interventions to Reduce Early Psychiatric Readmissions in Adults: Systematic  
Review." The British Journal of Psychiatry 202, no. 3 (March 1, 2013) .
- [10]. Durbin, Janet, Elizabeth Lin, Crystal Layne, and Moira Teed.  
"Is Readmission a Valid Indicator of the Quality of Inpatient Psychiatric Care?"  
The Journal of Behavioral Health Services & Research 34, no. 2 (April 17, 2007): 137–50.  
doi:10.1007/s11414-007-9055-5.
- [11]. Tulloch, A. D., A. S. David, and G. Thornicroft.  
Exploring the Predictors of Early Readmission to Psychiatric Hospital." Epidemiology and  
Psychiatric Sciences 25, no. 02 (avril 2016): 181–193. doi:10.1017/S2045796015000128.
- [12]. Donisi, Valeria, Federico Tedeschi, Damiano Salazzari, and Francesco Amaddeo.  
"Pre- and Post-Discharge Factors Influencing Early Readmission to Acute Psychiatric Wards:  
Implications for Quality-of-Care Indicators in Psychiatry."  
General Hospital Psychiatry 39 (March 2016): 53–58.  
doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.10.009.

- [13]. Sánchez, Ricardo, Luis Eduardo Jaramillo, and María Isabel Herazo. “Factors associated with early psychiatric rehospitalization.” *Biomédica: Revista Del Instituto Nacional De Salud* 33, no. 2 (June 2013): 276–82.
- [14]. Florentin T, Castro B, Skurnik N.  
Où en est le syndrome de la porte tournante ? *Ann Med Psychol (Paris)* 1996;154:474–8
- [15]. “Haute Autorité de Santé - Psychiatrie & Santé Mentale.”  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2725662/fr/psychiatrie-sante-mentale](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2725662/fr/psychiatrie-sante-mentale).
- [16]. Johnson, Carmen Acosta.  
“Readmission to the Mental Hospital: An Indicator of Quality of Care?” *The Journal of Mental Health Administration* 14, no. 1 (March 1, 1987): 51–55. doi:10.1007/BF02828433.
- [17]. Leon, Scott C., Alison M. Stoner, and Daniel A. Dickson. “Does the Hospital Predict Readmission? A Multi-Level Survival Analysis Approach.” *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 43, no. 4 (April 30, 2015): 514–23. doi:10.1007/s10488-015-0654-9.
- [18]. Machado, V., C. Leonidas, M. A. Santos, M. A. Santos, and J. Souza. “Psychiatric Readmission: An Integrative Review of the Literature.” *International Nursing Review* 59, no. 4 (December 2012): 447–57. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.01011.x.
- [19]. Odier B, Escaffé J.  
L’asphyxie programmée de la psychiatrie publique. *Passant* 2004, no°49, 49–638
- [20]. Hamilton, Jane E., Howard Rhoades, Juan Galvez, Melissa Allen, Charles Green, Mildred Aller, and Jair C. Soares. “Factors Differentially Associated with Early Readmission at a University Teaching Psychiatric Hospital.” *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 21, no. 4 (août 2015): 572–78. doi:10.1111/jep.12335

- [21]. Schmutte, Timothy, Christine L. Dunn, and William H. Sledge.  
“Predicting Time to Readmission in Patients with Recent Histories of Recurrent Psychiatric Hospitalization: A Matched-Control Survival Analysis.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198, no. 12 (December 2010): 860–63. doi:10.1097/NMD.0b013e3181fe726b.
- [22]. Olfson, M., D. Mechanic, C. A. Boyer, S. Hansell, J. Walkup, and P. J. Weiden.  
“Assessing Clinical Predictions of Early Rehospitalization in Schizophrenia.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 187, no. 12 (December 1999): 721–29.
- [23]. Kishimoto, Taishiro, Masahiro Nitta, Michael Borenstein, John M. Kane, and Christoph U. Correll. “Long-Acting Injectable versus Oral Antipsychotics in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Mirror-Image Studies.” *The Journal of Clinical Psychiatry* 74, no. 10 (October 2013): 957–65. doi:10.4088/JCP.13r08440.
- [24]. Samalin, L., M. Abbar, P. Courtet, S. Guillaume, S. Lancrenon, and P.-M. Llorca.  
“Recommandations Formalisées d’Experts de l’AFPBN : prescription des neuroleptiques et antipsychotiques d’action prolongée.” *L’Encéphale* 39 (December 2013): 189–203.  
doi:10.1016/S0013-7006(13)70121-0.
- [25]. Coldefy M, Nestrigue C, Or Zeynep  
Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie Irdes novembre 2012
- [26]. Coldefy M  
“L’évolution Des Dispositifs de Soins Psychiatriques En Allemagne, Angleterre, France et Italie : Similitudes et Divergences - <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>.
- [27]. Prince, Jonathan D.  
“Practices Preventing Rehospitalization of Individuals with Schizophrenia.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194, no. 6 (June 2006): 397–403.  
doi:10.1097/01.nmd.0000222407.31613.5d.

- [28]. Gandré, Coralie, Julien Thillard, Jean-Marc Macé, Jean-Luc Roelandt, and Karine Chevreul. "Qualité des prises en charge et alternatives à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. Étude de l'association entre la variabilité des critères illustrant la qualité des prises en charge et le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein." *Revue française des affaires sociales* n° 6, no. 2 (June 22, 2016): 227–52.

## ANNEXES

Tableau 1 : Motifs exclusions du Groupe n°2

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques du groupe n°2

Tableau 3 : caractéristiques cliniques du groupe n°2

Tableau 4 : caractéristiques du premier séjour

Tableau 5 : Population sous-groupes /comorbidités addictives

Tableau 6 : Population sous-groupes / situation de vie

Tableau 7: Population sous-groupes/ Situation conjugale

Tableau 8 : Caractéristiques sous-groupes patients F20 (Schizophrénie)

Tableau 9 : Comparaison Population source/ Groupe n°2

### **Annexes : Analyses statistiques**

Tableau 1 Situation professionnelle (=statut occupationnel) /  
Antécédents d'hospitalisation

Tableau 2 Perception d'une AAH (= reconnaissance handicap) /  
Antécédents d'hospitalisation

Tableau 3 Mesure de protection /Antécédents d'hospitalisation

Tableau 4 Revolving Door / Antécédents d'hospitalisation

Tableau 5 Sexe / Situation de vie

Tableau 6 Situation professionnelle/Revolving Door

Tableau 7 Perception d'une AAH/ Revolving Door

Tableau 8 Mesure de protection/Revolving Door



**Tableau 1 : Motifs exclusions du Groupe n°2**

Motifs d'exclusions	Nb patients	Proportion
	<b>81</b>	<b>100%</b>
Deux séjours distincts pour une permission de longue durée.	<b>2</b>	<b>2.5%</b>
Transferts entre unité au sein du CHAI.	<b>2</b>	<b>2.50%</b>
Réadmission après transfert sur un autre établissement hospitalier psychiatrique	<b>4</b>	<b>4.9%</b>
Réadmission pour prise en charge séquentielle	<b>42</b>	<b>51.8%</b>
Réadmissions d'un patient après une sortie à l'occasion d'un soin physique	<b>17</b>	<b>21.0%</b>
Réhospitalisation programmée	<b>14</b>	<b>17.3%</b>

**Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques du groupe n°2**

	Nombre de Patients	Moyenne ou proportion
<b>AGE</b>	<b>220</b>	<b>44.33 ans (E. type 14.63)</b>
<b>TRANCHE d'AGE</b>	220	100%
18-24 ans	22	10 %
25-44 ans	93	42.3 %
45-65 ans	86	39.1 %
>65 ans	19	8.6 %
<b>SEXE</b>	220	100%
homme	121	55 %
femme	99	45 %
<b>SITUATION DE VIE</b>	220	100%
non isolé	111	50.5 %
Isolé	109	49.5 %
<b>SITUATION PROFESSIONELLE</b>	220	100%
Actif	64	29.1 %
Sans activité	127	57.7 %
Retraité	29	13.2 %
<b>SITUATION CONJUGALE</b>	220	100 %
Célibataire	130	59.1 %
Divorcé /veuf /séparé	53	24.1 %
Marié /PACS	37	16.8 %
<b>PERCEPTION D'UNE AAH</b>	220	100%
Non	89	40.5 %
Oui	130	59.1 %
Non connu	1	0.5 %
<b>MESURE DE PROTECTION</b>	220	100 %
Non	132	60 %
Oui	88	40 %

**Tableau 3 : caractéristiques cliniques du groupe n°2**

	<b>Nombre de Patients</b>	<b>Moyenne ou proportion</b>
<b>AGE 1<sup>ère</sup> hospitalisation</b>	<b>187</b>	<b>29.51 ans (E. type 12.98)</b>
<b>DIAGNOSTIC PRINCIPAL</b>		
F 10 - F19	20	9.1 %
F 20	70	31.8 %
F 21 - F29	42	19.1 %
F 30 - F31	23	10.5 %
F 32 - F39	22	10.0 %
F 40 - F48	14	6.4 %
F 60 - F69	22	10.0 %
Autres diagnostics	7	3.2 %
<b>COMORBIDITE ADDICTIVE ASSOCIEE</b>		
Non	116	52.7 %
Oui	102	46.4 %
Non connu	2	0.9 %
<b>ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION</b>		
Pas d'antécédents	21	9.5 %
Antécédents d'hospitalisation	199	90.5 %

**Tableau 4 : caractéristiques du premier séjour**

	<b>Nombre de Patients</b>	<b>Moyenne ou proportion</b>
<b>DUREE MOYENNE DE SEJOUR</b>	<b>220</b>	<b>41.56 (Ecart type 72.101)</b>
<b>DUREE PREMIER SEJOUR</b>		
1-5	24	10.9 %
6-18	65	29.5 %
19-47	76	34.5 %
= ou >48	55	25 %
<b>MODALITE DE PLACEMENT</b>		
Soins libre	131	59.5 %
Sous contrainte	89	40.5 %

**Tableau 5 : Hospitalisations sur la période 2015 et 2016 groupes n°2**

	<b>Nombre de Patients</b>	<b>Proportion</b>
<b>REVOLVING DOOR</b>	<b>220</b>	<b>100 %</b>
Non	73	33.2 %
Oui	147	66.8 %

Revolving Door est définie par trois hospitalisations ou plus au sein du CHAI au cours de la période 2015-2016

**Tableau 5 : Population sous-groupes /comorbidités addictives**

	<b>Pas de comorbidité N (%)</b>	<b>Comorbidité N(%)</b>	<b>Total sous-groupe N (%)</b>
<b>Célibataires</b>	63 (48.5%)	67 (51.5%)	130 (100%)
<b>Mariés/PACS</b>	23 (62.2%)	14 (37.8%)	37 (100%)
<b>F30-F31</b>	10 (45.5%)	12 (54.5%)	22 (100%)
<b>Isolement au domicile</b>	52 (48.1%)	46 (51.9%)	108 (100%)
<b>Sans activité professionnelle</b>	62 (48.8%)	65 (51.2%)	127 (100%)
<b>18 – 24 ans</b>	9 (40.9%)	13 (59.1%)	22 (100%)

**Tableau 6 : Population sous-groupes / situation de vie**

	<b>Non isolé N(%)</b>	<b>Isolé N(%)</b>	<b>Total sous-groupe N (%)</b>
F10-F19	8 (40%)	12 (60%)	20(100%)
Sans activité professionnelle	58 (45.7%)	69 (54.3%)	127 (100%)
Comorbidités addictives	46 (45.1%)	56 (54.9%)	102 (100%)
Mesure de protection	38 (43.2%)	50 (56.8%)	88 (100%)

**Tableau 7: Population sous-groupes/ Situation conjugale**

	<b>Antécédents d'hospitalisation</b>		<b>Total sous-groupe N(%)</b>
	<b>Non N(%)</b>	<b>Oui N(%)</b>	
Célibataire	11 (8.5%)	119 (91.5%)	130 (%)
<b>Revolving Door</b>			
	<b>Non N(%)</b>	<b>Oui N(%)</b>	<b>Total sous-groupe N(%)</b>
Célibataire	36 (27.7%)	94 (72.3%)	130 (100%)

**Tableau 8 : Caractéristiques sous-groupes patients F20 (Schizophrénie)**

	<b>Nombre de Patients</b>	<b>Moyenne ou proportion</b>
<b>SEXE</b>	70	100
homme	51	72.9%
femme	19	27.1%
<b>SITUATION DE VIE</b>	70	100%
non isolé	26	37.1%
Isolé	44	62.9%
<b>ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION</b>	70	100%
Non	0	0%
Oui	70	100%
<b>MESURE DE PROTECTION</b>	70	100%
Non	26	37.1%
Oui	44	62.9%
<b>PERCEPTION D'UNE AAH</b>	70	100%
Non	5	8%
Oui	65	92%
<b>SITUATION CONJUGALE</b>	70	100%
Célibataire	57	81.4
Divorcé / Séparé / Veuf	10	14.2
Marié / PACS	3	4.3
<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	70	100%
Actif	10	14.2
Sans activité	58	82.9
Retraité	2	2.9
<b>TRAITEMENT DE SORTIE PAR NEUROLEPTIQUE RETARD</b>	70	100%
Non	36	51.4 %
Oui	34	48.6 %
<b>COMORBIDITE ADDICTIVE ASSOCIEE</b>	70	100
Non	36	51.4%
Oui	34	48.6%

**Tableau 9 : Comparaison Population source/ Groupe n°2**

	Population source	Groupe n°2	p
	<i>Moyenne (écart type)</i>	<i>Moyenne (écart type)</i>	
<b>Moyenne d'âge</b>	44.98 (E.T 16.234)	44.33 (E.T 14.634)	0.694
	<b>N(%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Sexe</b>	1830 (100%)	220 (100%)	0.920
Femme	817 (44.6%)	99 (45.0%)	
homme	1013 (55.4%)	121 (55.0%)	

## Annexes : Analyses statistiques

### 1) Situation professionnelle (=statut occupationnel) / Antécédents d'hospitalisation

			Antécédents d'hospitalisation		Total
			Pas d'ANTD	ANDT d'hospit	
Statut occupationnel	Actif	Effectif	16	48	64
		Effectif théorique	6.1	57.9	64.0
		% dans Statut occupationnel	25.0%	75.0%	100.0%
		% dans Antécédents d'hospitalisation	76.2%	24.1%	29.1%
		% du total	7.3%	21.8%	29.1%
	Sans activité	Effectif	2	125	127
		Effectif théorique	12.1	114.9	127.0
		% dans Statut occupationnel	1.6%	98.4%	100.0%
		% dans Antécédents d'hospitalisation	9.5%	62.8%	57.7%
		% du total	.9%	56.8%	57.7%
	Retraité	Effectif	3	26	29
		Effectif théorique	2.8	26.2	29.0
% dans Statut occupationnel		10.3%	89.7%	100.0%	
% dans Antécédents d'hospitalisation		14.3%	13.1%	13.2%	
% du total		1.4%	11.8%	13.2%	
Total	Effectif	21	199	220	
	Effectif théorique	21.0	199.0	220.0	
	% dans Statut occupationnel	9.5%	90.5%	100.0%	
	% dans Antécédents d'hospitalisation	100.0%	100.0%	100.0%	
	% du total	9.5%	90.5%	100.0%	

**Résultats Test Khi-deux  $p < 0.001$**

### 2) Perception d'une AAH(= reconnaissance handicap) / Antécédents d'hospitalisation

			Antécédents d'hospitalisation		Total
			Pas d'ANTD	ANDT d'hospit	
Reconnaissance handicap	Aucune	Effectif	20	69	89
		Effectif théorique	8.5	80.5	89.0
		% dans Reconnaissance handicap	22.5%	77.5%	100.0%
		% dans Antécédents d'hospitalisation	95.2%	34.8%	40.6%
		% du total	9.1%	31.5%	40.6%
	AAH	Effectif	1	129	130
		Effectif théorique	12.5	117.5	130.0
		% dans Reconnaissance handicap	.8%	99.2%	100.0%
		% dans Antécédents d'hospitalisation	4.8%	65.2%	59.4%
		% du total	.5%	58.9%	59.4%
	Total	Effectif	21	198	219
		Effectif théorique	21.0	198.0	219.0
% dans Reconnaissance handicap		9.6%	90.4%	100.0%	
% dans Antécédents d'hospitalisation		100.0%	100.0%	100.0%	
% du total		9.6%	90.4%	100.0%	

**Résultats Test Khi-deux  $p < 0.001$**

### 3) Mesure de protection /Antécédents d'hospitalisation

Tableau croisé

			Antécédants d'hospitalisation		Total
			Pas d'ANTD	ANDT d'hospit	
Mesure de protection	Sans mesure de protection	Effectif	21	111	132
		Effectif théorique	12.6	119.4	132.0
		% dans Mesure de protection	15.9%	84.1%	100.0%
		% dans Antécédants d'hospitalisation	100.0%	55.8%	60.0%
		% du total	9.5%	50.5%	60.0%
	Mesure de protection	Effectif	0	88	88
		Effectif théorique	8.4	79.6	88.0
		% dans Mesure de protection	.0%	100.0%	100.0%
		% dans Antécédants d'hospitalisation	.0%	44.2%	40.0%
		% du total	.0%	40.0%	40.0%
Total		Effectif	21	199	220
		Effectif théorique	21.0	199.0	220.0
		% dans Mesure de protection	9.5%	90.5%	100.0%
		% dans Antécédants d'hospitalisation	100.0%	100.0%	100.0%
		% du total	9.5%	90.5%	100.0%

**Résultats Test Khi-deux  $P < 0.001$**

### 4) Revolving Door / Antécédents d'hospitalisation

Tableau croisé

			Antécédants d'hospitalisation		Total
			Pas d'ANTD	ANDT d'hospit	
Revolving Door	Pas de Revolving door	Effectif	13	60	73
		Effectif théorique	7.0	66.0	73.0
		% dans Revolving Door	17.8%	82.2%	100.0%
		% dans Antécédants d'hospitalisation	61.9%	30.2%	33.2%
		% du total	5.9%	27.3%	33.2%
	Revolving door	Effectif	8	139	147
		Effectif théorique	14.0	133.0	147.0
		% dans Revolving Door	5.4%	94.6%	100.0%
		% dans Antécédants d'hospitalisation	38.1%	69.8%	66.8%
		% du total	3.6%	63.2%	66.8%
Total		Effectif	21	199	220
		Effectif théorique	21.0	199.0	220.0
		% dans Revolving Door	9.5%	90.5%	100.0%
		% dans Antécédants d'hospitalisation	100.0%	100.0%	100.0%
		% du total	9.5%	90.5%	100.0%

**Résultats Test Khi-deux  $p = 0.003$**

## 5) Sexe / Situation de vie (=isolement social)

Tableau croisé

			Isolement social		Total
			Non isolé	Isolé	
Sexe	Homme	Effectif	52	69	121
		Effectif théorique	61.1	60.0	121.0
		% dans Sexe	43.0%	57.0%	100.0%
		% dans Isolement social	46.8%	63.3%	55.0%
		% du total	23.6%	31.4%	55.0%
Femme	Femme	Effectif	59	40	99
		Effectif théorique	50.0	49.1	99.0
		% dans Sexe	59.6%	40.4%	100.0%
		% dans Isolement social	53.2%	36.7%	45.0%
		% du total	26.8%	18.2%	45.0%
Total	Total	Effectif	111	109	220
		Effectif théorique	111.0	109.0	220.0
		% dans Sexe	50.5%	49.5%	100.0%
		% dans Isolement social	100.0%	100.0%	100.0%
		% du total	50.5%	49.5%	100.0%

**Résultats Test Khi-deux  $p=0.014$**

## 6) Situation professionnelle (= statut occupationnel)/Revolving Door

Tableau croisé

			Revolving Door		Total	
			Pas de Revolving door	Revolving door		
Statut occupationnel	Actif	Effectif	30	34	64	
		Effectif théorique	21.2	42.8	64.0	
		% dans Statut occupationnel	46.9%	53.1%	100.0%	
		% dans Revolving Door	41.1%	23.1%	29.1%	
		% du total	13.6%	15.5%	29.1%	
	Sans activité	Sans activité	Effectif	32	95	127
			Effectif théorique	42.1	84.9	127.0
			% dans Statut occupationnel	25.2%	74.8%	100.0%
			% dans Revolving Door	43.8%	64.6%	57.7%
			% du total	14.5%	43.2%	57.7%
	Retraité	Retraité	Effectif	11	18	29
			Effectif théorique	9.6	19.4	29.0
			% dans Statut occupationnel	37.9%	62.1%	100.0%
			% dans Revolving Door	15.1%	12.2%	13.2%
			% du total	5.0%	8.2%	13.2%
Total	Total	Effectif	73	147	220	
		Effectif théorique	73.0	147.0	220.0	
		% dans Statut occupationnel	33.2%	66.8%	100.0%	
		% dans Revolving Door	100.0%	100.0%	100.0%	
		% du total	33.2%	66.8%	100.0%	

**Résultats Test Khi-deux  $p=0.009$**



## 7) Perception d'une AAH/ Revolving Door

Tableau croisé

			Revolving Door		Total
			Pas de Revolving door	Revolving door	
Reconnaissance handicap	Aucune	Effectif	40	49	89
		Effectif théorique	29.7	59.3	89.0
		% dans Reconnaissance handicap	44.9%	55.1%	100.0%
		% dans Revolving Door	54.8%	33.6%	40.6%
		% du total	18.3%	22.4%	40.6%
	AAH	Effectif	33	97	130
		Effectif théorique	43.3	86.7	130.0
		% dans Reconnaissance handicap	25.4%	74.6%	100.0%
		% dans Revolving Door	45.2%	66.4%	59.4%
		% du total	15.1%	44.3%	59.4%
Total	Effectif	73	146	219	
	Effectif théorique	73.0	146.0	219.0	
	% dans Reconnaissance handicap	33.3%	66.7%	100.0%	
	% dans Revolving Door	100.0%	100.0%	100.0%	
	% du total	33.3%	66.7%	100.0%	

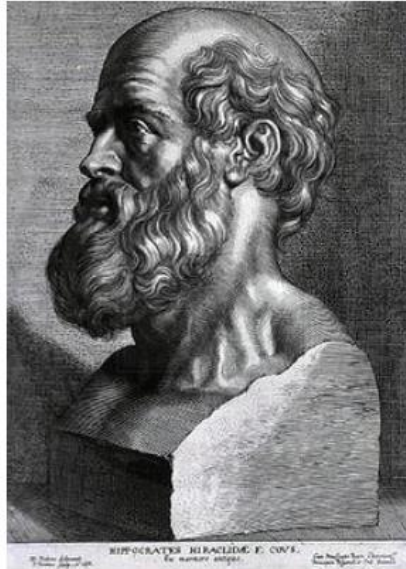
**Résultats Test Khi-deux  $p=0.003$**

## 8) Mesure de protection/Revolving Door

Tableau croisé

			Revolving Door		Total
			Pas de Revolving door	Revolving door	
Mesure de protection	Sans mesure de protection	Effectif	56	76	132
		Effectif théorique	43.8	88.2	132.0
		% dans Mesure de protection	42.4%	57.6%	100.0%
		% dans Revolving Door	76.7%	51.7%	60.0%
		% du total	25.5%	34.5%	60.0%
	Mesure de protection	Effectif	17	71	88
		Effectif théorique	29.2	58.8	88.0
		% dans Mesure de protection	19.3%	80.7%	100.0%
		% dans Revolving Door	23.3%	48.3%	40.0%
		% du total	7.7%	32.3%	40.0%
Total	Effectif	73	147	220	
	Effectif théorique	73.0	147.0	220.0	
	% dans Mesure de protection	33.2%	66.8%	100.0%	
	% dans Revolving Door	100.0%	100.0%	100.0%	
	% du total	33.2%	66.8%	100.0%	

**Résultats Test Khi-deux  $p=0.001$**



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*