



**HAL**  
open science

# Étude de la corrélation entre sévérité d'un état dépressif caractérisé et durée d'hospitalisation

Thomas Husson

► **To cite this version:**

Thomas Husson. Étude de la corrélation entre sévérité d'un état dépressif caractérisé et durée d'hospitalisation. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02387150

**HAL Id: dumas-02387150**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02387150>**

Submitted on 29 Nov 2019

**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.

# **Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen**

Année 2019

Thèse n°...

## **Thèse pour le doctorat en médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

**par**

**Thomas HUSSON**

Né le 17 Décembre 1989, à Bernay

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2019

**Etude de la corrélation entre sévérité d'un état dépressif  
caractérisé et durée d'hospitalisation**

Président de jury : **M. le Professeur Olivier GUILLIN**

Directeur de thèse : **M. le Docteur Sadeq HAOUZIR**

Membres du jury : **M. le Docteur David WALLON**

**M. le Docteur Gaël NICOLAS**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

**DOYEN :** **Professeur Pierre FREGER**

**ASSESEURS :** **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition

Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN Neurologie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN Pédiopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN Neurologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN Dermato - Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB Médecine interne

Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale
Mr Jean-François <b>MUIR</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaetan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion

Mr Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Paul <b>VANNIER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	CRMPR Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSSENS</b>	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	UFR Médecine du travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN Neurologie
Mr Juilen <b>WILS</b>	HCN Pharmacologie

**PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mr Thierry **WABLE**

UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**

UFR Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie



Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE-BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla <b>EL GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mr Jérémy <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

### **PROFESSEURS CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Anne-Sophie <b>CHAMPY</b>	Pharmacognosie
M. Jonathan <b>HEDOUIN</b>	Chimie Organique

<b>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</b>
---

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE

Mr Mathieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mr Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ - Saint Julien Rouen*

**Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que  
les opinions émises dans les dissertations qui lui seront  
présentées doivent être considérées comme propres à leurs  
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni  
improbation.**

**A mon Maître et Président de thèse,**

**Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN,**

Pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse,

Pour avoir porté intérêt à ce travail et accepté de le juger,

Pour la qualité de votre enseignement,

Pour votre disponibilité et votre sympathie,

Pour votre soutien sans faille et vos conseils avisés me permettant,  
aujourd'hui, d'envisager une carrière universitaire,

Pour vos conseils vestimentaires,

Veillez recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect.

**A Monsieur le Docteur David WALLON,**

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail,

Car les psychiatres ne peuvent se passer de neurologues,

Pour votre sympathie,

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

**A Monsieur le Dr Gaël NICOLAS,**

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail,

Pour la qualité et la richesse de votre enseignement,

Pour votre disponibilité, que nous mettons régulièrement à l'épreuve,

Pour votre bonne humeur,

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.



**A mon directeur de thèse,**

**Monsieur le Docteur Sadeq HAOUZIR,**

Pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger mes  
travaux de thèse de Médecine,

Pour votre grande disponibilité,

Pour votre aide considérable et l'investissement que vous avez  
consacré à ces travaux,

Car l'accueil dans votre service aura été fondateur,

Pour m'avoir fait lire Jean Delay,

Veillez accepter mes plus sincères remerciements ainsi que  
l'expression de mon plus profond respect.

**A l'ensemble des services hospitaliers m'ayant fait l'honneur de m'accueillir au cours de mon internat :**

**Au service G10 du Dr Navarre, aux Dr Barge, Lannabi et Elias et à l'équipe pour le temps de la découverte ;**

**Au service G05 du Dr Haouzir et aux Dr Tran et Guigueno, à l'équipe soignante, à Camille, Arnaud, Solène et Magalie pour m'avoir transmis l'amour du métier ;**

**A l'hôpital de jour Adosphère, au Dr Gonzales et à l'équipe soignante pour la découverte de la pédopsychiatrie et pour votre amitié ;**

**A l'équipe des CMP pour enfants d'Evreux et Pont-Audemer et à l'équipe de la plateforme pour adolescents, aux Dr Abekhzer et Legardinier pour votre accueil et votre enseignement ;**

**Au service hospitalo-universitaire du centre hospitalier du Rouvray, aux équipes et aux Dr Fouldrin, Malekpour, Pacaud, Le Goff, Pinaud, Quesada, Nold, Rotharmel, Berjamin, Krir, Granell, Vedrine, Marguet, Duhamel pour m'avoir appris le métier et pour vos encouragements, pour le plaisir que j'aurais à continuer à travailler auprès de vous ;**

**Au service de Génétique Clinique, à l'équipe, aux Dr Frebourg, Goldenberg, Guerrot et Brehin pour avoir recueilli un petit psychiatre perdu dans le monde de la génétique ;**

**A nos patients, qui nous apprennent l'humilité et le respect.**

**A mes parents**, pour votre amour et pour avoir toujours cru en moi ;

**A toute ma famille**, à Clara ma sœur préférée ;

**A mes collègues internes** et tout particulièrement à Thomas, Julien, Matthieu, Nadir, Quentin, Federica et Anne-Sophie ;

**A mes amis**, Laetitia, Vincent, Camille, Pierre, Elise, David, Astrid, Céline, Emma, Lucas, Laure la meilleure des préventions contre le *burn-out* ;

**A Thibault**, où que tu sois dans le monde, pour ton enseignement depuis le début ;

**A Benji**, toi tu l'as lu, tes corrections étaient précieuses, ton amitié est inestimable ;

**A Lucie**, une phrase ne suffit pas à exprimer tout ce que je te dois, je t'aime ;

**A Thor et Django**, car ils sont doux et ils ronronnent.

# Table des matières

<b>I-</b>	<b>Introduction</b> .....	21
<b>i.</b>	<b>Historique de l'hôpital psychiatrique : de l'asile au secteur</b> .....	24
<b>a-</b>	<i>Des asiles aux hôpitaux psychiatriques</i> .....	24
<b>b-</b>	<i>Le virage ambulatoire précoce de la psychiatrie française</i> .....	26
<b>ii.</b>	<b>Revue des variables associés à la DMS en psychiatrie</b> .....	29
<b>a-</b>	<i>Durée d'hospitalisation et risque de ré-hospitalisation</i> .....	29
<b>b-</b>	<i>Variables associées à la DMS en psychiatrie</i> .....	31
<b>c-</b>	<i>Détail des études prospectives analysant la durée moyenne de séjour en psychiatrie</i> .....	37
<b>d-</b>	<i>Variabilité de la DMS en psychiatrie entre pays. Exemples du Japon et de l'Italie.</i> .....	40
<b>e-</b>	<i>Variabilité de la durée moyenne de séjour au sein d'une même institution psychiatrique</i> ...	45
<b>f-</b>	<i>Conclusion</i> .....	48
<b>iii.</b>	<b>Rationnel à l'étude de l'état dépressif caractérisé</b> .....	51
<b>II-</b>	<b>Matériels &amp; méthodes</b> .....	57
<b>i.</b>	<b>Création d'un questionnaire standardisé</b> .....	57
<b>ii.</b>	<b>Recrutement des patients</b> .....	59
<b>iii.</b>	<b>Extraction des données</b> .....	61
<b>iv.</b>	<b>Analyse statistique</b> .....	61
<b>III-</b>	<b>Résultats</b> .....	63
<b>i.</b>	<b>Recrutement</b> .....	64
<b>ii.</b>	<b>Caractéristiques des patients recrutés</b> .....	65
<b>iii.</b>	<b>Analyses statistiques</b> .....	67
<b>IV-</b>	<b>Discussion</b> .....	70
<b>i.</b>	<b>Forces de l'étude</b> .....	70
<b>a.</b>	<i>Cohérence avec les données de la littérature</i> .....	70
<b>b.</b>	<i>Représentativité des patients recrutés</i> .....	71
<b>ii.</b>	<b>Limites de l'étude</b> .....	72
<b>V-</b>	<b>Conclusion</b> .....	75
<b>VI-</b>	<b>Bibliographie</b> .....	77
	<b>Annexe</b> .....	82
	<b>Résumé</b> .....	84

## **Abréviations**

CMP : Centre Médico-Psychologique

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DSM-IV-TR : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition, text revision*

EDC : Etat Dépressif Caractérisé

HAM-D : *Hamilton Depression rating scale*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

## I- Introduction

Le système de santé est soumis prioritairement à une exigence de performance, c'est-à-dire d'efficacité, de sûreté et d'accessibilité des soins (Braithwaite *et al.*, 2017). Le système de santé Français a été reconnu comme le plus efficace au monde par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001<sup>1</sup>. Cet objectif de performance a eu un coût important : la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans la richesse nationale Française a été multipliée par 2,5 entre 1950 et 1980 puis, plus modestement, par 1,3 jusqu'en 2000<sup>2</sup> pour atteindre 8% du produit intérieur brut. La modération de l'augmentation des dépenses de santé avait été obtenue par la définition d'un objectif secondaire de contrôle des dépenses par les pouvoirs publics dès les années 1980<sup>2</sup>. Depuis, la part de la consommation de soins et biens médicaux dans la richesse nationale Française n'a crû que d'1%. Il faudra attendre une nouvelle comparaison des systèmes de santé par l'OMS pour définir si ces efforts budgétaires ont effectivement amélioré l'efficience – c'est à dire le rapport coût-efficacité – du système de santé Français. En tout état de cause, le ralentissement de la croissance économique combiné à un vieillissement de la population et à un renchérissement de soins médicaux de plus en plus personnalisés continue à imposer de nouvelles tensions sur le financement du système de santé.

L'OMS estimait qu'à l'horizon 2020 les pathologies neuropsychiatriques, et tout particulièrement les troubles de l'humeur, seraient la première cause de morbidité mondiale (Lopez *et Murray*, 1998). Cette prédiction semble aujourd'hui se réaliser en France où les pathologies psychiatriques sont la principale cause d'invalidité (Cuerq *et al.*, 2008) et le premier poste de dépense de l'assurance maladie (Chevreul *et al.*, 2013) : les coûts sociétaux de ces

---

<sup>1</sup> WHO: The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000

<sup>2</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les dépenses de santé depuis 1950. Juillet 2017. Rapport disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf>

pathologies sont majeurs. Les efforts des pouvoirs publics pour réduire les dépenses de santé s'appliqueront donc, pour partie, aux soins psychiatriques.

Les soins hospitaliers représentent la moitié des dépenses de soins et biens médicaux<sup>2</sup>. L'impératif d'efficience passe donc, pour partie, par une rationalisation de la dépense hospitalière. Afin d'atteindre cet objectif, les thématiques du récent plan d'efficience et de performance du système de santé annoncent un « virage ambulatoire » assurant la promotion des alternatives à l'hospitalisation chaque fois que cela est possible. La réduction de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) des patients hospitalisés est l'objectif chiffré émanant naturellement de cette politique qui s'appliquera à l'ensemble des structures de soins, y compris dans le domaine de la santé mentale.

L'hospitalisation s'impose, en médecine, lorsque la densité de soin nécessaire pour un patient dépasse les capacités du système de soin ambulatoire. L'intensité symptomatologique lors de décompensations aiguës, la mise en place de procédures thérapeutiques complexes et/ou la nécessité d'une évaluation diagnostique poussée peuvent justifier une hospitalisation. Quelques soient les efforts réalisés en faveur d'une réduction de la DMS, un temps minimal et incompressible pour la réalisation des objectifs de soin est nécessaire. Une réduction de la durée d'hospitalisation d'un patient en-deçà de cette limite théorique entraînerait une diminution de la performance des soins à son égard. A l'inverse, une prolongation de l'hospitalisation au-delà de ce qui améliorerait son pronostic diminuerait l'efficience du système, c'est-à-dire augmenterait le coût sans en améliorer la performance.

En psychiatrie, il n'existe pas de recommandation des sociétés savantes permettant d'éclairer sur la durée d'hospitalisation nécessaire de chaque patient. Celle-ci est donc laissée à l'appréciation clinique du médecin en fonction de son expérience. La compréhension des facteurs explicatifs de la variabilité de la durée d'hospitalisation des patients permettrait aux cliniciens une meilleure optimisation de la durée d'hospitalisation à l'échelle individuelle. C'est

également un préalable nécessaire à la formulation de recommandations de bonnes pratiques sur ce sujet.

Pour essayer de répondre à cette problématique, nous débuterons cette thèse par un bref rappel historique concernant la genèse, en France, des hôpitaux psychiatriques afin d'en illustrer leur singularité. Nous détaillerons ensuite la littérature sur les différents facteurs pouvant faire varier la durée d'hospitalisation d'où nous essayerons de dégager des recommandations méthodologiques pour l'étude de la DMS.

Parmi les pathologies psychiatriques, l'épisode dépressif est le trouble de l'humeur le plus fréquent avec une prévalence vie entière dépassant les 21% en France (Kessler et Bromet, 2013). Bien qu'une minorité des patients souffrant d'épisodes dépressifs soient hospitalisés (Fagot et al., 2016), ceux-ci totalisent le deuxième plus grand nombre de journées cumulées d'hospitalisation (*c.f* chapitre I-iii). La variabilité importante de la sévérité symptomatologique des patients hospitalisés peut être appréciée à l'aide de questionnaires standardisés comme l'*Hamilton Depression rating scale* (HAM-D). Nous avons posé l'hypothèse que la sévérité symptomatologique était un facteur explicatif de la variabilité de la DMS des patients dépressifs. Nous présenterons en deuxième partie de cette thèse un travail original mené au sein de l'hôpital psychiatrique du Rouvray visant à étudier la corrélation entre la sévérité d'un Etat Dépressif Caractérisé (EDC) et la durée d'hospitalisation.



## **i. Historique de l'hôpital psychiatrique : de l'asile au secteur**

L'organisation des soins psychiatriques en France est indissociable, dans son expression moderne, de la volonté de promotion des soins ambulatoires. Toutefois, les hôpitaux psychiatriques présentent des particularités, tenant aux conditions de leur genèse, qu'il est nécessaire de prendre en compte lors de l'évaluation de la DMS des patients. Un bref rappel historique permettra d'éclairer ces singularités actuelles qui les différencient des établissements de santé somatique.

### *a- Des asiles aux hôpitaux psychiatriques*

L'origine de la psychiatrie médicale date du premier quart du 19<sup>ème</sup> siècle, dans le contexte des travaux de Philippe Pinel. Son observation d'un « reste de raison chez tout insensé » (Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1809) autorise le traitement moral de celui qu'on appellera désormais « aliéné »<sup>3</sup>. Ce changement de paradigme justifie la création, en France, des premiers asiles par la loi du 30 juin 1838 sous l'instigation du psychiatre Jean-Etienne Esquirol. Ces nouveaux établissements ont comme double objectif affiché de permettre un traitement humain et bienveillant de la folie et d'être un lieu de refuge pour les malades.

Dès l'origine, l'asile se définit comme une suppléance aux structures sociales ou au support familial en fournissant un lieu où les demandes sociétales sont moindres. Certains auteurs notent que cette fonction asilaire n'est pas synonyme du concept contemporain de réhabilitation (Lamb et Weinberger, 2016). En réalité, elle procure un lieu où le patient sera disponible à la réhabilitation. Le fonctionnement en synergie entre lieu de refuge et lieu de soin promouvant la ré-autonomisation est nécessaire pour limiter l'institutionnalisme – c'est-à-dire

---

<sup>3</sup> Pinel, Philippe « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale », Paris, 1809.

la dépendance à l'institution avec soumission à son autorité induisant apathie et évitement du monde extérieur.

L'intérêt devient également sociétal en offrant une alternative à la marginalisation ou à l'incarcération des individus lorsque la réhabilitation échoue à apporter un niveau suffisant d'autonomie. Malheureusement, et par suite d'une pression de la société civile en faveur de l'isolement des aliénés, l'institutionnalisation des malades psychiques devint la condition à leur traitement et non plus une des modalités possibles<sup>4</sup>.

La révolution pharmacologique et la diffusion des soins psychiatriques vers des patients présentant une sévérité moindre a permis l'amorce du mouvement de désinstitutionalisation à partir des années 1950 (Engstrom, 2012). C'est à cette époque que les troubles mentaux ont complètement intégrés le champ de la maladie comme le suggère l'inclusion de la santé mentale dans la définition de la santé par l'OMS (1946).

Les conditions de création des premiers établissements de santé mentale les ont donc, à l'origine, conduits à prioriser une fonction de refuge pour les patients et de protection de la société. Ce sont les évolutions thérapeutiques qui ont permis à la fonction de soin de devenir l'objectif principal de l'hôpital psychiatrique contemporain. Cependant, ces établissements sont les héritiers des asiles et, à ce titre, offrent aux patients, une soustraction temporaire aux stress environnementaux. Cette fonction pourrait justifier l'observation fréquente d'un apaisement rapide de la symptomatologie de certains patients dès l'admission avec rechute rapide après la sortie mais la valeur thérapeutique intrinsèque de l'hôpital psychiatrique n'a jamais été directement évaluée, à notre connaissance.

L'évaluation de la DMS en psychiatrie, pour être valide, ne peut donc s'en tenir aux variables cliniques et anamnestiques liées à la pathologie dont souffre le patient. Elle doit

---

<sup>4</sup> Guelfi Julien-Daniel et Rouillon, Frédéric « Manuel de psychiatrie, 2<sup>ème</sup> édition », Elsevier Masson, 2012.

prendre en compte les facteurs de stress environnementaux et les variables socio-démographiques influant sur la résilience des patients pour lesquels la fonction asilaire est toujours pertinente. L'offre de soin locale en termes de réhabilitation psycho-sociale doit également être évaluée car elle peut fournir une alternative à la poursuite de l'hospitalisation.

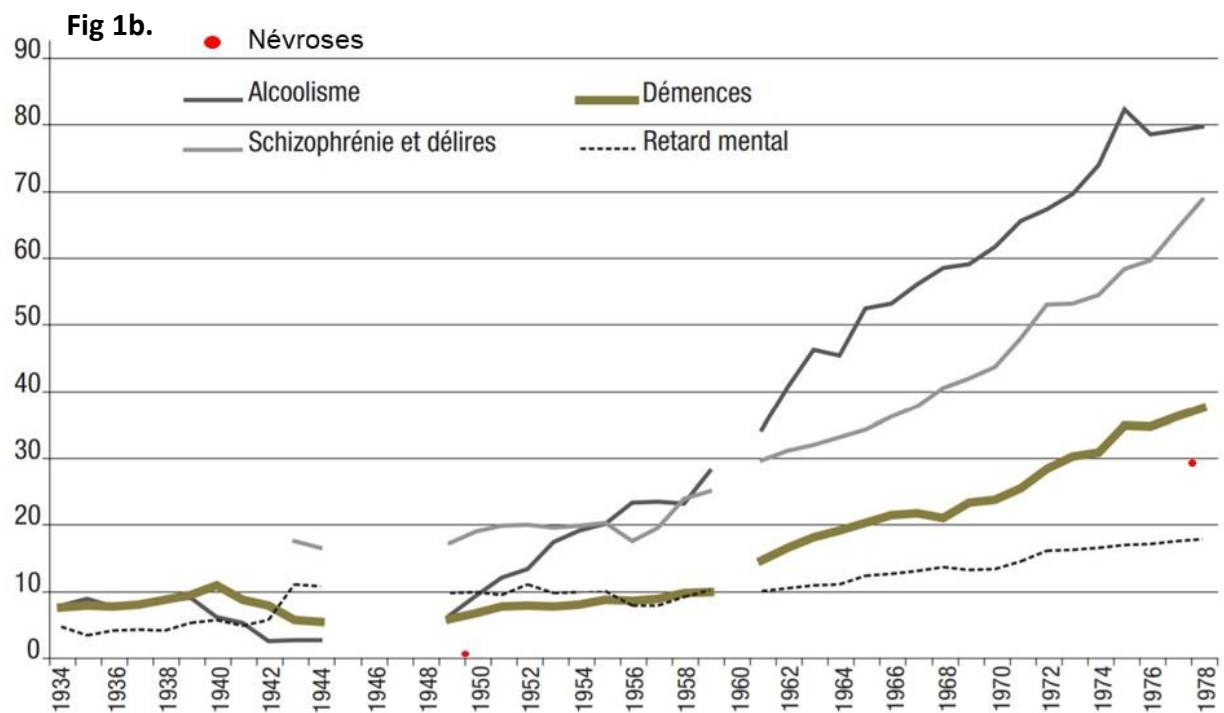
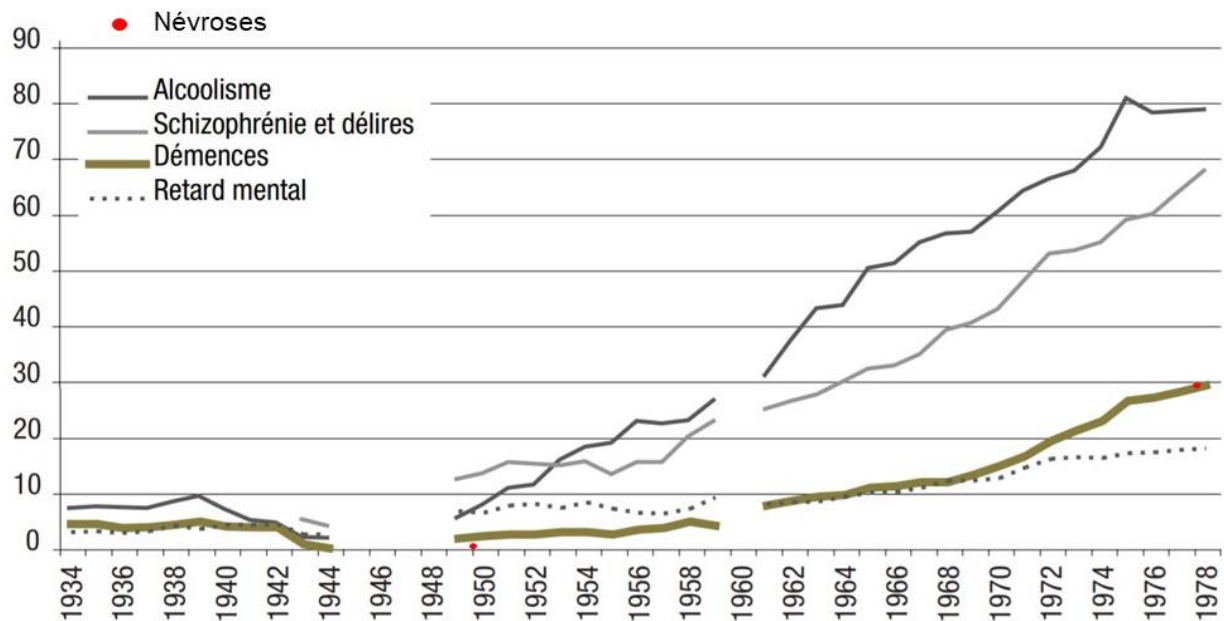
*b- Le virage ambulatoire précoce de la psychiatrie française*

En France, le fonctionnement moderne du secteur public psychiatrique est indissociable de la politique de sectorisation initiée par la circulaire du 15 mai 1960. Ce texte emblématique de la psychiatrie française prend place dans un contexte de progrès thérapeutiques majeurs. L'invention en une décennie des premiers antidépresseurs (Iproniazide en 1952, Imipramine en 1957), des premiers antipsychotiques (Chlorpromazine en 1952), et l'observation des propriétés thymorégulatrices des sels de lithium (en 1949 mais avec une définition plus tardive de l'intervalle thérapeutique) fondent les principes toujours en vigueur de la psychopharmacologie. Ces molécules autorisent le traitement médical « d'aliénés » devenus à cette époque « patients ». Leur rémission permet la fin du confinement ce qui est illustré par une augmentation du renouvellement des patients dans les hôpitaux (fig. 1). La poursuite du traitement, ou même son initiation, peut désormais avoir lieu en ambulatoire.

L'essor des psychotropes puis les progrès des psychothérapies offrent également des possibilités de soin pour des pathologies où le temps de soin majeur sera ambulatoire car :

- (i) L'objectif thérapeutique est la rémission syndromique, illustré par les troubles de l'humeur ;
- (ii) L'impact en termes de handicap est compatible avec une bonne adaptation socio-professionnelle, particulièrement les troubles anxieux ;
- (iii) L'hospitalisation ne doit être qu'un temps limité de la prise en charge dans l'exemple des troubles de la personnalité.

Pour exemple, en 2011 en France, près d'un million de personnes ont initié un traitement antidépresseur et seuls 3% d'entre eux ont été hospitalisés dans les 12 mois (Fagot *et al.*, 2016).



**Figure 1. Renouvellement des patients hospitalisés en psychiatrie, de 1934 à 1978, classés par diagnostic. 1a. Taux de patients admis pour 1000 000 habitants. 1b. Taux de patients sortis pour 100 000 habitants.** Adapté de Coldefy, M. (2007) La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques. (p. 138). Disponible en ligne sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.

La politique de secteur prend acte de ces évolutions et définit un modèle organisationnel où des dispensaires en hygiène mentale appelés Centre Médico Psychologiques (CMP) prennent une place pivot dans l'articulation des soins. Ces centres de consultation ont un rôle de prévention, de dépistage et de soin puis de prévention des rechutes, au plus proche de la communauté du patient. Ils dépendent au sein d'une aire géographique d'un service hospitalier – les médecins travaillant théoriquement dans les deux lieux et assurant ainsi une continuité des soins. Dans ce nouveau modèle, plus équitable en termes d'accès au soin à l'échelle du territoire, l'hospitalisation devient une étape éventuelle du parcours de soin et non la seule condition au traitement des patients. Elle doit être évitée ou écourtée lorsqu'un suivi ambulatoire est jugé suffisant.

Cette organisation des soins, préfigurant dès les années 60 le virage ambulatoire contemporain a fait preuve de résilience. Ce modèle est toujours en activité et assume encore la majeure partie du coût des soins psychiatriques (Chevreul *et al.*, 2013), avec une certaine disparité régionale en fonction de l'offre de soins privés. Le secteur possède un budget commun pour l'hospitalisation et les structures ambulatoires. Ces deux temps de la prise en charge entrent donc en compétition en cas de pression sur les ressources. Les moyens alloués aux CMP et autres structures ambulatoires ont donc un impact sur la DMS, puisqu'ils influenceront sur la décision de poursuite ou non d'une hospitalisation chez un patient en rémission partielle.

## ii. Revue des variables associés à la DMS en psychiatrie

Une première partie de cette revue de littérature s'attachera à évaluer l'impact de la durée d'hospitalisation sur la qualité des soins. Puis, nous synthétiserons les nombreuses études menées sur un modèle rétrospectif retrouvées dans la littérature. Nous détaillerons plus précisément les études prospectives dont le *design* s'apparente à notre l'étude. Enfin nous illustrerons la grande variabilité de la DMS en psychiatrie en fonction des institutions malgré le caractère constant de certaines variables explicatives.

### a- *Durée d'hospitalisation et risque de ré-hospitalisation*

Le temps hospitalier offre, comme nous l'avons vu, une plus grande densité de soins avec une présence constante de l'équipe soignante. Un allongement de la DMS, et donc de l'exposition du patient à cette plus forte densité de soin, pourrait être considéré comme un facteur pronostic positif. La réduction de la DMS, sur des arguments économiques, serait donc éthiquement discutable en terme médical. Elle exposerait au risque de « *revolving door syndrome* », soit la ré-hospitalisation rapide d'un patient sorti trop précocement avec une symptomatologie insuffisamment améliorée.

Les données de la littérature sont hétérogènes quant à l'effet pronostic de la durée d'hospitalisation en elle-même. Une méta-analyse Cochrane conclue que les projets d'hospitalisations courtes n'induisent pas de hausse des ré-hospitalisations ni de dégradation des autres facteurs pronostics (Babalola *et al.*, 2014) par rapport aux soins standards. Néanmoins, les conclusions de cette méta-analyse se basent sur des études limitées en nombre et en qualité avec en particulier une variabilité de la définition d'une hospitalisation courte (allant de  $\geq 7$  jours à  $\geq 28$  jours). De plus, la méta-analyse inclue essentiellement des études anciennes (antérieures à 1980) réalisées avant la commercialisation des antidépresseurs et

antipsychotiques de seconde génération. Les algorithmes thérapeutiques utilisés ne sont donc pas généralisables à la pratique actuelle.

Plus récemment, deux études ont mesuré l'impact de l'organisation de service hospitaliers en faveur des séjours plus courts sur le risque de ré-hospitalisation.

- La première équipe montre que la DMS plus courte de l'unité « court séjour » (de 20,2 à 6,2 jours) par rapport à l'unité « traditionnelle » ne s'accompagne pas d'un surrisque de ré-hospitalisation à 36 mois sauf pour le sous-groupe de patients psychotiques (Thomas *et al.*, 1996).
- La seconde montre que la réorganisation d'un service avec mise en place d'hospitalisations de jour réduit effectivement la durée des hospitalisations à temps plein sans augmenter le taux de ré-hospitalisation à un mois. Les auteurs ne constatent pas de modification significative de la sévérité symptomatologique des patients en fonction du temps. En revanche le niveau de fonctionnement socio-professionnel des patients hospitalisés après la mise en place du programme est moins bon (Lieberman *et al.*, 1998).

Plus récemment, et de manière contradictoire, il a été retrouvé une corrélation inverse entre la durée de séjour et le risque de ré-hospitalisation à un mois (Figuerola *et al.*, 2004). Ces données sont limitées à des hospitalisations de moins de 10 jours (7,09 jours en moyenne) avec un effet non linéaire : le risque semble maximal pour les hospitalisations très courtes mais paraît s'atténuer par la suite. De plus, Wickizer et Lessler ont observé en 1998 un plus fort taux de ré-hospitalisation lorsque la durée de séjour de patients (souffrant d'EDC et/ou d'addiction à l'alcool) était réduite du fait d'une politique d'optimisation des ressources (Wickizer et Lessler, 1998).

A notre connaissance, le seul autre facteur associé à un surrisque de ré-hospitalisation dans la littérature est une plus longue durée de l'hospitalisation index, sans que les suivantes n'aient d'effet pronostics (Gastal *et al.*, 2000; Zhou *et al.*, 2014; Tulloch *et al.*, 2016). Ces résultats ont été partiellement répliqués lors d'une étude prospective récente analysant spécifiquement une large population de patients primo-hospitalisés (Barros *et al.*, 2016) avec un suivi sur 8 ans des ré-hospitalisations. Dans cette étude, toute chose égale par ailleurs, la durée de cette première hospitalisation n'était pas associée au risque de ré-hospitalisation. Elle était, cependant, associée à des diagnostics plus sévères eux-mêmes indépendamment associés à un plus fort risque de ré-hospitalisation. On note, dans cette étude, que les durées d'hospitalisations très courtes (d'un ou deux jours) sont associées à un moindre risque de ré-hospitalisation, contrairement à l'étude de Figueroa citée plus haut.

Ces études sont limitées en nombres et difficilement comparables en raison de contextes locaux disparates mais il nous semble possible de dégager la tendance suivante :

- La réduction de la DMS à l'échelle d'une unité de soin dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent n'augmente pas le risque de ré-hospitalisation ;
- Il est plus difficile de statuer sur l'effet de la durée d'hospitalisation sur le risque de ré-hospitalisation à l'échelle du patient. Néanmoins, une hospitalisation raccourcie pour des motifs économiques semble être un facteur pronostic négatif.

Sous réserve du faible niveau de preuve dans la littérature, il n'y a donc pas d'éléments de certitude en faveur d'un effet pronostique négatif d'un objectif de réduction de la DMS à condition que celui-ci s'intègre dans un projet de soin cohérent.

#### *b- Variables associées à la DMS en psychiatrie*

Une revue systématique de littérature publiée en 2011 analyse spécifiquement les variables associées à la DMS dans les unités de psychiatries aux Etats-Unis (Tulloch *et al.*,



2016). Les publications datant de 1976 et 2008 ont été systématiquement examinées et 17 articles ont finalement été retenus totalisant 20 analyses de régression. Parmi celles-ci, comme présenté dans la figure 2, on observe une hétérogénéité importante des DMS ainsi que de la nature des structures de soin.

Etude	N	Année de publication	Âge moyen (SD)	Lieu de recrutement	Durée de séjour en jours (SD)
Kato et al. (1995)	41	-	35 (15)	<sup>a</sup>	21 (13)
Blais et Baity (2005)	74	-	47 (18)	<sup>b</sup>	-
Compton et al. (2006)	146	2003-2004	37 (18)	<sup>c, d</sup>	7 (3)
Greenfield et al. (1989)	253	1983-1984	38 (15)	<sup>c, e</sup>	15
Kirshner and Johnson (1985)	358	1977-1978	33	<sup>a, c, f</sup>	25
Bezold et al. (1996)	400	1992-1993	50	<sup>a</sup>	12
Huntley et al. (1998)	760	1995	36 (11)	<sup>e</sup>	16 (18)
Boelhouwer et Rosenberg (1983)	765	1976	-	<sup>a</sup>	19
Brock et Brown (1993)	1019	1987-1989	40 (8)	<sup>a</sup>	-
Lyons et al. (1991)	1336	1988-1989	35 (12)	<sup>a, c</sup>	31 (43)
Lave et Frank (1990a)	27087	1981-1984	31-33	<sup>a, e</sup>	12
Frank et Lave (1986)	3335	1981	33 (14)	<sup>a</sup>	-
McLay et al. (2005)	6366	1993-2001	-	<sup>a</sup>	7
Freiman et al. (1989)	50321	1984-1985	-	<sup>g</sup>	7 (9)
Rupp et al. (1985)	11513	1976-1980	-	<sup>a</sup>	7-17 <sup>1</sup>
Wallen (1987)	38972	1977	33	<sup>a</sup>	13
Stern et al. (2001)	58821	1980-1992	39 (15)	<sup>a</sup>	95

**Fig 2 : Hétérogénéité des durées d’hospitalisation et des structures de soins psychiatriques dans l’étude.** Adapté de Tulloch *et al.* (2011). Lieu de recrutement : <sup>a</sup>Unité de psychiatrie d’hôpital général ; <sup>b</sup>Unité de psychiatrie en milieu fermée ; <sup>c</sup>Hôpital universitaire ; <sup>d</sup>Unité de long séjour ; <sup>e</sup>Hôpital psychiatrique ; <sup>f</sup>Admissions volontaires ; <sup>g</sup>Unité d’hospitalisation non spécialisée en psychiatrie. <sup>17</sup> sevrages en alcool ; 13 névroses ; 17 psychoses

Les auteurs classent les variables étudiées selon leur nature socio-démographique, clinique ou liée au lieu de soin. Dans cette méta-analyse, les variables démographiques associés à une augmentation de la DMS sont le sexe féminin malgré un effet modeste (retrouvé 11 fois sur 18 analyses dans lequel le sexe était inclus, 11/18), alors que les sujets mariés (5/10) ou purgeant une peine carcérale (3/4) présentent une DMS plus courte. L’effet de l’âge est plus difficile à étudier car il ne semble pas linéaire avec une DMS la plus courte pour les sujets d’âge

moyen (12/20). Les deux facteurs cliniques associés à une diminution de la DMS sont une sortie contre avis médicale (4/4), un diagnostic de schizophrénie ou autre psychose (11/20) et une comorbidité addictive (2/5). Enfin, la présence d'une comorbidité médicale semble allonger la DMS mais cette variable, comme la variable comorbidité addictive, est peu étudiée (2/5). Considérant le lieu de soin, les auteurs observent une augmentation de la DMS dans les hôpitaux de plus grande taille (6/7 avec un effet non linéaire pour une étude). Les résultats concernant le nombre de psychiatres par patients et le statut universitaire ou non de l'unité sont contradictoires. Certaines études associent ces variables avec une augmentation de la DMS, d'autres avec une réduction.

Cette revue systématique montre quelques-unes des difficultés rencontrées lors de l'évaluation des variables associées à la durée d'hospitalisation en psychiatrie. Les études sélectionnées sont uniquement états-uniennes, mais cela ne suffit pas pour tendre vers une homogénéisation des organisations de soin et des populations. Au contraire, on observe des structures de diverses natures et les DMS observées y sont très variable. C'est donc sans surprise que l'on observe des associations inconstantes et une direction de l'effet parfois contradictoire. Cette variabilité des résultats est très probablement aggravée par des tailles de cohortes très hétérogènes. D'autre part, certaines variables n'ont été que peu étudiées.

Les études inclus étant limitées aux Etats-Unis et aux travaux précédent 2011, nous l'avons complété par notre propre revue de littérature. Nous avons utilisé les mots clés « *length of stay* » et « *psychiatry* » dans le moteur de recherche *Pubmed*<sup>5</sup> interrogeant la base de données *Medline*. Les propositions d'articles similaires à ceux jugés pertinents ont également été explorés. Seules les publications de langue anglaise explorant la durée d'hospitalisation de patients en unité spécialisée en psychiatrie adulte ont été conservées. La grande majorité des

---

<sup>5</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

articles sélectionnés traitaient d'études rétrospectives. Les variables associées à la durée d'hospitalisation en psychiatrie sont résumées dans la figure 3. Les références des études sont indiquées en annexe.

Concernant les variables démographiques, un âge élevé est le facteur le plus souvent retrouvé associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation. La présence de comorbidités somatiques, la nécessité d'une titration plus prudente des psychotropes, des difficultés liées à l'autonomie lors du retour à domicile voire la nécessité de transfert vers des établissements d'hébergements semblent expliquer ces observations.

Le célibat est également retrouvé plusieurs fois associé à un allongement de la DMS. Il s'agit d'un marqueur d'isolement social, lui-même facteur de mauvais pronostic en psychiatrie (Vink *et al.*, 2008; Hölzel *et al.*, 2011; Vázquez Morejón *et al.*, 2018).

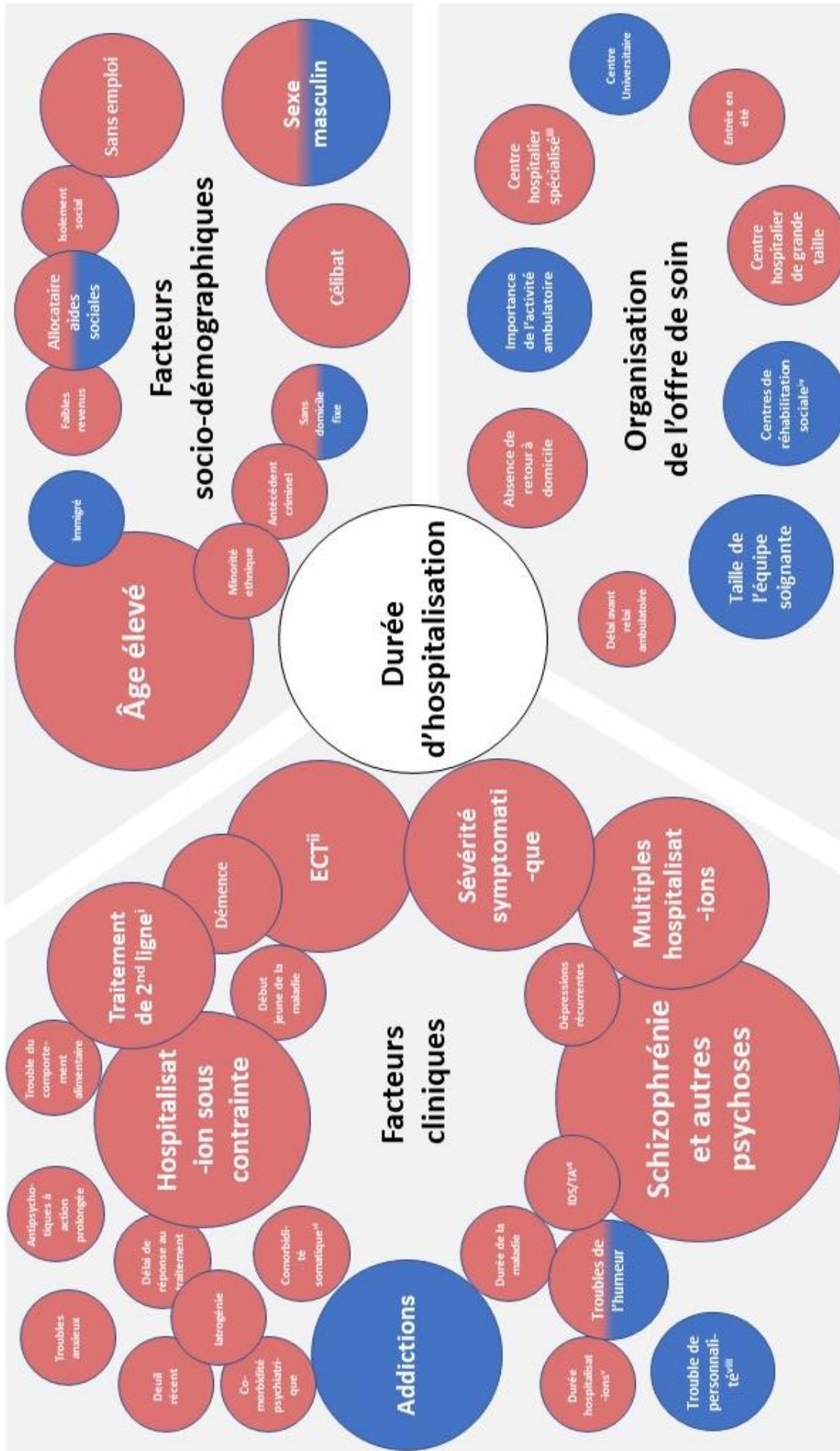
Enfin, l'effet du statut socio-économique sur la DMS des patients est plus équivoque. Le sens de l'effet doit être interprété en fonction du système de protection social et de financement des hôpitaux de chaque pays.

Les variables cliniques et anamnestiques sont les plus souvent cités dans la littérature. Un diagnostic de schizophrénie (ou autre trouble délirant chronique) est le plus fréquemment rapporté comme associé à une augmentation de la DMS. Cela peut être interprété comme une marque de la sévérité importante de ces pathologies dont les patients présentent un faible taux de rémission fonctionnelle (Jobe et Harrow, 2005).

Plusieurs autres variables cliniques associées à une augmentation de la DMS sont des marqueurs directs ou indirects de sévérité symptomatologique. On peut citer les hospitalisations sous contrainte, les mesures thérapeutiques de 2<sup>ème</sup> ligne ou le nombre élevé d'hospitalisation dans les antécédents.

Une comorbidité addictive est plusieurs fois retrouvée comme réduisant la durée d'hospitalisation. L'expérience montre qu'un sous-groupe de ces patients présentent une résolution de leur symptomatologie dès la fin de l'intoxication aiguë permettant une sortie précoce d'hospitalisation (Breslow *et al.*, 1996; Chai *et al.*, 2013). Les prises en charge hospitalières longues centrées sur cette pathologie – type postcure – ne sont habituellement pas effectuées dans les unités de psychiatrie standard et n'ont donc pas été incluses dans la revue.

Concernant l'organisation de l'offre de soin, il est notable que la DMS des patients soit inversement proportionnelle à l'activité ambulatoire des services et à la disponibilité de structures de réhabilitation psycho-sociale, c'est-à-dire à la possibilité d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet.



Facteurs cliniques associé à une diminution de la DMS

Facteurs cliniques associé à une augmentation de la DMS

**Figure 3. Revue de littérature : variables influençant la DMS en psychiatrie. La liste des sources bibliographique utilisées pour la réalisation de cette figure est consultable en annexe. La taille des cercles est proportionnelle au nombre d'article impliquant ce facteur de variabilité** Selon les études, utilisation de trois (ou plus) classes médicamenteuses, de Clozapine ou de stratégies antidépresseuses de seconde ligne ; <sup>14</sup>Unité au sein d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et non unité psychiatrique d'un hôpital général ; <sup>15</sup>Offre de indusoin locale ;

c- *Détail des études prospectives analysant la durée moyenne de séjour en psychiatrie*

Les études conçues sur un modèle rétrospectif sont souvent privilégiées du fait de leur faible coût. Elles interrogent les bases de données informatisées des hôpitaux concernés et présentent donc des biais de recrutement et d'information qui en limitent la validité.

Un modèle d'étude prospectif est considéré comme de meilleure qualité pour les études épidémiologiques. En effet, il s'affranchit, pour partie, de ces biais. Les données obtenues sont plus fiables et donc plus aisément généralisables. Seules trois études prospectives analysant les variables associées à la DMS en psychiatrie ont été retrouvées dans la littérature. Leur supériorité méthodologique justifie une analyse plus détaillée.

La plus ancienne est datée de 2007. Les auteurs ont recruté 67 patients hospitalisés consécutivement dans l'unité de psychiatrie d'un centre hospitalier universitaire à Taïwan. Le critère d'inclusion était un EDC sans caractéristiques psychotiques. Les auteurs ne retrouvent pas d'association entre la sévérité à l'admission et la durée d'hospitalisation. La durée de l'épisode n'est pas non plus associée à l'augmentation de la DMS chez ces patients. Après analyse de régression logistique, le sous-groupe de patient hospitalisé plus de 25 jours présente plus fréquemment des antécédents familiaux de troubles de l'humeur et un nombre plus important d'épisodes dépressifs. Malheureusement, tant d'un point de vue de la validité statistique qu'à fin de comparaison avec les données de la littérature, le détail des variables testées n'est pas précisé dans le texte (Cheng *et al.*, 2007). La puissance de cette étude est limitée par la taille modérée de son effectif.

Dans la seconde étude, Rocca et collaborateurs ont inclus 310 patients hospitalisés consécutivement dans un service universitaire de Turin (Italie). Les patients présentaient des troubles de l'humeur (uni- ou bipolaire) et des troubles psychotiques (schizophrénies et autres délires chroniques). Les diagnostics étaient réalisés par deux cliniciens en fonction des critères

du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition, text revision*, (DSM-IV-TR). Ils évaluaient également la sévérité symptomatique à l'aide de la *Brief Psychiatric Rating Scale* alors que les variables socio-démographiques étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire semi-structuré. Le recrutement comprend 195 patients (62,9%) présentant un EDC, 40 (12,9%) un trouble bipolaire et 75 (24,2%) un trouble psychotique. Dans cette étude, les patients EDC présentent une DMS significativement plus longue que les patients psychotiques (11 vs 12,9 jours,  $p = 0,008$ ) et l'intensité de la symptomatologie dépressive corrèle positivement avec la durée d'hospitalisation. Il s'agit d'une donnée singulière, puisque l'intégralité des études rétrospectives retrouvent le diagnostic de schizophrénie ou de trouble psychotique comme associés à une augmentation de la DMS. De manière également étonnante au vu de son association fréquente retrouvée dans les études rétrospectives, il n'est pas observé d'association entre l'âge et la durée de séjour (Rocca *et al.*, 2010).

Enfin, l'étude de Dimitri et collaborateurs est la plus ambitieuse des trois. Il s'agit d'un travail multicentrique à l'échelle européenne. Dans 57 centres hospitaliers, 7302 patients ont été recrutés consécutivement sur une durée de 14 mois (Dimitri *et al.*, 2018). Malheureusement, aucun établissement Français n'était représenté. Les variables significativement associées à une hausse de la DMS dans ces travaux sont les suivantes :

- Pour les variables démographiques, l'absence d'éducation supérieure, l'absence d'une activité professionnelle, le fait de vivre seul, l'absence d'entourage social, être bénéficiaire d'allocations sociales sont associés à une augmentation de la durée d'hospitalisation. Le sens de l'association varie en fonction du pays pour les patients sans domicile fixe. En revanche, il n'est pas montré de corrélation entre la durée d'hospitalisation et l'âge, le genre, le statut marital ou le statut de migrant.
- Pour les variables cliniques et anamnestiques, le diagnostic de psychose, une 1<sup>ère</sup> hospitalisation pour le patient, une hospitalisation sous contrainte et un score élevé

à la *Clinical Global Impression severity scale* sont significativement associés à une augmentation de la DMS des patients inclus. La comorbidité addictive n'est pas associée à la durée d'hospitalisation.

Bien que les conclusions tirées par cette étude paraissent solides du fait de son caractère prospectif, multicentrique et de la taille de l'échantillon, le recueil des variables cliniques sont limitées. En particulier aucune analyse fine de la sévérité symptomatologique n'a été effectuée.

En somme, de nombreuses variables cliniques, socio-démographiques ou liées au lieu de soin ont été montrées comme associées à la DMS dans la littérature. Néanmoins, les associations ne sont pas constamment répliquées et le sens de l'association est parfois différent selon les études.

On peut avancer l'hypothèse que cette hétérogénéité des résultats est le reflet de la diversité :

- i) Des populations étudiées du fait de leurs nationalités, des diagnostics représentés et de leurs caractéristiques socio-économiques ;
- ii) Des structures d'inclusion qui peuvent être des unités universitaires ou non, au sein d'hôpitaux généraux ou d'hôpitaux psychiatriques avec une variabilité de l'offre de soin ambulatoire locale ;
- iii) Des paradigmes de recherches avec des études où l'inclusion et les évaluations sont effectuées par des praticiens dédiés et d'autres où les données sont issues de requêtes sur le système informatique.

De plus, le détail des analyses statistiques réalisées n'est généralement pas précisé. Pour beaucoup d'études, seules les variables significativement associées à la DMS sont publiées sans qu'il ne soit possible de définir si une variable n'apparaissant pas dans la publication n'a pas été inclus dans l'analyse ou si l'analyse ne montrait pas d'association statistique. De fait, la



majorité des variables ne sont citées que dans un petit nombre d'études ce qui limite les possibilités de comparaison et ne permet pas d'estimer la problématique des tests multiples.

Les modèles prédictifs construits à partir de ces variables n'expliquent qu'une part minoritaire (entre 17 et 37%), de la variance de la durée hospitalisation des patients (Blais *et al.*, 2003; Jiménez *et al.*, 2004). Pris dans leur ensemble, ces différentes variables clinico-démographiques n'expliquent qu'une part de la variabilité de la DMS. Une portion de la variance est « manquante » au regard des données de la littérature.

Les variables associées à la DMS en psychiatrie sont majoritairement étudiées à l'échelle du patient : ses caractéristiques cliniques et socio-démographiques propres et leur influence sur la variabilité de la durée d'hospitalisation. Ce qui ne tient pas compte de l'existence d'une variabilité majeure de la DMS entre les services hospitaliers de différents pays – dont les pratiques sont pourtant théoriquement fondées sur une même littérature scientifique internationale.

Pour tenter d'éclairer cette variabilité, nous allons revenir en détail sur les déterminants de la DMS en Italie et au Japon. Ces deux pays représentent les deux pôles extrêmes de cette variabilité de la DMS en psychiatrie entre nations puisqu'ils présentent les DMS respectivement la plus courte et la plus longue des pays développés.

*d- Variabilité de la DMS en psychiatrie entre pays. Exemples du Japon et de l'Italie.*

L'étude de Dimitri et collaborateurs est un exemple frappant de la variabilité de la DMS entre pays présentant des caractéristiques socio-culturelles relativement proches. La DMS varie du simple au triple : 17,9 jours en Italie à 55,1 jours en Belgique. Plusieurs centres hospitaliers de chaque pays sont inclus dans l'étude, il ne s'agit donc pas de valeurs extrêmes issues d'un service aux pratiques non représentatives de celles du reste du pays.

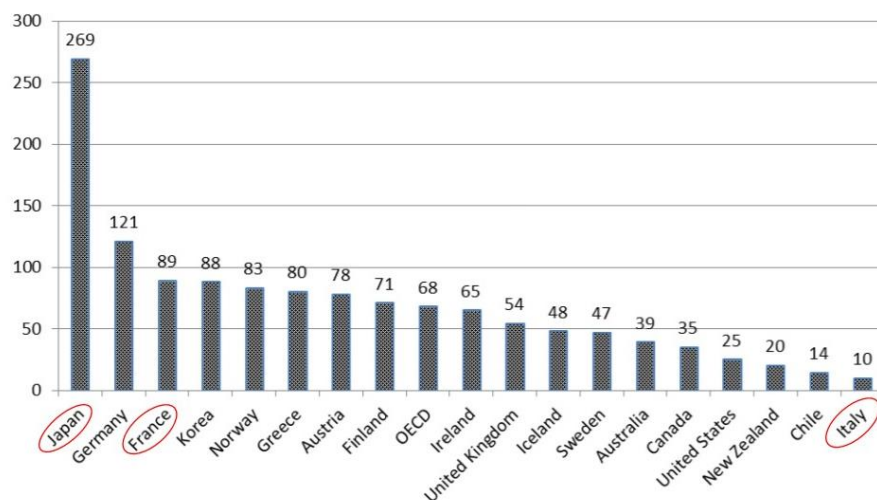
Cela pose la question de l'importance des habitudes de pratiques, des politiques de soins locales et du contexte historique national dans lequel se situe l'hôpital psychiatrique.

L'Italie est le pays présentant la DMS en psychiatrie la plus courte des pays développés. Cet état de fait est indissociable du contexte historico-politique dans lequel la psychiatrie italienne moderne c'est construit.

Au sein de la communauté scientifique italienne du début du 19<sup>ème</sup> siècle, on observe une place prépondérante de l'organicité pour théoriser les maladies mentales (Babini, 2014). C'est ce postulat qui a soutenu localement la théorisation de l'anthropologie criminelle – aujourd'hui largement décriée – mais également l'invention de l'électro-convulsivothérapie, stratégie thérapeutique qui a depuis prouvé son efficacité. Dans le contexte de la montée du fascisme, ce cadre théorique a été dévoyé pour justifier l'isolement et l'obligation de soins des patients souffrant de maladies psychiatriques. Considérer ces personnes comme biologiquement différentes faisait écho aux théories eugéniques de l'époque.

Les théories psychodynamiques n'ont pénétré que tardivement en Italie, parallèlement à la révolution médicamenteuse des années 1950 dans un contexte de démocratisation de la société civile (Babini, 2014). Dans cet environnement, les asiles étaient considérés comme un reliquat du fascisme. Sous l'impulsion du psychiatre et directeur d'asile Franco Basaglia, plusieurs expérimentations locales de désinstitutionalisation avec intégration des patients dans la société ont vu le jour. Ces initiatives régionales ont conduit à un mouvement socio-politique de fermeture des asiles à partir de la loi 180 de 1978. Dans l'Italie de l'après-guerre, les asiles ont été assimilés aux camps de concentrations. Il était donc de la responsabilité éthique de la société civile de les fermer (Foot, 2014).

Cette prise de position politico-médicale contraste avec le reste de l'Europe occidentale où, à l'exemple de la France, les asiles ont progressivement évolué vers les hôpitaux psychiatriques modernes. En Italie, ils ont été remplacés par de petites unités de soin aigüe au sein des hôpitaux généraux (Pycha *et al.*, 2011). Néanmoins, le décès prématuré du Dr Basaglia, principal inspirateur de cette réforme, et les difficultés économiques des années 1980 ont entravé le développement d'alternatives ambulatoires aux asiles : le budget de la psychiatrie a constamment diminué et les personnels des asiles ont été très peu formés lors de leurs transferts vers les centres ambulatoires (Burti et Benson, 1996). Si le système de soin psychiatrique italien a permis une indéniable réintégration des patients dans la société et a eu une influence notable dans toute l'Europe, il fait porter un poids important aux familles et il est suspecté, selon l'hypothèse Penrose, que cela ait favorisé une augmentation des incarcérations (Barbui *et al.*, 2018).



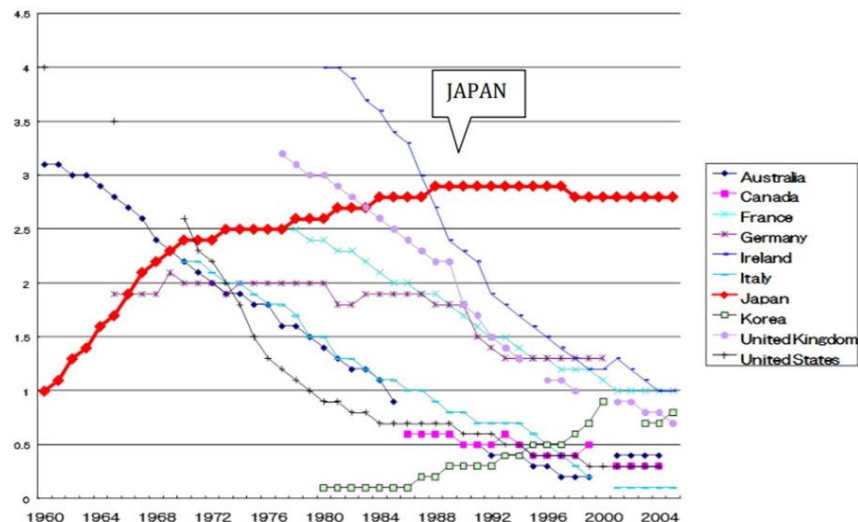
**Figure 4. Lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 habitants parmi les pays de l'OECD en 2012.** (Kanata, 2016) à partir de données de l'*Organization for Economic Co-operation and Development*

Par contraste, le Japon présente le plus grand nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie par habitants à l'échelle mondiale (fig. 4). La DMS des patients y est également la plus longue (272 jours). Le *pattern* des diagnostics des patients en 2012 paraît similaire à celui des hôpitaux psychiatriques Français des années 1950 avec une surreprésentation des patients présentant une

schizophrénie (57,4 %) alors que les troubles de l'humeur sont peu présents (10,3%) (Kanata, 2016). La majorité des patients (71%) sont hospitalisés pour une durée supérieure à un an, avec dans ce sous-groupe une DMS de 8,5 ans (Oshima *et al.*, 2003). Ces hospitalisations à très long terme semblent être secondaires à un manque de structures de soins médico-sociaux ambulatoires puisque 60% des patients souhaiteraient une sortie d'hospitalisation et 30 à 60% des patients présenteraient une symptomatologie compatible avec une réintégration dans leur communauté selon leurs psychiatres (Oshima *et al.*, 2003).

Tout comme dans l'exemple italien, cette DMS est également explicable par le contexte politico-historique particulier de la création de la psychiatrie hospitalière au Japon. Celle-ci était inexistante lors de la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle. La gestion des patients était alors laissée à la charge des familles et non médicalisée. L'archipel a connu un développement tardif mais massif des hôpitaux psychiatriques à partir des années 1950, alors que le processus de désinstitutionalisation en Europe s'amorçait. La croissance du nombre de lit d'hospitalisation a été continue tout au long de la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, contrairement aux autres pays développés (Fig. 5).

Cette hypertrophie du secteur hospitalier a été soutenue par le financement public de nombreux établissements privés de santé au détriment de structures de soin communautaires ou de réhabilitation psycho-sociales. Par ailleurs, les mécanismes de financement favorisaient les hospitalisations longues et sous-contraintes. La politique de désinstitutionalisation a été très tardive et partielle au Japon avec des freins de la société civile secondairement à des faits divers très médiatisés impliquant des patients souffrant de maladies mentales (Kanata, 2016).



**Figure 5. Evolution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 habitants de 1960 à 1998.** Extrait de Kanata, 2016, à partir de données de l'OECD

Plusieurs équipes de recherche tant japonaises qu'italiennes se sont intéressées aux variables associées à la DMS des patients en psychiatrie. Les résultats sont synthétisés dans le tableau 1. Ces études ont des conceptions hétérogènes et les conclusions que l'on peut tirer de leurs comparaisons sont donc limitées. Néanmoins quelques points de similitude se dégagent. Dans les deux populations, les marqueurs de chronicité de la maladie (dépressions récurrentes, hospitalisations itératives...), les marqueurs de sévérité de l'épisode (utilisation de stratégies thérapeutiques de seconde ligne, hospitalisations sous contrainte...) et un projet de transfert vers une structure de réhabilitation psycho-sociale sont associés à un accroissement de la DMS des patients.

On peut former l'hypothèse que des facteurs historiques, culturels et politiques expliquent une part majeure de la DMS en psychiatrie à l'échelle du pays. Dans le même temps, des variables socio-démographiques, anamnestiques et cliniques expliquent la variance de la durée d'hospitalisation à l'échelle individuelle.

	Italie	Japon
Caractéristiques socio-démographiques	↗ Célibat <sup>1</sup>	↗ Âge <sup>3</sup>
		↘ Activité professionnelle <sup>5</sup>
		↘ Allocataire aide sociale <sup>4</sup>
Anamnèse & clinique	↗ Hospitalisation sous contrainte <sup>1</sup>	↗ Hospitalisation sous contrainte <sup>3,4,5</sup>
	↗ ≥ 3 hospitalisations <sup>1</sup>	↗ Dépression récurrente <sup>5</sup>
	↗ Diagnostic d'épisode dépressif <sup>2</sup>	↗ Deuil récent <sup>5</sup>
	↗ Intensité de la symptomatologie <sup>2</sup>	↗ Séjour en chambre d'isolement <sup>3</sup>
	↗ Présence de symptômes psychotiques <sup>1</sup>	↗ Faible fonctionnement socio-professionnel <sup>3</sup>
	↗ Absence d'abus-dépendance <sup>1</sup>	↗ EDC intensité modérée à sévère <sup>5</sup>
		↗ EDC avec caractéristiques mélancoliques <sup>5</sup>
Thérapeutique	↗ ≥ 3 classes pharmacologiques prescrites <sup>1</sup>	↗ Prescription d'électroconvulsivothérapie <sup>2,3</sup>
		↗ Prescription de tricycliques, tétracycliques ou sels de lithium <sup>3</sup>
Organisation de l'offre de soin	↗ Transfert vers une structure de réhabilitation <sup>1</sup>	↗ Transfert vers une structure de réhabilitation <sup>3</sup>
		↘ Importance de l'activité de consultation de l'hôpital <sup>4</sup>
		↗ Taille de l'hôpital <sup>3,4</sup>
		↘ Ratio soignants/patients <sup>4</sup>
		↗ Structures de soin ambulatoire locales <sup>4</sup>

**Tableau 1. Comparaison des données bibliographiques expliquant la durée d'hospitalisation en psychiatrie en Italie et au Japon.**<sup>1</sup>Pauselli *et al.*, 2017 ; <sup>2</sup>Rocca *et al.*, 2010 ; <sup>3</sup>Shinjo *et al.*, 2017 ; <sup>4</sup>Imai *et al.*, 2005 ; <sup>5</sup>Matsumoto *et al.*, 2014. \*Tentative de suicide ou idéation suicidaire comme motif d'hospitalisation

*e- Variabilité de la durée moyenne de séjour au sein d'une même institution psychiatrique*

Au sein d'un même pays, on observe également une variabilité de la DMS entre les services hospitaliers. Elle est, d'ailleurs, supérieure dans les soins psychiatriques par rapport aux soins somatiques aux Etats-Unis (*National Center for Health Statistics (US)*, 2010).

Deux équipes de recherche ont publié des données concernant la variabilité de la DMS au sein d'unités d'hospitalisation d'un même pays, aux fonctionnements théoriquement standardisés.

L'équipe de (Fortney *et al.*, 1996), a mené une étude de vaste ampleur incluant l'ensemble des hôpitaux psychiatrique du département des anciens combattants des États-Unis. Les variables clinico-démographiques de 6374 patients, vétérans de l'armée états-unienne et souffrant d'EDC, ont été recueillies rétrospectivement dans 107 établissements hospitaliers. Les services présentent une même structure administrative et les mêmes mécanismes de financement. De plus seul le diagnostic d'EDC, était retenu. Les auteurs ont donc posé initialement l'hypothèse d'une homogénéité des DMS entre ces établissements.

Dans cette étude, la DMS globale est de 17,9 jours avec une variance importante ( $\sigma = 11,6$ , étendue : 7,3-31,8 jours). Les DMS des différents hôpitaux inclus dans l'étude sont représentées dans la figure 7. On observe un ratio de 4 entre les valeurs extrêmes. Toute chose égale par ailleurs, 29 centres (27,1%) présentent une DMS significativement différente de la moyenne.

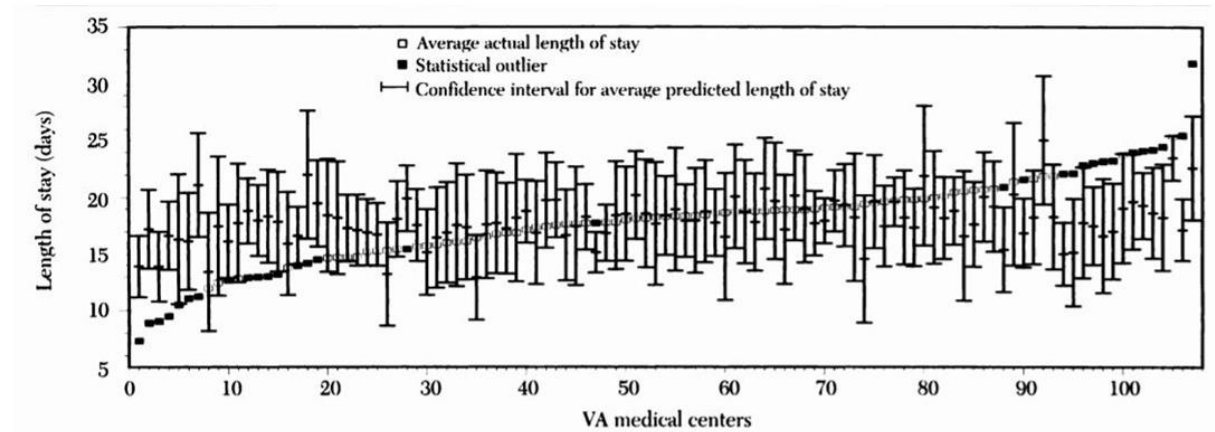
Dans la mesure où :

- i) Les caractéristiques des centres hospitaliers (nombre de lit, taux d'occupation) ne sont pas associées aux DMS ;
- ii) Le modèle de régression construit à partir des variables sociodémographiques et cliniques n'explique qu'une faible part de la variance de la DMS ;
- iii) Les auteurs ont fait un effort d'homogénéisation en se concentrant sur un cadre diagnostique et une seule institution ;

Ces derniers concluent à un effet majeur des habitudes de pratique des praticiens sur la DMS.

Le niveau socio-économique des patients ainsi que les indicateurs de pauvreté locaux n'ont pas été pris en compte dans l'analyse. L'accessibilité locale des soins ambulatoires et la disponibilité de structures de réhabilitation psycho-sociale pour chacun de ces centres

hospitaliers n'ont pas non plus été inclus dans l'étude. Ces différents éléments ont déjà été associés à une variabilité de la DMS des patients et des différences socio-économiques régionales pourraient donc expliquer en partie ces résultats.



**Figure 6 : Durée d'hospitalisation moyenne prédite et observée des 107 centres de l'étude de Fortnez et collaborateurs.** L'intervalle de confiance représente la durée d'hospitalisation prédite par le modèle de régression en fonction des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients. Les carrés noirs représentent les centres hospitaliers présentant une durée d'hospitalisation significativement différente du reste de l'échantillon, considérés comme *outliers* par les auteurs.

La deuxième étude a été menée en France, (Gandré *et al.*, 2017), au sein du secteur psychiatrique. L'équipe a analysé les données de 413 secteurs hospitaliers dans 122 hôpitaux psychiatriques représentant 51,4 % des secteurs de France métropolitaine. 182 230 séjours de 107 668 patients ont été extraits de la base de données nationale Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P). La DMS globale est de 36 jours pour les 413 secteurs. On retrouve des DMS s'étendant de 11 à 247,9 jours avec un coefficient de variation de 60 %. Entre les secteurs au 10<sup>ème</sup> et 90<sup>ème</sup> percentiles pour les DMS, on observe un ratio de 3.

Une fois pris en compte la variabilité des diagnostics, des indicateurs socio-démographiques des patients, des indices socio-économiques locaux, des possibilités d'accès aux soins médicaux et aux structures sociales et des caractéristiques institutionnelles, les auteurs concluent que 30% de la variance de la DMS serait expliquée par les habitudes de pratique des secteurs.



Ces études nationales et au sein d'une même institution permettent de se soustraire des facteurs politico-historiques déjà cités et de favoriser une harmonisation des pratiques. Cependant ces deux études expliquent une part importante de la variabilité de la DMS par un effet intrinsèque de la pratique des praticiens.

#### *f- Conclusion*

Notre analyse de la littérature scientifique retrouve de nombreux articles portant sur l'évaluation de la DMS en psychiatrie. Malheureusement, les données publiées sont hétérogènes quant à leurs conceptions scientifiques et aux populations étudiées. Les comparaisons sont donc difficiles et il ne faut pas surestimer leurs portées. Il apparaît néanmoins que les facteurs influençant la DMS des patients en psychiatrie peuvent être définies sur trois échelles.

Tout d'abord, des éléments politico-historiques définissent une DMS globale au sein du pays à travers l'organisation du système de soin en général et du système hospitalier psychiatrique en particulier. A un deuxième niveau, il existe une variabilité de la DMS des patients entre les unités d'hospitalisation d'une même nation du fait de l'organisation de l'offre de soin local, des caractéristiques socio-économiques des populations locales et d'habitudes de pratique des professionnels de santé. Enfin, et à l'échelle du patient, ses propres caractéristiques socio-démographiques, cliniques et anamnestiques influent *in fine* sur la durée d'hospitalisation.

Cette dernière échelle – celle de l'individu – a été la plus étudiée. Néanmoins, les différentes variables associées à la variabilité de la DMS à l'échelle du patient sont retrouvées de manière inconstante, avec parfois un sens de l'effet variable. Les modèles statistiques construits avec ces différentes variables n'expliquent qu'une part faible de la variance de la DMS même au sein d'un seul service.

Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces données. Soit, l'effet cumulé des variables socio-démographiques, cliniques et anamnestiques est effectivement faible voir négligeable. Soit, leur effet se trouve minimisé par la grande hétérogénéité des patients inclus. Nous avons vu, par exemple, qu'une même variable sociale, l'absence de domicile, pouvait prolonger ou raccourcir la DMS selon le pays (Dimitri *et al.*, 2018). Il est possible que chacune des variables individuelles d'un patient influent ou non sa durée de séjour en fonction à la fois du pays d'hospitalisation, de l'unité d'hospitalisation et de l'interaction avec ses autres caractéristiques individuelles.

Pour optimiser la puissance des études sur les variables socio-démographiques, cliniques et anamnestiques associées à la DMS des patients en psychiatrie, un échantillonnage plus homogène est donc nécessaire. Nous formulons, dans ce but, les recommandations suivantes :

- Concentrer l'inclusion sur un cadre diagnostic unique sur lequel les conclusions s'appliqueront ;
- Inclure des patients issus d'un même bassin de population et au sein d'une même institution hospitalière ;

De plus, pour favoriser la validité et la comparabilité des tests statistiques, il est important de :

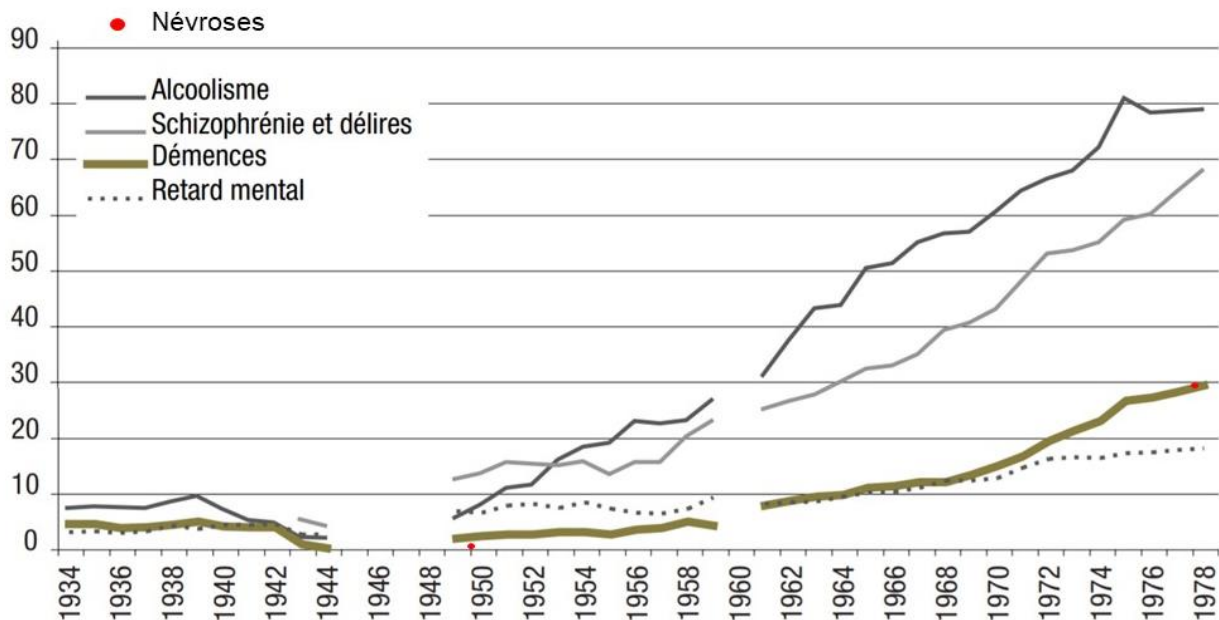
- Concevoir l'étude sur un modèle prospectif pour limiter les biais de recueil ;
- Définir *a priori* une hypothèse clinique qui sera le critère de jugement principal de l'étude ;
- Publier les résultats de l'ensemble des comparaisons effectuées pour limiter les biais dû aux comparaisons multiples. Ces comparaisons doivent être considérés comme exploratoires.

Ces recommandations atténueront l'effet des facteurs extrinsèques au patients sur la DMS et diminueront le « bruit » statistique causé par l'inclusion de patients de populations différentes. Les conclusions inférées seront plus solides mais limitées au sous-groupe de patients inclus. C'est la multiplication et la comparaison de telles études sur des populations et dans des contextes de soin différents qui permettraient d'éclairer la communauté médicale sur les variables associées ou non à un allongement ou un raccourcissement de la DMS, dans quels contextes et chez quels patients.

### iii. Rationnel à l'étude de l'état dépressif caractérisé

« C'est une notion facile à entendre mais difficile à définir que celle de l'humeur, à savoir cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. »<sup>6</sup>

En lien avec les profondes mutations déjà détaillées, la population de patients accueillis dans les hôpitaux psychiatriques s'est très largement modifiée depuis les années 1950. L'évolution du nombre de patients admis par diagnostics entre 1934 et 1978 est représenté dans la figure 1, reproduite ci-dessous.



**Fig 1a. Renouvellement des patients hospitalisés en psychiatrie, de 1934 à 1978 par diagnostic. 1a. Taux de patients admis pour 100 000 habitants. 1b. Taux de patients sortis pour 100 000 habitants.** Adapté de Coldefy, M. (2007) La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques. (p. 138). Disponible en ligne sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.

<sup>6</sup> Jean Delay (1946), *Les dérèglements de l'humeur*. Presses universitaires de France.

En 1978, on observe que les motifs d'hospitalisation sont, par ordre d'importance, l'alcoolisme, la schizophrénie et autres troubles psychotiques, les démences et le retard mental. Les patients souffrant de « névroses » étaient encore minoritaires en intra-hospitalier mais leur nombre avait augmenté d'un facteur 30 depuis 1950. Ce cadre nosographique est aujourd'hui abandonné dans la classification internationale des maladies et dans le DSM-V. Il regroupait, entre autres, l'essentiel de ce qui est appelé troubles de l'humeur dans les classifications contemporaines. La figure 7 présente les diagnostics posés à la sortie d'hospitalisation en 2016

Code CIM-10	Catégorie de diagnostics	N journées diagnostic principal
F00-03	Démences	322 252
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1 223 537
F2x	Schizophrénies et troubles délirants chroniques	5 931 108
F30-31	Troubles bipolaires	1 537 460
F33-39	Troubles de l'humeur (à l'exclusion de trouble bipolaire)	3 469 859
F40-42	Troubles anxieux	668 574
F43	Troubles de l'adaptation	548 722
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	811 978
F7x	Retards mentaux	726 013
F84	Troubles envahissants du développement	517 416

**Figure 7 : Répartition des diagnostics d'hospitalisation psychiatrique en 2016.** Données extraites du site <http://www.scansante.fr/> décrivant l'activité hospitalière à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information piloté par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Les patients présentant un trouble de l'humeur (à l'exclusion du trouble bipolaire) représentent actuellement 22.92 % des journées cumulées d'hospitalisation. Ce chiffre ne prend pas en compte les dépressions du trouble bipolaire ni les fréquentes comorbidités dépressives des troubles anxieux d'indications hospitalières. Les troubles de l'humeurs représentent donc la seconde catégorie diagnostique avec diminution en proportion des diagnostics d'alcoolisme, de retards mentaux et de démences. Les patients souffrant de schizophrénies restent la première

catégorie en termes de jours cumulés d'hospitalisation. Cependant, ces derniers sont surreprésentés parmi les patients aux très longs séjours (Holloway *et al.*, 1999).

Le principal représentant des troubles de l'humeur est l'épisode dépressif caractérisé (EDC), défini dans le DSM-V comme suit :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir
  1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signées par la personne (par exemple se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (par exemple pleure) ;
  2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours. ;
  3. Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ;
  4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
  5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours ;
  6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
  7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours ;
  8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours ;
  9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.
- D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques.

Ce syndrome peut être isolé, s'intégrer dans un trouble dépressif récurrent (aussi appelé trouble unipolaire) ou dans un trouble bipolaire. Les caractéristiques cliniques d'un épisode ne permettent pas de définir dans laquelle de ces trois présentations situations syndromiques le patient se trouve.

L'EDC a un impact fort sur la mortalité – directement *via* le risque suicidaire et indirectement *via* de nombreuses comorbidités somatiques et psychiatrique (Laursen *et al.*, 2016). Par ailleurs, sa prévalence augmente (+ 18% entre 2005 et 2015 (Vos *et al.*, 2016)) ce qui en fait un problème de santé publique d'autant plus préoccupant.

En France, les données épidémiologiques du baromètre santé de 2017 disponibles en ligne ([http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html)) corroborent la tendance à l'augmentation de la prévalence du trouble (Léon *et al.*, 2018). Parmi un échantillon de 25 139 Français âgés de 18 à 75 ans, 9,8% (IC95% : [9,3-10,2]) ont déclaré un EDC dans l'année ce qui représente une augmentation de 1,8% depuis 2010. Les populations les plus fréquemment touchés dans cet échantillonnage sont les femmes âgées de 35 à 44 ans, les personnes inactives professionnellement ou à faible revenus et les sujets divorcés ou veufs. Les

auteurs affirment que l'EDC est impliqué dans 35 à 45% des arrêts de travaux. Le coût des troubles de l'humeur est estimé à 14 milliards d'euros en France, en 2004, dont la moitié est dû aux coûts directs de prise en charge (Andlin-Sobocki *et al.*, 2005). A l'échelle européenne, l'hospitalisation représente  $\frac{1}{4}$  de ces coûts directs (Sobocki *et al.*, 2006).

L'EDC est donc un syndrome fréquent avec un impact important en termes de morbi-mortalité dans la population. Ces patients représentent une grande partie du *turn-over* actuel des hôpitaux psychiatriques français ce qui implique un coût important pour la société.

La durée d'hospitalisation des patients souffrant d'EDC est très variable. Fortnez et collaborateurs retrouvent une variabilité des DMS de patients souffrant d'EDC entre différents hôpitaux s'étendent de 7,3 à 31,8 jours (Fortney *et al.*, 1996). Les études menées au sein d'une même unité montrent une durée d'hospitalisation s'étendant de quelques jours à plusieurs mois (Lauber *et al.*, 2006; Ruaño *et al.*, 2013). Les facteurs associés à la variabilité de la durée d'hospitalisation des patients souffrant spécifiquement d'EDC sont très imparfaitement connus et n'ont à notre connaissance jamais été évalués de manière prospective.

Nous avons défini dans notre revue de littérature que la sévérité symptomatique, directement mesurée *via* des échelles cliniques ou indirectement par la prescription de thérapeutique de 2<sup>ème</sup> ligne, était le facteur clinique le plus fréquemment associé à une augmentation de la DMS pour les patients de psychiatrie en général, en dehors du diagnostic lui-même (*cf. supra*). En France, seul 3% des patients présentant une prescription d'antidépresseurs sont hospitalisés dans l'année (Fagot *et al.*, 2016). Il s'agit donc d'une pathologie majoritairement prise en charge en ambulatoire. Comme nous l'avons défini précédemment, le temps hospitalier est réservé aux patients pour lesquels la densité de soin ambulatoire est insuffisante. Théoriquement, une des causes majeures d'hospitalisation des patients souffrant d'EDC devrait être l'intensité de la symptomatologie ou la résistance



thérapeutique. En sélectionnant la sévérité symptomatologique comme critère de jugement principal, nous testerons l'association entre les caractéristiques cliniques intrinsèques de la maladie et la DMS.

L'objectif de notre étude est de tester l'hypothèse d'une corrélation entre à la durée d'hospitalisation de patients souffrant d'EDC et la sévérité symptomatologique à l'entrée. Nous avons suivi les recommandations suivantes, formulées à l'issue de notre revue de littérature :

- i) Inclusion des patients présentant un EDC quelques soit leurs comorbidités ;
- ii) Sur un modèle prospectif pour limiter les biais de rappel et de recueil ;
- iii) Au sein des quatre unités d'un même pôle d'hospitalisation pour obtenir un bassin de population homogène et représentatif ;
- iv) Testant l'hypothèse d'un effet de la sévérité de l'EDC à l'entrée sur la durée d'hospitalisation : critère de jugement principal de l'étude ;
- v) Explorant l'effet des autres variables cliniques et démographiques recueillies sur la durée d'hospitalisation.

Ce travail permettra d'évaluer la pertinence de ces recommandations, les difficultés à leur application et leur capacité à générer des résultats pertinents à partir d'un échantillon limité de patients.

## II- Matériels & méthodes

### i. Création d'un questionnaire standardisé

Le recueil des données socio-démographiques, cliniques et anamnestiques propres à chacun des patients a été réalisé à l'aide d'un questionnaire structuré. Celui-ci a été conçu à partir des facteurs pronostics de l'EDC retrouvé dans la littérature.

En plus des 10 variables issues d'une revue de littérature de 2012 (Carter *et al.*, 2012), exposés dans la figure 8, les variables suivantes ont été ajoutées :

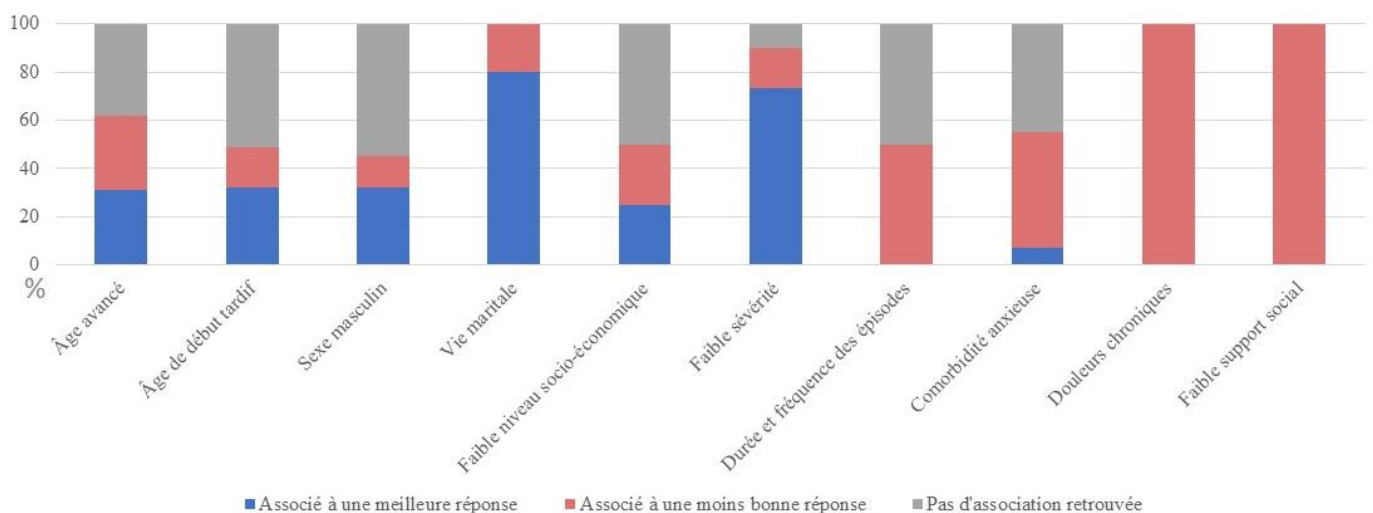
- Evolution chronique du trouble (troubles dépressifs récurrents ou troubles bipolaires), car le nombre d'épisode et d'hospitalisation est retrouvé associé à une augmentation de la DMS dans certaines études ;
- Antécédent psychiatrique familial, également retrouvé associé à la DMS ;
- Antécédents suicidaires, le risque suicidaire précipitant fréquemment les hospitalisations (Beard *et al.*, 2016) ;
- Présence dans l'année d'un des facteurs de stress suivants : deuil, perte d'emploi, rupture sentimentale, problème de santé ou déménagement.

Une comorbidité anxieuse a été définie par la présence concomitante à l'EDC d'un trouble panique, d'un syndrome de stress post-traumatique, d'un trouble obsessionnel-compulsif, d'une phobie sociale ou d'un trouble anxieux généralisé.

Une catégorie unique « comorbidité somatique » a été définie par la présence d'une maladie chronique induisant un handicap fonctionnel, une douleur chronique ou une comorbidité cardiovasculaire, toutes associés à l'EDC dans certains travaux (Van der Kooy *et al.*, 2007 ; Luppino *et al.*, 2010).

La présence d'une comorbidité addictive excluait l'addiction tabagique et les addictions sevrées depuis plus de 2 ans.

Des travaux précédemment menés au sein du Centre Hospitalier du Rouvray<sup>7</sup> ont servi de base à l'évaluation de difficultés sociales. Brièvement, les éléments suivants sont responsables de la majorité des hospitalisations à très longue durée au CH du Rouvray : mise en place d'une mesure de protection, isolement social, difficultés d'accès aux droits, situation de handicap ou de dépendance, difficultés financières ou difficulté d'hébergement.

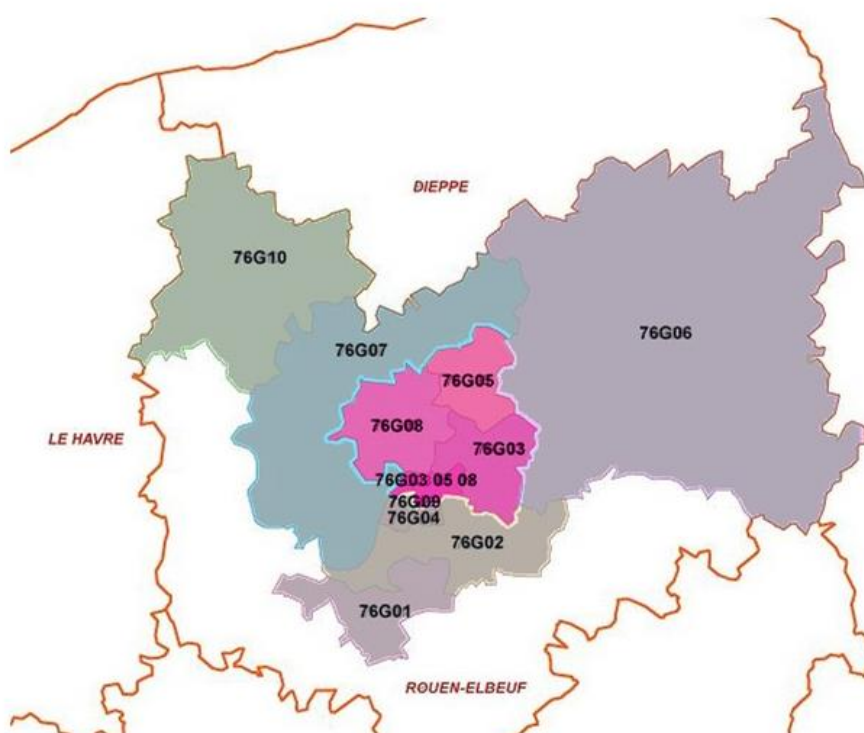


**Figure 8 : Résumé de la direction de l'effet des différents facteurs pronostics du traitement d'un état dépressif.** Adapté de Carter *et al.*, 2012. Le niveau de preuve de chacune des études n'est pas indiqué sur le graphique.

<sup>7</sup> Clémence Dallemagne-Delanoy « Description des patients à séjour long en psychiatrie au Centre Hospitalier du Rouvray, Métropole-Rouen-Normandie. » Thèse d'exercice sous la direction du Dr Sadeq haouzir, Rouen, Faculté de Médecine et Pharmacie de Rouen, 2016.

## ii. Recrutement des patients

Le recrutement des patients a eu lieu dans le pôle Rouen rive-droite du CH du Rouvray dont la zone de soin s'étend des rues situées sur la rive droite de la ville de Rouen jusqu'aux communes au nord de la ville de Rouen. La zone de soin, qui représente un bassin de population de 150 000 habitants, est illustrée en figure 9.



**Figure 9 : Découpage des secteurs psychiatriques du CH du Rouvray.** Source Agence Régionale de Santé. En rose la sectorisation du pôle Rouen rive-droite.

Les unités d'hospitalisation concernées étaient les secteurs G03 (service universitaire), G05 et G08 situé au CH du Rouvray. Les patients sont hospitalisés dans ces services après consultation ou hospitalisation courte à l'unité d'accueil et d'orientation situé également au CH du Rouvray. Les patients y consultent spontanément ou sont transférés d'un autre service d'urgence (principalement le service des urgences du CHU Charles Nicolle de

Rouen). Les patients présentant un diagnostic de troubles de l'humeur sont les plus représentés à l'Unité d'Accueil et d'Orientation du CH du Rouvray. Ils totalisent 17 033 passages entre 2013 et 2018 devançant les patients souffrant de schizophrénie et autres troubles délirants (10 258 passages).

Une deuxième phase de recrutement a eu lieu à l'unité d'hospitalisation intersectorielle – également appelée unité Lucien Colonna – située au CHU Charles Nicolle et dédiée aux courts séjours avec une activité de suicidologie. Cette unité dépend administrativement du secteur G03. Les patients y séjournent lors d'hospitalisations programmées ou sont transférés des services d'urgences ou des unités médico-chirurgicales *via* l'activité de liaison assurée par l'équipe médicale du service.

Le recrutement des patients a été effectué, une ou deux après-midis par semaines, lors de deux périodes distinctes :

- De Mars 2016 à Février 2017 aux secteurs G03, G05 et G08 ;
- De janvier 2018 à Mars 2018 à l'unité Lucien Colonna.

Sur l'avis de l'équipe médicale de l'unité, les dossiers des patients dont la symptomatologie évoquait un EDC ont été, dans un premier temps, consultés puis les patients ont été rencontrés, dans un second temps, pour compléter le questionnaire standardisé. Les patients ont été effectivement inclus s'ils répondaient aux critères d'inclusion quel que soit leur secteur d'origine. L'entretien durait approximativement 30 minutes en chambre ou dans un bureau médical en fonction de l'organisation de l'unité et du souhait du patient. Celui-ci était informé de l'objectif de l'étude et de son droit à refuser de participer à l'étude sans que cela ne modifie sa prise en charge.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- EDC selon les critères du DSM-IV-TR, évalué par le questionnaire *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Sheehan *et al.*, 1998) ;
- Début de l'hospitalisation dans les 7 jours précédant l'inclusion.

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- Présence d'un diagnostic de schizophrénie ou autre trouble délirant ;
- Patient mineur au premier jour de l'hospitalisation ;
- Refus de participation ;
- Capacités de compréhension insuffisantes.

### **iii. Extraction des données**

La durée d'hospitalisation a été manuellement extraite du logiciel médical du CH du Rouvray. Chaque patient était identifié par son numéro Identifiant Permanent du Patient (IPP). La durée d'hospitalisation prenait en compte les journées d'hospitalisation dans les unités en aval de celle où l'inclusion a été effectuée (l'unité d'accueil et d'orientation ou un autre secteur du CH du Rouvray). Les journées d'hospitalisation aux urgences générales ou en service de médecine où les soins effectués n'étaient pas spécialisés en psychiatrie n'ont pas été inclus.

La présence ou l'absence de ré-hospitalisation à court terme a été définie en consultant la liste des hospitalisations du patient au CH du Rouvray, à 6 mois de la date de la dernière inclusion. Il n'est pas possible d'infirmier la ré-hospitalisation d'un patient dans un autre centre hospitalier public (après déménagement, par exemple) ou dans une clinique.

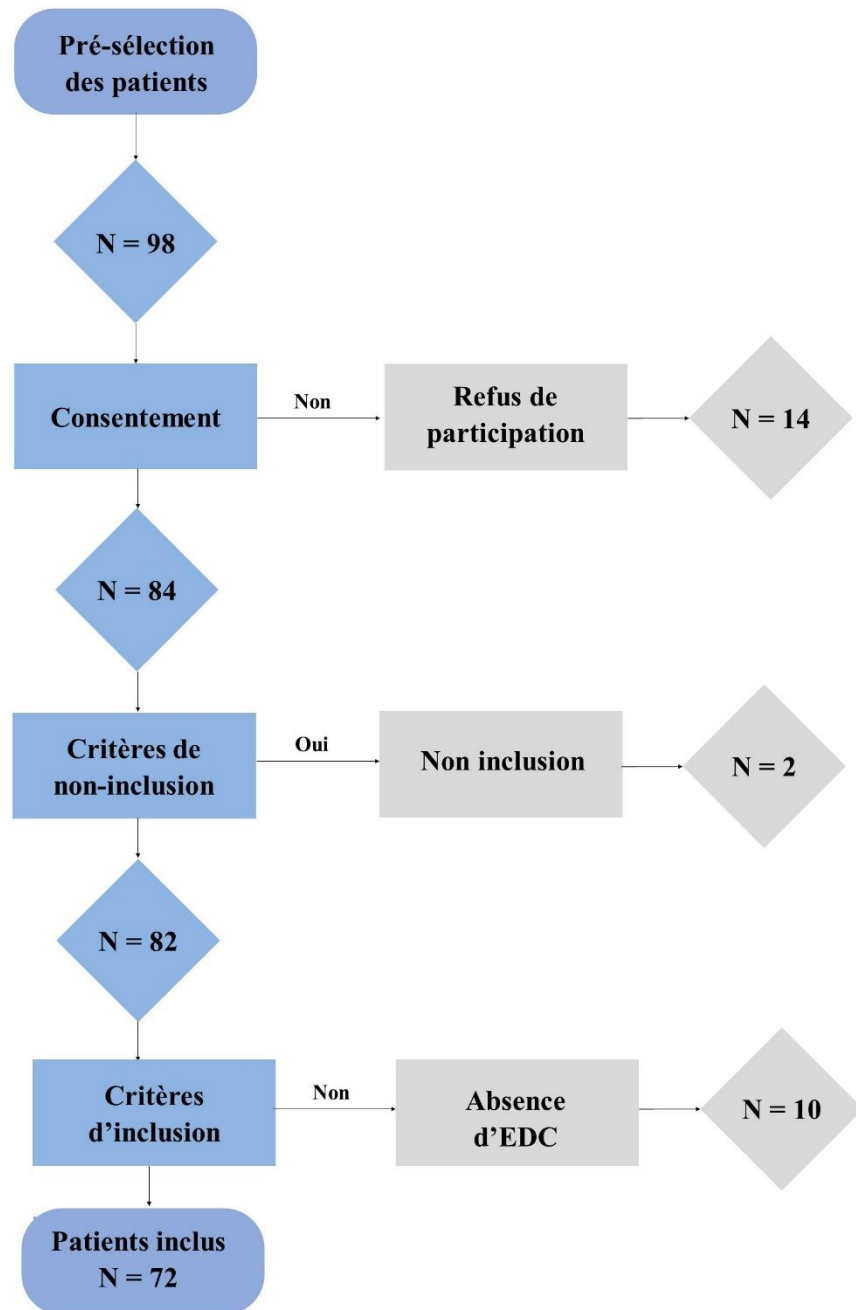
### **iv. Analyse statistique**

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel libre R (<http://www.R-project.org/>). Pour chaque variable binomiale, la comparaison de moyenne entre le groupe porteur et le

groupe non porteur a été réalisé à l'aide d'un test t de Welch. Un modèle de régression linéaire simple a été utilisé pour tester l'hypothèse d'une corrélation entre une variable quantitative et la durée d'hospitalisation. Enfin, un modèle de régression multiple a été appliqué pour tester l'indépendance des variables nominalement associées à la durée d'hospitalisation.

### III- Résultats

#### Diagramme de flux

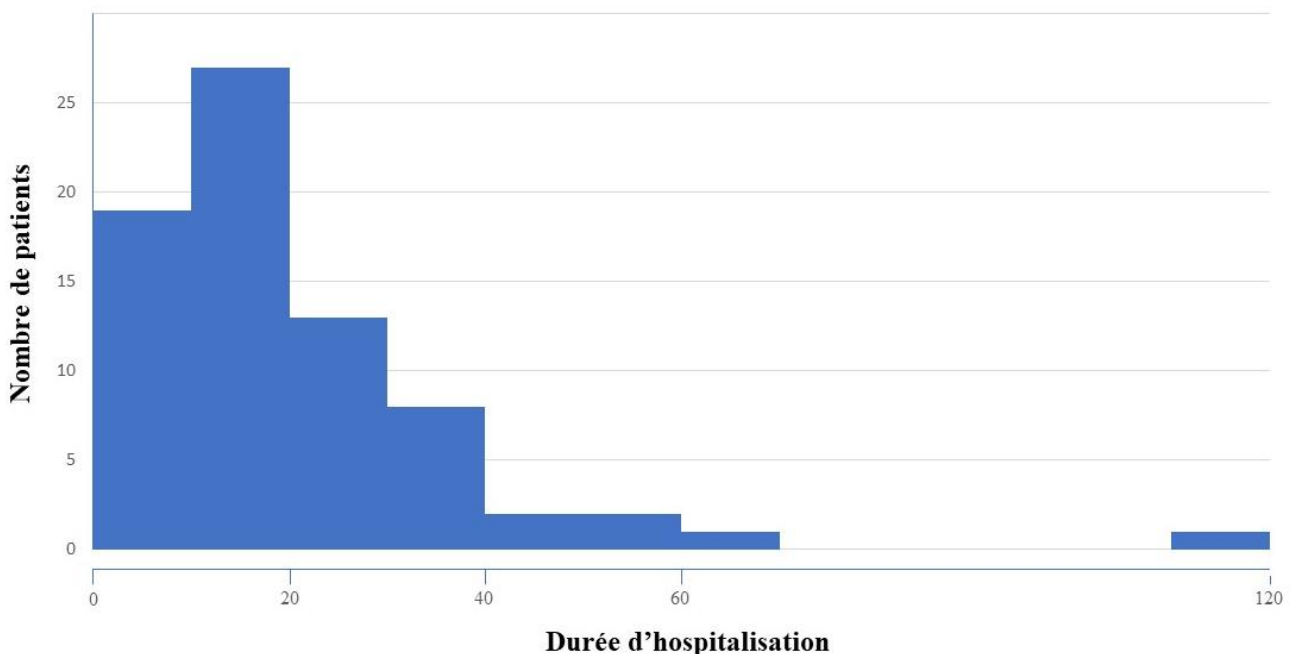




## i. Recrutement

Au total, **72** patients ont été inclus dans l'étude. La première période de recrutement c'est échelonnée du 18/03/2016 au 02/02/2017. 68 patients ont été rencontrés dans les unités du pôle Rouen-Rive Droite du CH du Rouvray (secteurs G03, G05 et G08) et 44 (64,7 %) répondaient aux critères d'inclusions et ont accepté de participer à l'étude. La deuxième période de recrutement c'est étendue du 08/01/2018 au 20/03/2018. 29 patients ont été rencontrés au sein de l'unité Lucien Colonna et 28 ont été inclus. Sur les périodes considérées, 389 patients ont été hospitalisés avec un diagnostic d'épisode dépressif (codages CIM-10 F32, F33 ou F313-5) sur 1281 patients au total.

La DMS de l'échantillon était de **20,85** jours. La majorité des patients ont été hospitalisés moins de 20 jours. La figure 11 montre la distribution des durées d'hospitalisation des patients.



**Figure 11 : Distribution des durées d'hospitalisation des patients.** Le patient présentant une durée d'hospitalisation de 120 jours a bénéficié d'électroconvulsivothérapie lors de son hospitalisation.

## ii. Caractéristiques des patients recrutés

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de patient recruté sont résumées dans le tableau 2.

Caractéristiques démographiques	N = 72
Âge moyen (S.D ; étendue)	47,3 (19,6 ; 18-81)
% de femmes (n)	61,1 % (44)
% sujets en couple (n)	33,3% (24)
Nombre moyen d'enfants (S.D ; étendue)	1,6 (1,6 ; 0-7)
% de sujets vivant seul (n)	48,6% (35)
Revenus moyen (S.D ; étendue) *	1422 (960 ; 0-5000)
% études supérieures (n)	35,5 % (22)
% activité professionnelle (n)	41,7% (30)

**Tableau 2 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée.** \*En euros, n= 62 du fait de l'exclusion des jeunes adultes sans activité professionnelle à la charge de leurs parents et les patients qui n'étaient pas en mesure de préciser leurs revenus

Les caractéristiques anamnestiques des patients sont représentées sur la figure 12.

Brièvement :

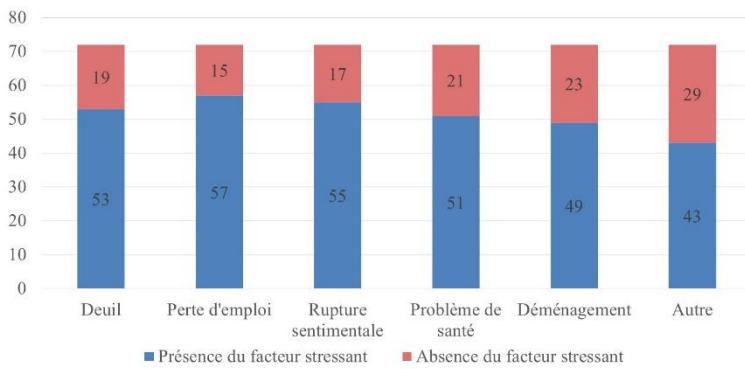
- 46 (63,9 %) patients présentent une évolution chronique du trouble (EDC récurrents ou trouble bipolaire) ;
- 42 (58,3 %) patients ne déclarent pas avoir souffert de facteur de stress sur l'année précédant leur hospitalisation ;
- 37 (49,5%) patients présentent au moins une difficulté sociale responsable d'hospitalisation de longue durée ;
- 32 (44,4 %) patients ont des antécédents familiaux de pathologie psychiatrique.

Les caractéristiques cliniques des patients sont également représentées sur la figure 12.

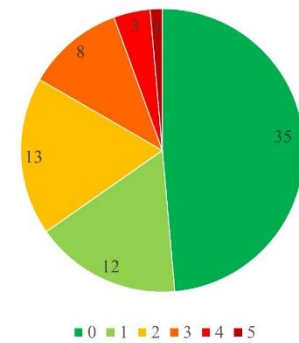
On peut retenir :

- 24 (33,3 %) patients déclarent une comorbidité addictive ;
- 28 (38,9 %) patients présentent une comorbidité anxieuse ;
- 29 (40,3 %) patients présentent des antécédents suicidaires ;
- 35 (48,6%) patients déclarent une comorbidité somatique.

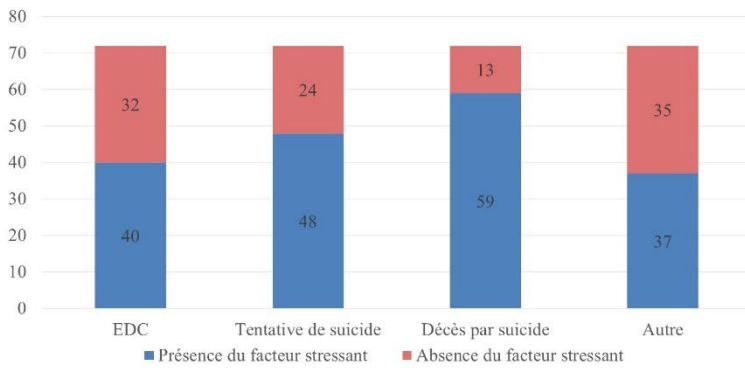
#### Facteurs de stress sur l'année précédent l'hospitalisation



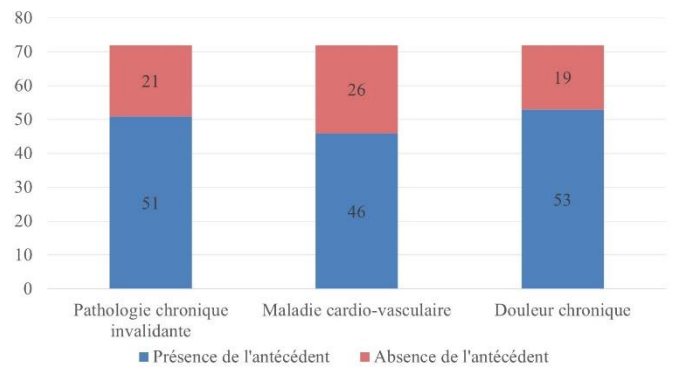
#### Nombre de difficultés sociales facteurs d'hospitalisations longues durées



#### Antécédents psychiatriques familiaux



#### Comorbidités somatiques déclarées



#### Comorbidités psychiatriques

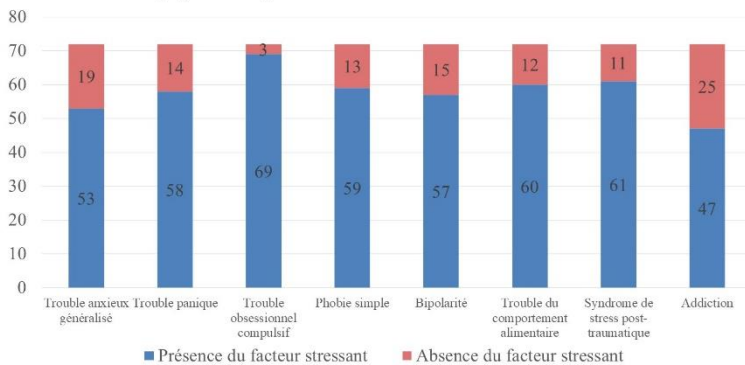
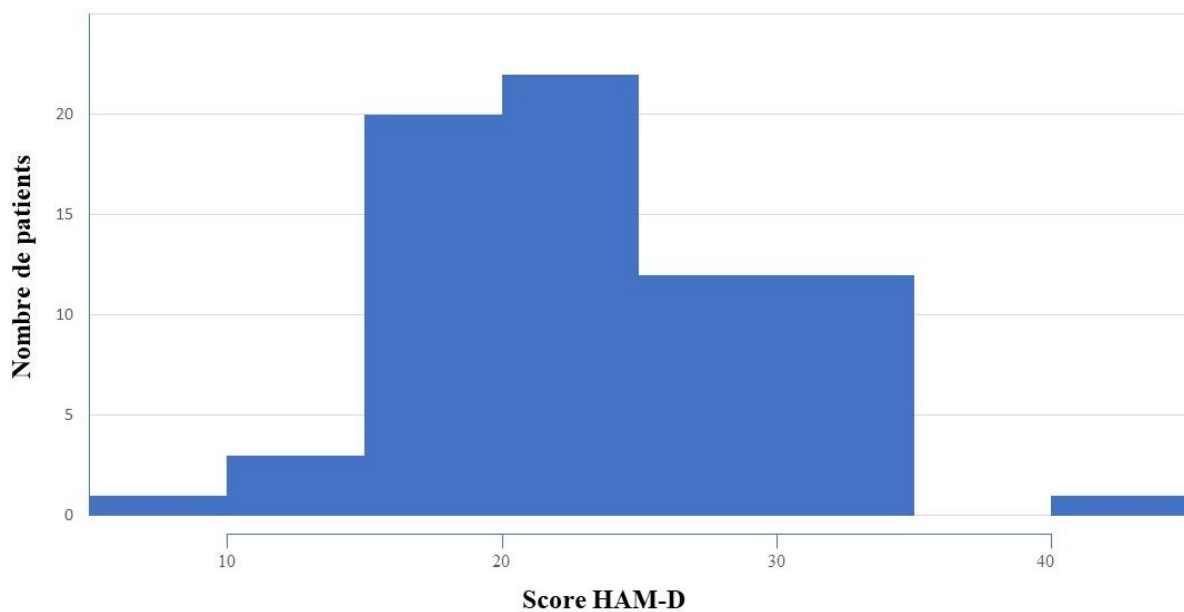


Figure 12 : Caractéristiques cliniques et anamnestiques des patients.

Les patients présentent une sévérité clinique à l'échelle HAM-D s'étendant de 7 à 41 points. Un patient présentait donc un score ne dépassant pas le seuil diagnostique (Furukawa, 2010). Pour rappel, l'inclusion dans l'étude était basée sur le questionnaire *Mini International Neuropsychiatric Interview* et non sur l'échelle HAM-D. La distribution des sévérités cliniques des patients est représentée dans la figure 13.



**Figure 13 : Distribution des scores de sévérité des patients sur l'échelle HAM-D.**

### **iii. Analyses statistiques**

La sévérité à l'échelle HAM-D est significativement associée à un allongement de la durée d'hospitalisation des patients (fig. 14a). L'âge est également associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation. En revanche, l'analyse ne montre pas d'association entre les difficultés sociales et la durée d'hospitalisation.

Le détail des analyses statistiques effectuées sur les variables binomiales est exposé dans le tableau 3. Seule l'absence d'emploi est significativement associée à un allongement de la durée d'hospitalisation.

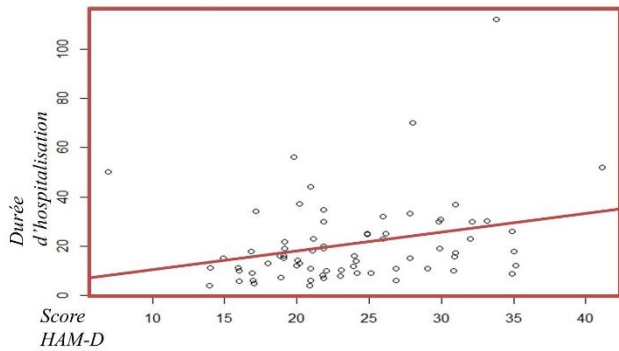


Figure 14a. Droite de corrélation linéaire entre la sévérité de l'EDC et la durée d'hospitalisation.  $r = 0,28$  [0.05:0.48],  $p = 0,017$

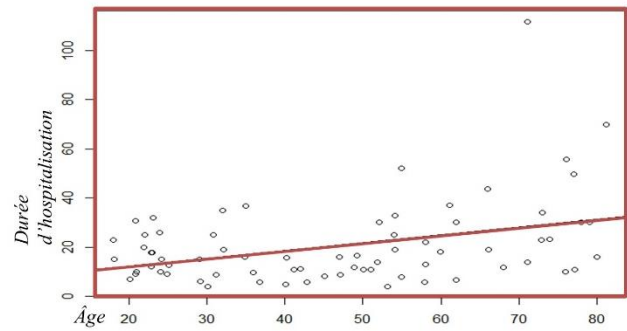


Figure 14b. Droite de corrélation linéaire entre l'âge et la durée d'hospitalisation.  $r = 0,36$  [0.14:0.55],  $p = 0,0017$

	DMS porteurs	DMS non-porteurs	p-valeurs
<b>Sexe féminin</b> (n = 43)	19.9	22.3	0.60
<b>Célibat</b> (n = 45)	21.3	20	0.75
<b>Sans emploi</b> (n = 31)	27.2	15.9	<b>0.01</b>
<b>Comorbidités somatiques</b> (n = 40)	22.3	18.8	0,39
<b>Antécédent familial</b> (n = 32)	17.4	23.7	0.12
<b>Evolution chronique</b> (n = 46)	22.7	17.4	0.14
<b>Comorbidité addictive</b> (n = 24)	17.9	21.6	0.29
<b>Antécédents suicidaires</b> (n = 29)	18	22.8	0.25

Tableau 3 : Comparaison de la DMS entre porteurs et non porteurs des variables cliniques et démographiques

L'analyse multivariée montre que l'âge et l'absence d'un emploi ne sont pas indépendants. Il existe une corrélation statistiquement significative entre les deux variables ( $p = 0,004$ ). En revanche la sévérité sur l'HAM-D est bien indépendant de l'âge et de l'absence d'emploi.

Enfin, ni la sévérité symptomatique ( $p = 0,68$ ) ni la durée d'hospitalisation ( $p = 0,48$ ) ne sont associées au risque de ré-hospitalisation à 6 mois.

## **IV- Discussion**

### **i. Forces de l'étude**

#### *a. Cohérence avec les données de la littérature*

Chez des patients souffrant d'EDC, l'association entre la sévérité de la symptomatologie dépressive et la durée d'hospitalisation avait déjà été montrée, mais dans une étude de conception rétrospective avec interrogation de bases de données informatisées (Matsumoto *et al.*, 2014), ce qui limitait l'ampleur des conclusions que l'on pouvait en tirer.

Une étude prospective monocentrique, déjà détaillée par ailleurs (*c.f supra*) ne retrouvait pas cette association (Cheng *et al.*, 2007). La disparité entre les résultats que nous observons et l'étude de Cheng et collaborateurs pourrait être le fait d'une différence dans les populations accueillies dans les services, à des différences de pratique ou d'organisation des soins ou bien à une simple fluctuation d'échantillonnage sans qu'il ne soit possible de conclure. En revanche, l'étude de Rocca et collaborateurs, également détaillée précédemment montre une association entre la symptomatologie anxiodépressive à l'entrée et la DMS. Dans cette étude, près de 76% des patients sont évalués comme souffrant d'un trouble de l'humeur – bien que la polarité dépressive ou maniaque des patients bipolaires ne soit pas précisée. Des patients présentant une schizophrénie sont également inclus, mais le fait que ce soit spécifiquement la symptomatologie anxiodépressive qui corrèlent avec la DMS dans cette étude conforte nos résultats.

De nombreuses études montrent une association entre âge et durée d'hospitalisation en psychiatrie (Jiménez *et al.*, 2004 ; Chung *et al.*, 2009 ; Gandré *et al.*, 2017). Plus spécifiquement dans l'EDC, l'étude de Fortney et collaborateurs, déjà explicitée, est en cohérence avec nos résultats (Fortney *et al.*, 1996). La fréquence des comorbidités somatiques, la nécessité d'une titration plus prudente des psychotropes, les difficultés liées à la perte d'autonomie ainsi qu'une

moindre efficacité et tolérance des traitements expliquent une augmentation de la DMS chez les personnes âgées (Alamo *et al.*, 2014 ; Kok et Reynolds, 2017).

Les patients retraités expliquent l'association entre emploi et âge. Nous ne retrouvons pas d'association indépendante entre l'absence d'emploi et la durée d'hospitalisation dans cet échantillon de patient. Il s'agit pourtant d'un facteur pronostique péjoratif connu dans la dépression (Amital *et al.*, 2008) et il est associé à une augmentation de la DMS en psychiatrie par plusieurs équipes (Herr *et al.*, 1991 ; Choy et Dunn, 2007).

#### *b. Représentativité des patients recrutés*

Les données du Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie en 2017 notent 98 533 journées d'hospitalisation avec un codage CIM-10 F32-39 (troubles de l'humeur hors trouble bipolaire) comme diagnostic principal dans les établissements publics et privés de psychiatrie en Haute Normandie. Cela représente 19% du cumulé des journées d'hospitalisation chiffre similaire aux données France entière (20%). Le recrutement de patient du Rouvray – plus important centre hospitalier psychiatrique de la région – semble donc comparable aux autres hôpitaux français.

Les patients ont été inclus au sein d'un bassin de population à la fois citadin et rural et comportant des caractéristiques socio-démographiques variées que l'on peut supposer représentatives de la population seinomarine.

Les données socio-démographiques peuvent être confrontés à celles de la population Française analysée par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. Les patients recrutés ont une activité professionnelle pour 41,7 % d'entre eux. Sur les 50,8 millions de Français de plus de 19 ans en 2018, 52,4 % de sujets présentaient une activité professionnelle, pour une population active de 29,6 millions d'individus. Dans notre échantillon, 27,9 % des



sujets de 25 à 64 ans sont détenteurs d'un diplôme d'étude supérieur (*i.e* bac+2 ou plus) ce qui est proche des données nationales sur cette classe d'âge (29,8 % des Français en 2013). Un faible niveau d'éducation est un facteur de risque bien connu de dépression (Chang-Quan *et al.*, 2010; Khalaila, 2016; Lorant *et al.*, 2003) ce qui pourrait être contrebalancé dans notre échantillon par un moindre accès aux soins des populations à faible niveau éducatif (Doorslaer and Masseria, 2004). En moyenne, les patients recrutés ont 1,6 enfants. 33,3 % se déclarent en couple et 48,5 % déclarent vivre seul. A titre de comparaison, 58 % des individus de plus de 15 ans se déclaraient en couple en 2018 dans la région Hauts-De-France (Lermechin and Warmoës, 2018). Le célibat est un facteur de risque établis d'EDC (Vink *et al.*, 2008), bien que nous ne retrouvons pas d'association avec la DMS chez les patients inclus.

Les périodes de recrutement ont recouvert une année civile, permettant de prendre en compte l'impact de la saisonnalité de la saisonnalité sur les troubles de l'humeur (Geoffroy *et al.*, 2014 ; Kurlansik and Ibay, 2012).

La sélection d'une population homogène de patients a permis d'augmenter la puissance de l'étude en diminuant le bruit statistique. Malgré cela, les éléments cités ci-dessus nous permettent de conclure que l'échantillon garde une bonne représentativité des patients hospitalisés pour EDC en France.

## **ii. Limites de l'étude**

Il existe plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, la taille de l'échantillon est modeste et pourrait entraîner une puissance insuffisante pour montrer une association statistique entre différentes variables et la DMS. Ensuite, le recrutement n'a pas été effectué de manière randomisée mais dépendait des ½ journées de formation autorisées pour les internes en médecine. Par ailleurs, les patients en chambre protégé n'ont pas été rencontrés pour ne pas interférer avec l'activité du service. Les patients présentant un risque auto ou hétéro-agressif

plus important ou présentant des troubles du comportement majeurs avaient donc une moindre probabilité d'être inclus. Un biais de recrutement ne peut donc pas être écarté.

Ces faiblesses, et particulièrement la faible taille de l'échantillon, pourraient expliquer i) que l'étude ne montre pas d'association entre plusieurs facteurs pronostics négatifs connus d'EDC et la DMS, ii) la faible ampleur de la corrélation entre la sévérité symptomatologique à l'entrée et la DMS. Cependant, d'autres équipes ont montré un faible impact de la sévérité symptomatologique à l'entrée sur la variance de la DMS (Warnke *et al.*, 2011). L'importance des habitudes de pratiques et de l'organisation de l'offre de soin locale doit donc être pris en compte dans l'évaluation de la DMS.

Un patient présente une durée d'hospitalisation atypique par rapport au reste de la population (112 jours). Il s'agit du seul patient de l'étude à avoir bénéficié d'électroconvulsivothérapie, stratégie thérapeutique associée à une augmentation de la DMS dans certains travaux (Blank *et al.*, 2005; Matsumoto *et al.*, 2014). Son éviction, *a posteriori*, de l'analyse statistique conduit à une corrélation non significative entre sévérité symptomatologique et DMS ( $p = 0,08$ ). Il est donc possible que la réalisation d'électroconvulsivothérapie chez ce patient soit en facteur confondant dans l'association statistique. Néanmoins, il s'agit d'une stratégie thérapeutique invasive réservée, dans les algorithmes décisionnels des sociétés savantes, aux patients présentant les EDC les plus sévères et résistants.

\*\*\*

Au vu d'une part de la faible corrélation retrouvée entre la sévérité et la DMS et d'autre part de l'absence de corrélation observée entre divers facteurs pronostics et la DMS nous formulons l'hypothèse qu'il existe deux populations de patients hospitalisés présentant un EDC :

- i) Une population d'EDC sévères pour lesquels la pris en charge ambulatoire a échoué ou est insuffisante. Dans ce contexte, la rémission de la symptomatologie dépressive est le déterminant principal de la décision de fin de d'hospitalisation. Par effet de régression à la moyenne, il était décrit une plus grande efficacité des antidépresseurs chez ces patients plus sévères (Kirsch *et al.*, 2008 ; Fournier *et al.*, 2010). Des données plus récentes ont cependant remis en cause ces observations initiales (Gibbons *et al.*, 2012 ; Fountoulakis *et al.*, 2013).
- ii) D'autre part, une population de patients présentant un EDC d'intensité plus modéré mais pour lesquels la décision d'hospitalisation est déterminée par des comorbidités somatiques, psychiatriques ou des difficultés sociales entraînant une résistance thérapeutique. Chez ces patients, c'est la rémission de ces diverses comorbidités et non la sévérité symptomatologique initiale et/ou son évolution qui est déterminante de la durée d'hospitalisation.

L'inclusion de ces deux populations de patients expliquerait la faiblesse de la corrélation entre sévérité symptomatologique et durée d'hospitalisation.

## V- Conclusion

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) des patients en psychiatrie est extrêmement variable, à diagnostic égal, y compris au sein d'une même institution. A différentes échelles, les conditions politico-historiques de construction du système de soin et les habitudes de pratique des professionnels de santé expliquent une part de cette variabilité. A l'échelle du patient, de nombreux facteurs socio-démographiques, cliniques et anamnestiques ont été associés à la DMS des patients. Ils sont cependant retrouvés de manière inconstante et ils n'expliquent, dans leur intégralité, qu'une faible part de la variance de la DMS. L'hétérogénéité des populations de patient inclus et la diversité des protocoles de recherche pourraient expliquer cette « variabilité manquante ».

Nous avons effectué une revue de littérature concernant la variation de la DMS en psychiatrie d'où nous avons dégagé des recommandations pour l'étude des variables associées à une modification de la DMS chez les patients hospitalisés en services de psychiatrie. Brièvement, nous proposons des critères d'inclusion centrés sur un diagnostic unique dans un bassin de population homogène. Afin de limiter les biais liés aux tests statistiques multiples, nous préconisons de définir *a priori* une hypothèse principale et de rendre compte de l'ensemble des tests statistiques effectués sur les hypothèses secondaires.

Nous avons ensuite mené une étude prouvant la faisabilité de ce modèle au sein du CH du Rouvray. Nous retrouvons, chez les patients hospitalisés pour EDC une association significative entre la durée d'hospitalisation et la sévérité symptomatologique à l'entrée. D'autre part, les autres variables qui corrèlent avec la durée d'hospitalisation sont l'âge et le statut professionnel. La mise à jour de résultats statistiquement significatifs dans un échantillon de taille modeste tend à justifier les critères énoncés ci-dessus.

La répétition de ce type d'étude dans des contextes variés permettraient d'obtenir une plus grande puissance statistique. Un découpage plus fin des phénotypes deviendrait, alors, possible. De plus, la confrontation des données issus de différentes unités de soin donnerait un axe d'étude des habitudes de pratique des praticiens et de leur effet sur la DMS. Bien que celles-ci soient connues pour expliquer une part importante de la variation de la DMS des patients, il s'agit d'une *terra incognita* de la recherche épidémiologique en psychiatrie.

## VI- Bibliographie

- Alamo, C., López-Muñoz, F., García-García, P., and García-Ramos, S. (2014). Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics* 14, 261–268.
- Amital, D., Fostick, L., Silberman, A., Beckman, M., and Spivak, B. (2008). Serious life events among resistant and non-resistant MDD patients. *J Affect Disord* 110, 260–264.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.-U., and Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur. J. Neurol.* 12 *Suppl* 1, 1–27.
- Babalola, O., Gormez, V., Alwan, N.A., Johnstone, P., and Sampson, S. (2014). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* CD000384.
- Babini, V.P. (2014). Looking back: Italian psychiatry from its origins to Law 180 of 1978. *J. Nerv. Ment. Dis.* 202, 428–431.
- Barbui, C., Papola, D., and Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* 12, 43.
- Barros, R.E.M., Marques, J.M. de A., Santos, J.L.F., Zuardi, A.W., and Del-Ben, C.M. (2016). Impact of length of stay for first psychiatric admissions on the ratio of readmissions in subsequent years in a large Brazilian catchment area. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51, 575–587.
- Beard, C., Hearon, B.A., Lee, J., Kopeski, L.M., Busch, A.B., and Björgvinsson, T. (2016). When Partial Hospitalization Fails: Risk Factors for Inpatient Hospitalization. *J. Nerv. Ment. Dis.* 204, 431–436.
- Blais, M.A., Matthews, J., Lipkis-Orlando, R., Lechner, E., Jacobo, M., Lincoln, R., Gulliver, C., Herman, J.B., and Goodman, A.F. (2003). Predicting length of stay on an acute care medical psychiatric inpatient service. *Adm Policy Ment Health* 31, 15–29.
- Blank, K., Hixon, L., Gruman, C., Robison, J., Hickey, G., and Schwartz, H.I. (2005). Determinants of geropsychiatric inpatient length of stay. *Psychiatr Q* 76, 195–212.
- Braithwaite, J., Hibbert, P., Blakely, B., Plumb, J., Hannaford, N., Long, J.C., and Marks, D. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. *SAGE Open Med* 5.
- Breslow, R.E., Klinger, B.I., and Erickson, B.J. (1996). Acute intoxication and substance abuse among patients presenting to a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 18, 183–191.
- Burti, L., and Benson, P.R. (1996). Psychiatric reform in Italy: developments since 1978. *Int J Law Psychiatry* 19, 373–390.
- Carter, G.C., Cantrell, R.A., Victoria Zarotsky, null, Haynes, V.S., Phillips, G., Alatorre, C.I., Goetz, I., Paczkowski, R., and Marangell, L.B. (2012). Comprehensive review of factors implicated in the heterogeneity of response in depression. *Depress Anxiety* 29, 340–354.
- Chai, Y.K., Wheeler, Z., Herbison, P., Gale, C., and Glue, P. (2013). Factors associated with hospitalization of adult psychiatric patients: cluster analysis. *Australas Psychiatry* 21, 141–146.
- Chang-Quan, H., Zheng-Rong, W., Yong-Hong, L., Yi-Zhou, X., and Qing-Xiu, L. (2010). Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *Int J Psychiatry Med* 40, 109–124.

- Cheng, I.-C., Liao, S.-C., Lee, M.-B., and Tseng, M.M.-C. (2007). Predictors of treatment response and length of stay for inpatients with major depression. *J. Formos. Med. Assoc.* *106*, 903–910.
- Chevreur, K., Prigent, A., Bourmaud, A., Leboyer, M., and Durand-Zaleski, I. (2013). The cost of mental disorders in France. *Eur Neuropsychopharmacol* *23*, 879–886.
- Choy, L., and Dunn, E. (2007). Determinants of Length of Stay in a General Hospital Psychiatric Unit in Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* *17*, 8.
- Chung, W., Cho, W.H., and Yoon, C.W. (2009). The influence of institutional characteristics on length of stay for psychiatric patients: a national database study in South Korea. *Soc Sci Med* *68*, 1137–1144.
- Cuerq, A., Païta, M., and Ricordeau, P. (2008). Les causes médicales de l’invalidité en 2006 (Points Repère).
- Dimitri, G., Giacco, D., Bauer, M., Bird, V.J., Greenberg, L., Lasalvia, A., Lorant, V., Moskalewicz, J., Nicaise, P., Pfennig, A., et al. (2018). Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries? *Eur. Psychiatry* *48*, 6–12.
- Doorslaer, E. van, and Masseria, C. (2004). Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries.
- Engstrom, E.J. (2012). History of psychiatry and its institutions. *Curr Opin Psychiatry* *25*, 486–491.
- Fagot, J.-P., Cuerq, A., Samson, S., and Fagot-Campagna, A. (2016). Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up. *Int. J. Clin. Pract.* *70*, 744–751.
- Figuerola, R., Harman, J., and Engberg, J. (2004). Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate. *Psychiatr Serv* *55*, 560–565.
- Foot, J. (2014). Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Crit Radic Soc Work* *2*, 235–249.
- Fortney, J.C., Booth, B.M., and Smith, G.R. (1996). Variation among VA hospitals in length of stay for treatment of depression. *Psychiatr Serv* *47*, 608–613.
- Fountoulakis, K.N., Veroniki, A.A., Siamouli, M., and Möller, H.-J. (2013). No role for initial severity on the efficacy of antidepressants: results of a multi-meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* *12*, 26.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., and Fawcett, J. (2010). Antidepressant Drug effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis. *JAMA* *303*, 47–53.
- Furukawa, T.A. (2010). Assessment of mood: guides for clinicians. *J Psychosom Res* *68*, 581–589.
- Gandré, C., Gervais, J., Thillard, J., Macé, J.-M., Roelandt, J.-L., and Chevreur, K. (2017). The Development of Psychiatric Services Providing an Alternative to Full-Time Hospitalization Is Associated with Shorter Length of Stay in French Public Psychiatry. *Int J Environ Res Public Health* *14*.
- Gastal, F.L., Andreoli, S.B., Quintana, M.I., Almeida Gameiro, M., Leite, S.O., and McGrath, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica* *34*, 280–285.

- Geoffroy, P.A., Bellivier, F., Scott, J., and Etain, B. (2014). Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *J Affect Disord* 168, 210–223.
- Gibbons, R.D., Hur, K., Brown, C.H., Davis, J.M., and Mann, J.J. (2012). Who Benefits from Antidepressants? *Arch Gen Psychiatry* 69, 572–579.
- Herr, B.E., Abraham, H.D., and Anderson, W. (1991). Length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry* 13, 68–70.
- Holloway, F., Wykes, T., Petch, E., and Lewis-Cole, K. (1999). The New Long Stay in an Inner City Service: a Tale of Two Cohorts. *Int J Soc Psychiatry* 45, 93–103.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., and Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression--a systematic review. *J Affect Disord* 129, 1–13.
- Imai, H., Hosomi, J., Nakao, H., Tsukino, H., Katoh, T., Itoh, T., and Yoshida, T. (2005). Characteristics of psychiatric hospitals associated with length of stay in Japan. *Health Policy* 74, 115–121.
- Jiménez, R.E., Lam, R.M., Marot, M., and Delgado, A. (2004). Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Serv Res* 4, 4.
- Jobe, T.H., and Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry* 50, 892–900.
- Kanata, T. (2016). Japanese mental health care in historical context: why did Japan become a country with so many psychiatric care beds? *Social Work* 52, 471–489.
- Kessler, R.C., and Bromet, E.J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health* 34, 119–138.
- Khalaila, R. (2016). Depression statuses and related predictors in later life: A 10-year follow-up study in Israel. *Eur J Ageing* 13, 311–321.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., and Johnson, B.T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 5, e45.
- Kok, R.M., and Reynolds, C.F. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA* 317, 2114–2122.
- Kurlansik, S.L., and Ibay, A.D. (2012). Seasonal affective disorder. *Am Fam Physician* 86, 1037–1041.
- Lamb, H.R., and Weinberger, L.E. (2016). Rediscovering the Concept of Asylum for Persons with Serious Mental Illness. *J. Am. Acad. Psychiatry Law* 44, 106–110.
- Lauber, C., Lay, B., and Rössler, W. (2006). Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression. *J Affect Disord* 93, 43–51.
- Laursen, T.M., Musliner, K.L., Benros, M.E., Vestergaard, M., and Munk-Olsen, T. (2016). Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *J Affect Disord* 193, 203–207.
- Léon, C., Chan Chee, C., and Roscoät, E. (2018). La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 637, 32–33.



- Lermechin, H., and Warmoës, J. (2018). Mariage, Pacs, concubinage : à chaque âge son statut.
- Lieberman, P.B., Wiitala, S.A., Elliott, B., McCormick, S., and Goyette, S.B. (1998). Decreasing length of stay: are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization? *Am J Psychiatry* 155, 905–909.
- Lopez, A.D., and Murray, C.C. (1998). The global burden of disease, 1990-2020. *Nat. Med.* 4, 1241–1243.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., and Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am. J. Epidemiol.* 157, 98–112.
- Luppino, F.S., de Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B.W.J.H., and Zitman, F.G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch. Gen. Psychiatry* 67, 220–229.
- Matsumoto, T., Kobayashi, T., and Kato, S. (2014). Predictors of length of hospital stay for patients with late-onset depression in Japan. *Psychogeriatrics* 14, 124–131.
- National Center for Health Statistics (US) (2010). Health, United States, 2009: With Special Feature on Medical Technology (Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics (US)).
- Oshima, I., Mino, Y., and Inomata, Y. (2003). Institutionalisation and schizophrenia in Japan: Social environments and negative symptoms: Nationwide survey of in-patients. *The British Journal of Psychiatry* 183, 50–56.
- Pauselli, L., Verdolini, N., Bernardini, F., Compton, M.T., and Quartesan, R. (2017). Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. *Psychiatr Q* 88, 129–140.
- Pycha, R., Giupponi, G., Schwitzer, J., Duffy, D., and Conca, A. (2011). Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 261 Suppl 2, S135-139.
- Rocca, P., Mingrone, C., Mongini, T., Montemagni, C., Pulvirenti, L., Rocca, G., and Bogetto, F. (2010). Outcome and length of stay in psychiatric hospitalization, the experience of the University Clinic of Turin. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45, 603–610.
- Ruaño, G., Szarek, B.L., Villagra, D., Gorowski, K., Kocherla, M., Seip, R.L., Goethe, J.W., and Schwartz, H.I. (2013). Length of psychiatric hospitalization is correlated with CYP2D6 functional status in inpatients with major depressive disorder. *Biomark Med* 7, 429–439.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., and Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Shinjo, D., Tachimori, H., Sakurai, K., Ohnuma, T., Fujimori, K., and Fushimi, K. (2017). Factors affecting prolonged length of stay in psychiatric patients in Japan: A retrospective observational study. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 71, 542–553.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., and Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 9, 87–98.

- Thomas, M.R., Rosenberg, S.A., Giese, A.A., Fryer, G.E., Dubovsky, S.L., and Shore, J.H. (1996). Shortening length of stay without increasing recidivism on a university-affiliated inpatient unit. *Psychiatr Serv* 47, 996–998.
- Tulloch, A.D., David, A.S., and Thornicroft, G. (2016). Exploring the predictors of early readmission to psychiatric hospital. *Epidemiol Psychiatr Sci* 25, 181–193.
- Van der Kooy, K., van Hout, H., Marwijk, H., Marten, H., Stehouwer, C., and Beekman, A. (2007). Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 22, 613–626.
- Vázquez Morejón, A.J., León Rubio, J.M., and Vázquez-Morejón, R. (2018). Social support and clinical and functional outcome in people with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 64, 488–496.
- Vink, D., Aartsen, M.J., and Schoevers, R.A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 106, 29–44.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R.M., Bhutta, Z.A., Brown, A., Carter, A., Casey, D.C., Charlson, F.J., Chen, A.Z., et al. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 388, 1545–1602.
- Warnke, I., Rössler, W., and Herwig, U. (2011). Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services. *BMC Psychiatry* 11, 120.
- Wickizer, T.M., and Lessler, D. (1998). Do treatment restrictions imposed by utilization management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients? *Med Care* 36, 844–850.
- Zhou, Y., Rosenheck, R.A., Mohamed, S., Fan, N., Ning, Y., and He, H. (2014). Retrospective assessment of factors associated with readmission in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. *Shanghai Arch Psychiatry* 26, 138–148.
- (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

## Annexe

### Liste des articles considérés pour la réalisation de la figure p.37 : variables influençant la DMS en psychiatrie.

- Badriah F, Abe T, Nabeshima Y, Ikeda K, Kuroda K, Hagihara A. Predicting the length of hospital stay of psychiatry patients using signal detection analysis. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):1211-1218.
- Blank K, Hixon L, Gruman C, Robison J, Hickey G, Schwartz HI. Determinants of geropsychiatric inpatient length of stay. *Psychiatr Q.* 2005;76(2):195-212. doi: doi.org/10.1007/s11089-005-2339-x
- Choi LW, Dunn ELW. Determinants of Length of Stay in a General Hospital Psychiatric Unit in Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 2007;17:131-8
- Chung W, Cho WH, Yoon CW. The influence of institutional characteristics on length of stay for psychiatric patients: a national database study in South Korea. *Soc Sci Med.* 2009;68(6):1137-1144. doi:10.1016/j.socscimed.2008.12.045
- Chung W, Oh S-M, Suh T, Lee YM, Oh BH, Yoon C-W. Determinants of length of stay for psychiatric inpatients: analysis of a national database covering the entire Korean elderly population. *Health Policy.* 2010;94(2):120-128. doi:10.1016/j.healthpol.2009.09.004
- Fortney JC, Booth BM, Smith GR. Variation among VA hospitals in length of stay for treatment of depression. *Psychiatr Serv.* 1996;47(6):608-613. doi:10.1176/ps.47.6.608
- Herr BE, Abraham HD, Anderson W. Length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry.* 1991;13(1):68-70.
- Gandré C, Gervais J, Thillard J, Macé J-M, Roelandt J-L, Chevreur K. The Development of Psychiatric Services Providing an Alternative to Full-Time Hospitalization Is Associated with Shorter Length of Stay in French Public Psychiatry. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(3). doi:10.3390/ijerph14030325
- Imai H, Hosomi J, Nakao H, *et al.* Characteristics of psychiatric hospitals associated with length of stay in Japan. *Health Policy.* 2005;74(2):115-121. doi:10.1016/j.healthpol.2004.12.018
- Jacobs R, Gutacker N, Mason A, *et al.* Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: a regression analysis. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:439. doi:10.1186/s12913-015-1107-6
- Jiménez RE, Lam RM, Marot M, Delgado A. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Serv Res.* 2004;4(1):4. doi:10.1186/1472-6963-4-4
- Kästner D, Löwe B, Weigel A, Osen B, Voderholzer U, Gumz A. Factors influencing the length of hospital stay of patients with anorexia nervosa - results of a prospective multi-center study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):22. doi:10.1186/s12913-017-2800-4
- Kecskés I, Rihmer Z, Kiss K, Vargha A, Szili I, Rihmer A. Possible effect of gender and season on the length of hospitalisation in unipolar major depressives. *J Affect Disord.* 2003;73(3):279-282.
- Lauber C, Lay B, Rössler W. Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression. *J Affect Disord.* 2006;93(1-3):43-51. doi:10.1016/j.jad.2006.02.002

Matsumoto T, Kobayashi T, Kato S. Predictors of length of hospital stay for patients with late-onset depression in Japan. *Psychogeriatrics*. 2014;14(2):124-131. doi:10.1111/psyg.12048

Pauselli L, Verdolini N, Bernardini F, Compton MT, Quartesan R. Predictors of Length of Stay in an Inpatient Psychiatric Unit of a General Hospital in Perugia, Italy. *Psychiatr Q*. 2017;88(1):129-140. doi:10.1007/s11126-016-9440-4

Sloan DM, Yokley J, Gottesman H, Schubert DS. A five-year study on the interactive effects of depression and physical illness on psychiatric unit length of stay. *Psychosom Med*. 1999;61(1):21-25.  
Tulloch AD, Fearon P, David AS. Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(3):155-168. doi:10.1007/s10488-010-0310-3

Warnke I, Rössler W, Herwig U. Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services. *BMC Psychiatry*. 2011;11:120. doi:10.1186/1471-244X-11-120

Wilson KG, Kraitberg NJ, Brown JH, Bergman JN. Electroconvulsive therapy in the treatment of depression: the impact on length of stay. *Compr Psychiatry*. 1991;32(4):345-354.

## Résumé

*Introduction* : Il n'existe pas de recommandation quant à la durée optimale d'hospitalisation des patients en psychiatrie. Celle-ci est donc laissée à l'appréciation du clinicien. Ainsi, la durée moyenne de séjour des patients en hôpital psychiatrique est extrêmement variable tant à l'échelle internationale qu'au sein d'une même institution. A l'échelle du patient les facteurs cliniques, anamnestiques et socio-démographiques associés à la durée moyenne de séjour n'expliquent qu'une part minoritaire de cette variabilité. L'effet de ces variables est minimisé par l'hétérogénéité des paradigmes de recherche et des caractéristiques des patients étudiés. Le recrutement de populations de patients homogènes avec des critères d'inclusion comprenant *i*) un cadre diagnostique unique, *ii*) un bassin de population limité et *iii*) une seule institution hospitalière est nécessaire pour optimiser la puissance de ces études.

*Objectifs* : Etude des facteurs corrélant avec la durée d'hospitalisation chez des patients souffrant d'épisode dépressif caractérisé au sein du pôle Rouen rive-droite du Centre Hospitalier du Rouvray ; Sévérité clinique mesuré par l'*Hamilton Depression rating scale* comme critère de jugement principal.

*Matériel & Méthodes* : Les patients présentant un épisode dépressif caractérisé selon les critères du DSM-IV-TR ont été inclus dans les 7 jours suivant leur hospitalisation. La passation d'un questionnaire standardisé, conçu à l'aide d'une revue de la littérature, a permis le recueil des données socio-démographiques, cliniques et anamnestiques pertinentes. La sévérité de l'épisode dépressif a été évaluée à l'aide de l'*Hamilton Depression rating scale*.

*Résultats & Discussion* : Au total, 72 patients ont été inclus dans cette étude avec une durée moyenne de séjour de 20,8 jours. Ce travail nous a permis de démontrer, pour la première fois de manière prospective, que la sévérité de l'épisode est significativement associée à la durée d'hospitalisation chez nos patients. Deux autres variables sont également associées à la durée

d'hospitalisation : l'âge et la présence d'un emploi, ce qui était attendu au vu des données de la littérature.

*Conclusion* : Nos critères d'inclusions visant à recruter une population homogène de patients a permis de compenser la taille modeste de l'échantillon. La répétition de ce modèle d'étude sur des populations et dans des contextes d'études variés permettra une meilleure compréhension de la variabilité de la durée moyenne de séjour en psychiatrie.

*Mots clés* : Psychiatrie – Episode Dépressif Caractérisé – Durée Moyenne de Séjour – Epidémiologie