



HAL
open science

**Les programmes de soins en pratique clinique
psychiatrique courante : étude rétrospective à l'EPSM
Morbihan**
Émilie Maillet

► **To cite this version:**

Émilie Maillet. Les programmes de soins en pratique clinique psychiatrique courante : étude rétrospective à l'EPSM Morbihan. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02569530

HAL Id: dumas-02569530

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02569530>

Submitted on 10 May 2021

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Emilie Maillet

Née le 27 Février 1986 à Enghien-les-Bains

**Les programmes
de soins en pratique
clinique psychiatrique
courante : étude
rétrospective à
l'EPSM Morbihan.**

**Thèse soutenue à RENNES
le 8 Novembre 2019**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

PU-PH-Université Rennes 1-CHGR/
Président

Florian NAUDET

PU-PH- Université Rennes 1-CHGR/
Examineur

Gabriel ROBERT

MCU-PH-Université Rennes 1-CHGR/
Examineur

Didier ROBIN

PH-EPSM MORBIHAN/
Examineur

Graziella LANCELOT

PH-EPSM MORBIHAN/
Directrice de thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
présentée par

Emilie Maillet

Née le 27 Février 1986 à Enghien-les-Bains

**Les programmes
de soins en pratique
clinique psychiatrique
courante : étude
rétrospective à
l'EPSM Morbihan.**

**Thèse soutenue à RENNES
le 8 Novembre 2019**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

PU-PH-Université Rennes 1-CHGR/
Président

Florian NAUDET

PU-PH- Université Rennes 1-CHGR/
Examineur

Gabriel ROBERT

MCU-PH-Université Rennes 1-CHGR/
Examineur

Didier ROBIN

PH-EPSM MORBIHAN/
Examineur

Graziella LANCELOT

PH-EPSM MORBIHAN/
Directrice de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie; addictologie

DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean- Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie

JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE CHAPELLE	LA Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU- SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale

NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie;hépatologie; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie

TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur des Universités EMERITE	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CHALES	Gérard	Professeur des Universités EMERITE	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	Professeur des Universités EMERITE	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
EDAN	Gilles	Professeur des Universités CONSULTANAT	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique

HUTEN	Denis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEGUERRIER	Alain	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur des Universités EMERITE	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Professeur des Universités EMERITE	Maladies infectieuses; maladies tropicales

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN	épouse Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
THIBAUT			
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie

			et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-	Solène-	MCU-PH	Anatomie et cytologie
JACQUET	Florence		pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER	épouse Marie-	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ;
LORNE	Clémence		pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique Drapier

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir permis de choisir ce sujet, de votre accompagnement et votre enseignement depuis le début de mon internat.

A Monsieur le Professeur Florian Naudet

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse ainsi que pour ton enseignement pendant l'internat.

A Monsieur le Docteur Gabriel Robert

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et vous remercie pour votre enseignement pendant l'internat.

A Monsieur le Docteur Didier Robin

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse ainsi que pour votre enseignement depuis le début de mon internat.

A Madame le Docteur Graziella Lancelot

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Je vous remercie également pour votre accompagnement, vos conseils, votre écoute, votre soutien, votre bienveillance et votre confiance pour ce travail de thèse et pour mon travail de psychiatre au sein de votre pôle.

Dédicaces

Aux professionnels qui ont participé à ma formation et soutenue dans mon apprentissage à l'EPSM Morbihan, l'UHCD Lanteri Laura, au SAU de Pontchaillou et pendant mes gardes au CHGR. Vous m'avez conforté dans mon choix pour la psychiatrie et donné envie de rester travailler à l'EPSM Morbihan.

Aux équipes de l'UMP-CAO, CEPRa et CMP de Vannes avec qui c'est un plaisir de travailler, merci pour votre confiance et votre professionnalisme. Merci à mes « deuxièmes mamans » Corinne, Michèle, Morgane et Odile, à Isabella pour ses précieux conseils et Anne-Sophie pour son efficacité bienveillante.

A tous ceux qui ont permis que cette thèse soit possible, notamment Elisabeth, Alexandre et l'équipe du DIM pour leur aide précieuse. A Marie-Océane et Oksanna pour leur relecture approfondie et bienveillante.

A mes amies du collège et lycée, Bénédicte, Céline, Jessica, Sugannya et Vanessa malgré la distance nous sommes toujours en contact !

A mes amies pharmaciens depuis 16 ans, Anne, Angèle, Estelle, Sabine et Suzanne, pour votre soutien, vos encouragements et votre présence, j'espère que nous nous verrons encore sur Paris/IDF/autre pendant les 16 années à venir malgré la distance!

A mes amis médecins Cécile, Isabelle, Sophie et Shouyu, pour votre soutien et ces bons moments depuis 10 ans. Prochain voyage à programmer impérativement! Merci tout particulièrement à Isabelle, sans qui je n'aurai jamais réussi aussi bien l'ECN et à Sophie pour ses encouragements quotidiens pendant ces derniers mois si difficiles!

Aux co-internes rencontrés pendant toutes ces années d'internat et plus particulièrement Blandine, Florie, Joséphine, Marine, Marion, Margaux, Sabrina.

A mes amies Morbihannaises Alix, Anne, Leila et Marie-Océane, merci pour votre soutien, vos encouragements et votre présence depuis mon arrivée.

A ma famille éparpillée des Bouches du Rhône, de Calédonie, de Corrèze, de l'Ile-de-France, du Maine et Loire, de Touraine, du Var, merci pour ces bons moments de fête et ces fous rires entre cousins et cousines. A ceux qui sont partis trop tôt dont Mamie Ju qui nous manque tant depuis ce jour des choix de l'internat.

Et enfin et surtout, à ceux qui supportent ma (soi disant) mauvaise humeur quand je suis stressée, qui me supportent en études depuis le bac de 2003 (que je ne devais pas avoir d'ailleurs): mes parents Luc et Cathy, et ma sœur Marion. Vous pouvez souffler à présent! Merci pour votre amour et votre soutien en toute circonstance !

Sans oublier JC et Lana qui ont intégré notre famille, mes pauvres... Mais nous, nous en sommes très heureux !

**Les programmes de soins en pratique clinique
psychiatrique courante : étude rétrospective à
l'EPSM Morbihan.**

**Involuntary Outpatient Commitment in common
psychiatric clinical practice : retrospective study
at the Morbihan's public mental health institution**

Table des matières

Résumé	15
Abstract	16
Mots-clés et keywords	17
Glossaire	18
Préambule	19
A.Rappel historique et réglementaire des soins psychiatriques sans consentement en France	19
a. Loi du 30 Juin 1838	19
b. Loi du 27 Juin 1990	19
c. Loi du 4 Mars 2002	19
d. Loi du 5 Juillet 2011	19
e. Loi du 27 Septembre 2013	21
f. Loi du 26 Janvier 2016	22
B.Les soins ambulatoires sans consentement à l'étranger	22
C.Les programmes de soins en France	24
1.Introduction	26
2.Méthode	27
2.1 Design de l'étude	27
2.2 Population de l'étude	27
2.2.1 Critères d'inclusion	27
2.2.2 Critères de non inclusion	27
2.3 Paramètres cliniques étudiés	28
2.3.1 Données socio-démographiques	28
2.3.2 Données cliniques	28
2.3.3 Critères de jugement	29
2.4 Analyses statistiques	30
3.Résultats	31
3.1 Diagramme des flux de patients	31
3.2 Données socio-démographiques	31
3.3 Données cliniques	31
3.4 Données cliniques spécifiques au groupe PS	33
3.5 Critère de jugement principal	33
3.6 Critères de jugement secondaires	33
4.Discussion	35
4.1 A propos du débat suscité par les PS	35

4.2 Principaux résultats de l'étude	36
4.3 Limites de l'étude	41
4.4 Perspectives	42
5.Conclusion	43
Références	44
Liste des tableaux	49
Tableau 1	50
Tableau 2	51
Tableau 3	51
Tableau 4	51
Tableau 5	51
Tableau 6	52
Tableau 7	52
Tableau 8	53
Tableau 9	54
Tableau 10	54
Tableau 11	54
Tableau 12	54
Tableau 13	54
Liste des figures	55
Figure 1	56

Résumé

Introduction :

La loi du 5 juillet 2011 révisée le 23 septembre 2013 introduit les programmes de soins dont le contenu est précisé dans la loi du 26 janvier 2016. Nous retrouvons très peu d'études en France sur les programmes de soins. La rédaction du programme de soins est disparate. Les pratiques varient selon les établissements et les praticiens. Le recours au programme de soins est aléatoire selon les territoires. Le but de notre travail était d'étudier l'utilisation et l'intérêt en pratique clinique courante des programmes de soins en comparaison avec les soins ambulatoires libres à l'EPSM Morbihan à la sortie d'une hospitalisation sans consentement.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique à l'EPSM Morbihan à partir des données extraites des dossiers patients informatisés. Nous avons comparé les données pendant l'hospitalisation complète (HC) en mesure de soin sans consentement (SSC) nouvellement initiée entre le 01/01/17 et le 06/05/17 des patients sortis de l'EPSM Morbihan en soins libres après levée de la mesure de SSC (groupe SPL) avec celles des patients sortis de l'EPSM Morbihan en programme de soins (groupe PS). Nous avons ensuite comparé les données des réhospitalisations et du suivi ambulatoire pendant un an après la sortie de l'hôpital dans ces 2 groupes. Le critère de jugement principal était le nombre de patients réhospitalisés dans l'année suivant la sortie de l'hôpital.

Résultats :

100 patients ont été inclus, 64 dans le groupe SPL et 36 dans le groupe PS. Le taux de recours au PS parmi les patients hospitalisés en HC en SSC initialement était de 36%. Les patients du groupe SPL étaient significativement davantage admis en HC en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) (21.9%) que le groupe PS (2.8%), ($p=0.09$). Nous retrouvons dans les diagnostics principaux, significativement plus de F20-29 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) dans le groupe PS (69.4%) que dans le groupe SPL (39.1%), ($p=0.004$). Le diagnostic F32 (épisodes dépressifs) était significativement plus présent dans le groupe SPL (32.8%) que dans le groupe PS (0.0%), ($p=2.300E-5$). Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre le groupe SPL (31.3%) et le groupe PS (38.9%), ($p=0.439$) concernant le nombre de patients réhospitalisés dans l'année suivant la sortie de l'hôpital.

Conclusion :

Nous pointons la nécessité de nouvelles études en France. L'élaboration de recommandations pourrait permettre d'optimiser l'utilisation et l'efficacité du programme de soins pour les patients, les praticiens et les équipes.

Abstract

Introduction :

The Law of July 5th 2011, revised on the 23rd of September 2013, introduced involuntary outpatient commitment, also known as Care Programs (CP), which were further redefined in the law of January 26th 2016. There are very few studies about the CP in France. The use and details of the CP varies between hospitals, practitioners and territories. The aim of our work was to study the use and the interest in common clinical practice of the CP compared with free ambulatory care in a population of patients discharged from hospital after an hospitalization without consent.

Method :

We conducted an observational, single center retrospective study at the Morbihan's public mental health institution (EPSM Morbihan). We extracted data from the patients's computerized files.

We recorded inpatient's data for patients under hospitalization without consent newly initiated between 01/01/17 and 06/02/17, and compared the data of patients discharged on ambulatory free care (SPL group) with those of patients discharged on CP (PS group). We then extracted the data from further hospital stays in both groups as well as data from the outpatient follow up up to one year after initial discharge, and compared it between groups. Our primary outcome was the number of patients rehospitalized in the year after initial discharge.

Results :

We included 100 patients, 64 in the SPL group and 36 in the PS group. The proportion of CP among the patients under care without consent was 36%.

The proportion of patients initially hospitalized without consent in the SPPI legal mode (psychiatric care in case of imminent danger) was significantly higher in the SPL group (21.9%) compared to the PS group, ($p=0.09$).

There was more F20-29 diagnosis (schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) in the PS group (69.4%) compared to the SPL group (39.1%), ($p=0.004$). However there was more F32 diagnosis (Depressive episode) in the SPL group (32.8%) compared to the PS group (0.0%), ($p=2.300E-5$).

There was no statistically significant difference in the number of rehospitalized patients in the year after initial discharge between the SPL group (31.3%) and the PS group (38.9%), ($p=0.439$).

Conclusion :

More studies are needed in France. Guidelines could optimize the use and efficiency of the involuntary outpatient commitment called CP for the patients, doctors and care givers.

Mots-clés

Psychiatrie

Soins psychiatriques

Loi du 5 Juillet 2011

Soins sans consentement

Hospitalisation sans consentement

Soins ambulatoires sans consentement

Programme de soins

Soins ambulatoires

Keywords

Psychiatry

Psychiatric care

Law of July 5th, 2011

Care without consent

Hospitalization without consent

Community treatment order

Involuntary outpatient commitment

Outpatient care

Glossaire

AAH : Allocation Adultes Handicapés

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CIM-10 : 10^e révision de la classification internationale des maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

DIM : Département d'Information Médicale

EPSM Morbihan : Etablissement Public de Santé Mentale Morbihan

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : Hospitalisation Complète

HJ : Hôpital de Jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

PS : Programme de Soins

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

SDDE : Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement de santé

SPL : Soins Psychiatriques Libres

SASC : Soins (psychiatriques) Ambulatoires Sans Consentement

SSC : Soins (psychiatriques) Sans Consentement

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

SPDREU : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat, procédure d'Urgence

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

UMD : Unité pour Malades Difficiles

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques

VAD : Visite A Domicile

Préambule

A. Rappel historique et réglementaire des soins psychiatriques sans consentement en France

a. Loi du 30 Juin 1838

Au XIX^e siècle, le Docteur Philippe Pinel permet « la libération des aliénés de leurs chaînes » (1). Son élève, le Docteur Esquirol, reprend ses travaux et est l'un des artisans de la première loi sur les soins sans consentement (SSC) en France en 1838. Dans son article premier, *la loi n° 7443 sur les aliénés du 30 Juin 1838*, (2) ordonne la création d'asiles d'aliénés dans chaque département et définit les dispositions relatives à l'admission sans son consentement d'un patient souffrant de troubles mentaux. Cette loi prévoit deux modalités de placement: volontaire (à la demande des familles) et ordonné par l'autorité publique (le préfet).

b. Loi du 27 juin 1990

La loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (3) abroge la loi de 1838. Elle instaure l'hospitalisation libre (HL), qui doit être privilégiée autant que possible. Les placements sont transformés en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), avec procédure normale et d'urgence, et hospitalisation d'office (HO). Les sorties d'essai, aménagements de la mesure en alternative à l'hospitalisation à temps complet pour les patients sous contrainte, sont mises en place. Leur durée est de 3 mois maximum, renouvelable. Le but pour les patients est de «favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale» (3). La commission départementale des hospitalisations psychiatriques est également créée. Chargée d'examiner la situation des patients hospitalisés pour des troubles mentaux, elle garantit le respect de la liberté et de la dignité des patients

c. Loi du 4 Mars 2002

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (4) renforce les droits des malades et les obligations pour les professionnels de santé. Les CDHP peuvent désormais accéder aux informations médicales avec une obligation de vérification de celles-ci chez les patients dont l'HDT est supérieure à 3 mois.

d. Loi du 5 Juillet 2011

C'est dans un contexte particulier que naît *la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* (5). En 2008 en effet, Nicolas Sarkozy prononce le discours « sécuritaire » d'Antony dans lequel il annonce vouloir créer les « soins ambulatoires sans consentement »,

présentés comme « une obligation de soins »(6). A la suite de ce discours, de nombreux rapports sont émis (7-12). Le législateur doit également faire face aux impératifs de l'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (violation de l'article 5.4 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, (13)) et aux décisions du Conseil constitutionnel faisant suite à deux Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) (14, 15) .

La loi du 5 juillet 2011 introduit les «soins sans consentement» en lieu et place de « l'hospitalisation sans consentement». L'HL est à présent dénommée «soins psychiatriques libres» (SPL). Les SSC en hospitalisation complète (HC) regroupent les admissions en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement (SDDE) et les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE). Les SPDRE comprennent la procédure classique et la procédure d'urgence (SPRDEU). Les SDDE comprennent les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) et la nouveauté l'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent, sans tiers (SPPI). Il est ici important de préciser que ce sont les associations de familles de patients qui ont fait pression pour la création de cette nouvelle modalité d'admission. La loi introduit les certificats de huitaine et l'avis conjoint.

La période d'observation et de soins initiale qui peut durer jusqu'à 72 heures sous forme d'HC avec rédaction de 2 certificats dans les 24 et 72 heures suivant l'admission est mise en place. Les SSC peuvent être levés ou se poursuivre sous la forme d'une HC ou d'un programme de soins (PS). La loi introduit en effet la notion des soins ambulatoires sans consentement (SASC). Elle permet ainsi que les SDDE ou les SPDRE soient réalisés hors HC sous forme de PS pouvant être mis en place dès la fin des 72 heures d'HC. Le psychiatre de l'établissement accueillant le patient établit un PS décrivant les modalités de soins (consultations au Centre Médico-Psychologique (CMP), visites à domicile (VAD), hôpital de jour (HJ), hôpital de nuit, centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hospitalisations séquentielles en HC), leur lieu, leur périodicité, la modalité du traitement et la durée de ces soins, si elle est prévisible. Il contient l'identité du psychiatre, du patient et son lieu de résidence. Il ne précise pas la nature ni les manifestations des troubles mentaux, ni aucun élément clinique ou examen complémentaire concernant le patient. Quand il comporte un traitement médicamenteux, il ne stipule ni la nature, ni le dosage, la forme galénique, la posologie, la durée, la modalité d'administration. Il doit être rédigé sans détails et sans engagement non tenable par l'équipe prenant en charge le patient. Au préalable, un entretien doit être réalisé afin que le psychiatre recueille l'avis du patient:«Au cours de cet entretien, le psychiatre délivre au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et lui indique en particulier que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et qu'il peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé » (5). La mention de cet entretien doit être inscrite dans le dossier médical du

patient et dans le PS. Le PS ne peut être modifié que par un psychiatre participant à la prise en charge du patient et après réalisation d'un entretien préalable avec notification dans le dossier médical du patient et dans le PS. Pour la réintégration en HC, il faut transformer la mesure de SSC du PS vers l'HC. Le cas échéant, le psychiatre établit un certificat médical circonstancié justifiant la transformation de la mesure en HC transmis au directeur d'établissement pour les SDDE. En cas d'impossibilité de réaliser un examen médical nécessaire à la réalisation du certificat médical, le psychiatre peut émettre un avis médical. Dans le cas de patients en PS de SPDRE, la demande de réintégration en HC par le psychiatre est possible sans faire intervenir les critères de trouble à l'ordre public ni celui de l'atteinte à la sûreté des personnes. La détérioration de l'état de santé du patient, actuelle ou attendue, secondaire ou non à une rupture du PS, suffit.

Les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) remplacent les commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique (CDHP). Elles se chargent systématiquement des patients hospitalisés en SSC depuis plus d'un an et des patients hospitalisés en SPPI. Elles émettent un rapport annuel au contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Le contrôle systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) au 15^e jour et tous les 6 mois est instauré. En cas de levée de l'HC, il peut laisser un délai de 24 heures à l'équipe soignante pour mettre en place un PS, le cas échéant. Dans le cadre des PS le patient n'est pas reçu systématiquement par le JLD au 15^e jour, ni au 6^e mois mais il existe une possibilité de contrôle par le juge sur requête du patient.

Les patients en SDDE depuis plus d'un an à compter de l'admission en soins doivent bénéficier d'une évaluation approfondie de leur état mental, renouvelée à chaque période continue en SDDE d'un an, quelles que soient les modalités de leur prise en charge (hospitalisation complète, partielle, ou soins ambulatoires). Elle est réalisée par un collège composé du psychiatre responsable à titre principal du patient ou, à défaut, d'un autre psychiatre participant à sa prise en charge, d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient et d'un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient.

d. Loi du 27 septembre 2013

Une réforme partielle de la loi a lieu le 27 septembre 2013, *Loi N° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* (16). Les procédures sont simplifiées (avis motivé au lieu de l'avis conjoint, suppression du certificat de huitaine, disposition en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre traitant clarifiées). La présence d'un avocat devient obligatoire lors des audiences du JLD. Le délai de saisine systématique du JLD est réduite de 15 à 12 jours. Des autorisations d'absence sont accordées au patient : sans accompagnement pour des durées inférieures à 48 heures et avec accompagnement pour des durées inférieures à 12 heures. Suite à une QPC (17),

l'impossibilité de recourir à la contrainte dans le cadre d'un PS est réaffirmée dans la loi « *Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en oeuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. [PS]* »

e. Loi du 26 janvier 2016

Le contenu du programme de soins (PS) est réprécisé dans la *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* (18). Les modalités de prise en charge d'un patient en PS ne sont plus listées, mais renvoyées à un article : "*des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.*" En supprimant la précision concernant l'hospitalisation partielle, et en faisant référence aux "*modalités de séjour en établissement de santé*", la philosophie du PS semble soulignée, c'est-à-dire un temps d'hospitalisation de dernier recours. L'élaboration du PS et ses modifications restent précédées d'un entretien mais la précision relative au recueil de l'avis du patient est supprimée "*notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications*".

B-Les soins ambulatoires sans consentement à l'étranger

De nombreux pays, dont certains depuis déjà plusieurs années, utilisent les soins ambulatoires sans consentement (SASC). Nous les retrouvons notamment en Allemagne, Australie, Belgique, Canada, Danemark, Ecosse, Espagne, États-Unis, Hongrie, Israël, Italie, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Les procédures sont variables et ils sont prononcés soit par un juge, soit par un psychiatre, soit par un autre professionnel de santé. Il est important de préciser que, selon les pays, les types d'obligations (nature et modalités des soins) sont variables. D'une manière générale, les SASC sont en augmentation dans le monde avec une variabilité selon les régions d'un même pays (19). Ceci pourrait s'expliquer par «l'enthousiasme des cliniciens à mettre en œuvre ce type de mesures [...] déterminé par le contexte social et politique», la non amélioration des patients nécessitant la poursuite des SASC, la réticence des juges à lever les SASC ou la rémission attribuée à la contrainte (19). Les objectifs attendus sont : diminution des hospitalisations, des consultations en urgence, des comportements violents, maintien de l'insertion sociale et professionnelle et des liens affectifs, évitement de la rechute, diminution de la stigmatisation, meilleure observance du traitement (20,21).

En 2004, O'Reilly (22) met en exergue le caractère controversé des SASC. Les arguments mentionnés en faveur de l'utilisation des SASC sont les suivants : absence d'effet indésirable, efficacité démontrée par certaines études, désinstitutionnalisation, responsabilité de la société qui

doit s'occuper de ces patients, défaut d'insight présent majoritairement chez ces patients, la prise en charge aiguë en période de crise qui serait insuffisante, moins de restriction qu'en HC. Néanmoins, un certain nombre d'arguments en défaveur des SASC sont également relevés: contrainte qui risque d'éloigner les patients des soins, efficacité non prouvée, contrainte dans la cité, altération de la qualité de vie par les effets indésirables des traitements antipsychotiques, patients demandeurs de soins à privilégier, difficulté à protéger les droits des patients dans la communauté, aucun besoin d'avoir des SASC avec le système actuel qui est suffisant.

Dans la littérature internationale nous retrouvons essentiellement des études observationnelles avec des résultats controversés. Ainsi, dans certaines de ces études il ressort une absence de résultats significatifs concernant la diminution du nombre et de la durée des réhospitalisations et le bénéfice pour les patients en SASC. (23-30). La mesure est vécue comme coercitive avec un risque identifié de réduction de liberté, de manquement aux droits et de destruction de la relation de confiance et risque de stigmatisation (25-33).

Cependant d'autres études (34-49) témoignent d'un bénéfice pour des patients avec maladie mentale sévère, essentiellement des patients psychotiques (schizophrénie, troubles schizo-affectifs), plus rarement des patients bipolaires. Elles attestent d'une diminution: du nombre d'hospitalisations, de la durée des hospitalisations, du délai avant réhospitalisation, du nombre de consultations en urgence, des comportements violents, du recours à l'isolement, de l'abus de substance, du risque d'être sans-abri, de la symptomatologie, des coûts et des arrestations. Elles indiquent également une amélioration de la qualité de vie, de l'adhésion aux traitements et aux soins et un meilleur recours aux soins ambulatoires.

Kisely et al.,(50) dans leur méta-analyse sur les SASC détaillent 3 essais contrôlés randomisés comparant les patients avec trouble psychiatrique sévère en SASC ou en soins ambulatoires libres. Deux de ces essais contrôlés randomisés se déroulent aux Etats-Unis (celui de Swartz et al, en 1999 en Caroline du Nord (51) et celui de Steadman et al, en 2001 à New York (52)) avec des patients majoritairement psychotiques en soins ambulatoires sous contrainte ordonnés par un tribunal pendant un an. L'essai de Swartz et al (51), révèle une diminution significative du nombre et de la durée des hospitalisations dans le sous-groupe des patients en SASC atteints de troubles psychotiques. L'essai de Steadman et al (52), ne retrouve pas de différence significative. Le risque d'être victime d'une agression diminue avec les SASC dans l'étude de Swartz et al (51). Les auteurs se demandent si cela est dû à l'intensité du soin ou à sa nature contrainte. La 3^e étude est réalisée au Royaume-Uni, l'étude OCTET (Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial) par Burns et al, en 2013 (53). Les SASC sont décidés par un médecin. L'étude compare le nombre de réhospitalisations chez les patients psychotiques en SASC et en sorties d'essai (« Section 17 of the Act »). A 12 mois, il n'y avait aucune différence significative dans les proportions de réhospitalisations, dans le délai jusqu'à la réadmission et dans la durée totale d'hospitalisation. Les auteurs s'interrogent sur la poursuite de leur utilisation.

Ainsi, dans ces 3 essais randomisés contrôlés les auteurs mettent en évidence l'absence de différence significative entre les deux groupes pour le nombre de réhospitalisations, la durée de réhospitalisation, la perception de la contrainte, l'observance du traitement, la satisfaction aux soins, les difficultés avec la police, le risque d'être sans domicile fixe (SDF), le fonctionnement social, l'état clinique, la qualité de vie, le recours aux soins. Cependant la généralisation est discutée: décision de SASC par un juge aux USA, comparaison d'une sortie d'essai qui peut être assimilée à un SASC au Royaume-Uni, proportion importante de patients inéligibles ou ayant refusé de participer, exclusions de patients avec antécédent de violence et plusieurs patients ont changé de statut légal pendant l'étude.

C-Les programmes de soins en France

Il y a peu d'études sur le sujet, les PS sont surtout sources de débats.

Théron S en 2010 (54), montre qu'on considère tout à tour les PS comme sécuritaires ou libertaires.

Selon Couturier M (55) , les PS visent à « améliorer la continuité du suivi des patients et à proposer une alternative à des prises en charge hospitalières. Ils étendent ainsi la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques, entamée dans les années 1960 en Europe, aux personnes nécessitant des soins sans consentement ». Cependant, il déclare que la mise en place des PS exige, de manière implicite, une forme de consentement, alors que la base de la mesure de soins sans consentement est bien l'absence de capacité à consentir.

Les partisans des SASC affirment que cela met fin aux sorties d'essais de longue durée tant décriées (56-58). Selon eux, les SASC favorisent un meilleur accès aux soins tout en permettant une surveillance (59) et une réinsertion dans la société (57, 60). Ils espèrent une réduction de la durée des hospitalisations (57) et un renforcement de la liberté des patients (60,61). Vidon G et al, dans leur étude (60, 62) objectivent « une amélioration nette très significative, quelle que soit le type de mesure sous contrainte, entre le début du programme de soins et le moment de l'étude sur tous les scores de l'impression clinique globale du médecin sur la sévérité clinique du tableau présenté par le patient, sur son observance, sur son niveau de dangerosité pour autrui et sur son niveau de dangerosité pour soi. ».

Les opposants aux SASC pointent une loi sécuritaire protégeant la société au détriment des libertés individuelle. Ils y voient une dépossession du patient de son droit à refuser les soins, une discrimination, une infantilisation du patient et un certain paternalisme. Ils dénoncent l'absence de contrôle par le JLD (63), une contrainte exercée hors d'un lieu de soin par les soignants. Ils craignent l'effet sur l'alliance thérapeutique en cas de réintégration décidée par le psychiatre et pointent le flou concernant les mesures en cas de non respect du PS (61). Les PS seraient là pour désengorger des hôpitaux en déficit et en manque de lits. Les PS seraient des «internements au

domicile »(63). L'interne Cambier G (58) dans son étude en 2013 à Grenoble relève un « manque de moyens » pour un réel suivi ambulatoire contraint et un manque de formation (médecin, juge). Certains psychiatres pensent que le programme de soins est une contrainte, d'autres que c'est un contrat, et pour d'autres que « c'est un contrat mais c'est une obligation » (58). La plupart des psychiatres notent un nombre trop important de certificats « chronophages et se faisant au détriment des soins » (58).

En février 2017, Jacquat D et Robiliard D, rapporteurs de la mission de l'Assemblée Nationale d'évaluation de la loi de 2013 sur les SSC, en dressent un état des lieux (65). Ils ont noté une augmentation de la durée du PS et de la durée moyenne d'hospitalisation. Il pointent qu'il est encore trop tôt pour remettre en cause l'efficacité des PS sur l'amélioration de l'état clinique mais ils souhaitent davantage documenter le recours aux PS. Ainsi ont ils émis la recommandation d'évaluer l'efficacité des PS en identifiant dans le cadre du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-P) le début et la fin d'un PS, en mettant en place une étude portant sur le recours aux PS et l'efficacité de cette prise en charge et en redynamisant les CDSP (par le contrôle de la situation des personnes faisant l'objet d'un PS d'une durée supérieure à un an et par l'exploitation des données statistiques portant sur les PS).

1. Introduction

Depuis l'introduction du programme de soins par la loi du 5 Juillet 2011, le nombre de patients en bénéficiant ne cesse de croître chaque année (66).

Le programme de soins décidé par le psychiatre implique sa responsabilité.

En août 2019, le réseau Ascodocpsy a lancé une étude sur les programmes de soins auprès des professionnels de santé, en vue de l'élaboration par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'un guide d'amélioration des pratiques professionnelles sur les programmes de soins (67). Cela pourrait permettre de préciser leur indication, leur utilisation, les patients concernés, leur intérêt et leur application en pratique.

En effet, la rédaction du programme de soins est disparate. Les pratiques varient selon les établissements (68) et les praticiens. Le recours au programme de soins est aléatoire selon les territoires (68). En 2012, la part de patients suivis en programme de soins parmi les patients en soins sans consentement était de 66% dans le Morbihan (68).

Le but de notre travail est d'étudier l'utilisation et l'intérêt en pratique clinique courante des programmes de soins en comparaison avec les soins ambulatoires libres à l'EPSM Morbihan à la sortie d'une hospitalisation sans consentement.

L'objectif principal est l'évaluation de l'impact des programmes de soins sur le nombre de patients réhospitalisés après la sortie de l'hôpital pendant un an.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation de l'impact des programmes de soins sur la durée moyenne des réhospitalisations et le nombre de réhospitalisations par patient après la sortie de l'hôpital pendant un an et sur le suivi ambulatoire après la sortie de l'hôpital pendant un an.

2. Méthode

2.1. Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique à l'EPSM Morbihan qui regroupe 3 pôles de psychiatrie adulte.

Nous avons comparé les données pendant l'hospitalisation complète (HC) en mesure de soin sans consentement (SSC) nouvellement initiée entre le 01/01/17 et le 06/05/17 des patients sortis de l'EPSM Morbihan en soins libres après levée de la mesure de SSC (groupe SPL) avec celles des patients sortis de l'EPSM Morbihan en programme de soins (groupe PS).

Nous avons ensuite comparé les données des réhospitalisations et du suivi ambulatoire pendant un an après la sortie de l'hôpital des patients du groupe SPL avec celles des patients du groupe PS.

L'HC index était l'hospitalisation complète initialement en SSC ayant abouti à la mise en place d'un suivi ambulatoire en SPL ou d'un PS à la sortie de l'hôpital.

Nous avons effectué le recrutement des patients et le recueil de données rétrospectivement et de manière anonymisée à partir des données du Département d'Information Médicale (DIM) extraites des dossiers patients (logiciels cimaise et sillage).

2.2 Population de l'étude

2.2.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus les patients de l'EPSM Morbihan remplissant simultanément ces critères :

- hommes et femmes
- majeurs
- admis en HC en mesure de SSC nouvellement initiée entre le 01/01/17 et le 06/05/17 à l'EPSM Morbihan
- quel que soit le mode d'admission initial (SPDT, SPDTU, SPPI ou SPDRE/ SPDREU)
- avec une durée de l'HC index en SSC de 72 heures minimum (nécessaire en vue de l'établissement éventuel d'un PS)
- sortis de l'hôpital à domicile avec un suivi ambulatoire prévu à l'EPSM Morbihan en SPL ou en PS

2.2.2. Critères de non inclusion

Nous avons exclu les patients remplissant au moins un de ces critères :

- patients transférés dans un autre établissement hospitalier avant la fin de l'HC index
- réhospitalisation hors EPSM Morbihan pendant l'année ayant suivi la sortie de l'hôpital mentionnée dans le dossier
- hospitalisation en SDRE D398 ou sur décision judiciaire
- patients hospitalisés au long cours (supérieur ou égal à 292j)

2.3 Paramètres cliniques étudiés

2.3.1 Données socio-démographiques

- Genre du patient
- Age du patient
- Pôle de rattachement du patient:Pôle 1,2 ou 3
- Statut familial du patient: célibat, mariage, concubinage, divorce, veuvage
- Nombre de patients ayant au moins un enfant
- Mode de vie du patient : seul, avec conjoint et/ou enfant(s), avec famille ou amis
- Entourage du patient:aucun, non présent, présent
- Nombre de patients recevant l' Allocation Adulte handicapé (AAH)
- Statut professionnel du patient: travail en milieu ordinaire, travail en milieu protégé, retraite, étudiant ou formation,invalidité, sans emploi
- Nombre de patients ayant une mesure de protection juridique :aucune, tutelle, curatelle

2.3.2 Données cliniques

- Mode légal de SSC de l'HC index : SPPI , SPDT, SPDTU ou SPDRE/SPDREU
- Durée de l'HC index en jours
- Durée de la mesure de SSC lors de l'HC index en jours
- Rupture de suivi avant l'entrée en HC index
- Rupture de traitement avant l'entrée en HC index
- Prise de toxiques à l'entrée en HC index
- Recours à l'isolement pendant l'HC index
- Recours à la contention physique pendant l'HC index
- Première décompensation à l'entrée de l'HC index
- Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et si oui, le type (SPL ou SSC)
- Antécédent de suivi psychiatrique
- Antécédent de PS
- Antécédent de violence, d'hétéro-agressivité
- Antécédents judiciaires, incarcérations, gardes à vue
- Antécédents de séjour en Unité pour Malade Difficile (UMD)
- Antécédent d'auto agressivité, de tentative de suicide
- Diagnostic principal des patients posé par le psychiatre selon la Classification Internationale des Maladies 10^e édition (CIM-10)
- Diagnostic associé des patients posé par le psychiatre selon la Classification Internationale des Maladies 10^e édition (CIM-10)
- Traitement de fond à l'entrée : oral, antipsychotique d'action prolongée, aucun
- Traitement de fond à la sortie : oral, antipsychotique d'action prolongée, aucun

- Initiative du PS : psychiatre ou juge
- Mode légal du PS : SPPI, SPDT, SPDTU ou SPDRE/SPDREU
- Taux de recours au PS
- Nombre de patients toujours en PS un an après la sortie de l'hôpital
- Durée passée en PS en jours
- Durée totale des SSC pendant la durée totale de l'étude en jours
- Décision de la réhospitalisation : patient ou psychiatre
- Nombre de patients réhospitalisés après la sortie de l'hôpital pendant un an
- Nombre moyen de réhospitalisations par patient après la sortie de l'hôpital pendant un an
- Nombre de réhospitalisations après la sortie de l'hôpital pendant un an
- Durée moyenne des réhospitalisations après la sortie de l'hôpital pendant un an en jours
- Nombre de patients toujours suivis un an après la sortie de l'hôpital
- Nombre de patients ayant réalisé pendant le suivi ambulatoire d'un an les actes suivants: consultation psychiatre au CMP, consultation infirmier diplômé d'état (IDE) au CMP, consultation psychologue au CMP, consultation psychomotricien au CMP, VAD IDE, préparation des traitements médicamenteux oraux au CMP, injections des antipsychotiques d'action prolongée au CMP, CATTP, HJ
- Nombre de patients observants des traitements antipsychotiques d'action prolongée pendant un an après la sortie de l'hôpital

2.3.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le nombre de patients réhospitalisés dans l'année suivant la sortie de l'hôpital.

Les critères secondaires de jugement concernant la réhospitalisation sont : la durée moyenne des réhospitalisations dans l'année suivant la sortie de l'hôpital (jours), le nombre moyen de réhospitalisations par patient dans l'année suivant la sortie de l'hôpital

Les critères secondaires de jugement concernant l'étude du suivi ambulatoire sont : le nombre de patients observants des traitements antipsychotiques d'action prolongée pendant un an après la sortie de l'hôpital, le nombre de patients toujours suivis un an après la sortie de l'hôpital, le nombre de patients ayant réalisé pendant le suivi ambulatoire d'un an après la sortie de l'hôpital les actes suivants: consultations psychiatre au CMP, consultations IDE au CMP, consultations psychologue au CMP, consultations psychomotricien au CMP, VAD IDE, préparation des traitements médicamenteux oraux au CMP, injections des antipsychotiques d'action prolongée au CMP, CATTP, HJ.

2.4 Analyses statistiques

Les données recueillies de manière anonymisée ont été enregistrées dans le logiciel Microsoft Excel® avant analyse statistique.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en moyennes.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel BiostaTGV.

Les tests utilisés pour déterminer l'association entre deux variables qualitatives étaient les tests du Chi² (χ^2) ou test exact de Fisher (F). Le test utilisé pour déterminer l'association entre deux variables quantitatives était le test de Student (T).

Le risque alpha pour les tests était fixé à 0.05 en bilatéral. Une correction de Bonferroni a été appliquée en cas de comparaisons multiples.

3. Résultats

3.1 Diagramme des flux de patients

100 patients ont été inclus dans notre étude, 64 dans le groupe SPL et 36 dans le groupe PS. Le diagramme des flux des patients est présenté en Figure 1.

3.2 Données socio-démographiques

Les patients étaient majoritairement des hommes (54.7% dans le groupe SPL et 55.6% dans le groupe PS) mais la différence n'était pas statistiquement significative ($p=0.933$). L'âge moyen était de 48.6 ans dans le groupe SPL et de 46.2 ans dans le groupe PS sans différence statistiquement significative ($p=0.607$). Les patients étaient majoritairement célibataires (39.1% dans le groupe SPL et 58.3 % dans le groupe PS) mais la différence n'était pas statistiquement significative ($p=0.0634$). Les patients dans le groupe SPL (56.3%) étaient significativement plus nombreux que les patients dans le groupe PS (33.3%), ($p=0.028$) à avoir au moins un enfant. Les patients vivaient davantage seuls dans le groupe PS (41.7%) que dans le groupe SPL (32.8 %) mais la différence n'était pas statistiquement significative, ($p=0.376$). Les patients recevaient l'AAH dans 21.9% des cas dans le groupe SPL et 38.9 % dans le groupe PS, sans différence statistiquement significative ($p=0.0689$). Les patients dans le groupe PS étaient statistiquement davantage sans emploi (55.5%) que le dans groupe SPL (25.0%), ($p=0.002$). Les patients en PS étaient statistiquement davantage sous curatelle (22.2% contre 0.0% dans le groupe SPL, $p=0.0002$). Les patients en SPL étaient statistiquement davantage sans mesure de protection (98.4 % contre 75.0 % dans le groupe PS, $p=0.0004$). L'ensemble des données socio-démographiques étudiées figurent dans le Tableau 1.

3.3 Données cliniques

Dans le tableau 2 , nous retrouvions que les patients étaient majoritairement admis en HC en SDDE dans le groupe SPL (SPDT 26.6%, SPDTU 42.2% et SPPI 21.9%) et dans le groupe PS (SPDT 11.1%, SPDTU 58.3% et SPPI 2.8%). Les patients étaient 9.3 % à être admis en SPDRE/SPDREU dans le groupe SPL et 27.8 % dans le groupe PS. Les patients du groupe SPL étaient statistiquement davantage admis en HC en SPPI (21.9%) que le groupe PS (2.8%), ($p=0.009$). Nous ne notions pas de différence statistiquement significative pour les admissions en SPDRE/SPDREU, SPDT et SPDTU entre les patients du groupe SPL et ceux du groupe PS.

Dans le tableau 3, nous ne montrions pas de différence statistiquement significative entre la durée moyenne de l'HC index dans le groupe SPL (43.8 jours) et le groupe PS (53.9 jours),($p= 0.367$).

Dans le tableau 4, la durée moyenne de la mesure de SSC lors de l'HC index était statistiquement plus élevée dans le groupe PS (53.9 jours) que dans le groupe SPL (31.1 jours), ($p=0.035$).

Dans le tableau 5, la durée moyenne totale des SSC pendant la durée totale de l'étude était statistiquement plus élevée dans le groupe PS (329.95 jours) que dans le groupe SPL (35.5 jours), ($p= 3.033E-8$).

Dans le tableau 6, nous retrouvions que les patients dans le groupe PS étaient statistiquement plus en rupture de suivi avant l'entrée en HC index (50.0%) que les patients dans le groupe SPL (17.2%), ($p=0.0005$) et avaient statistiquement consommé plus de toxiques à l'entrée en HC index (50.0%) que les patients dans le groupe SPL (21.9%), ($p=0.004$).

Le tableau 7 indiquait que les patients du groupe PS (83.0%) avaient un antécédent d'hospitalisation sans consentement significativement plus important que les patients du groupe SPL (31.2%), ($p=1.842E-9$). 39% des patients du groupe SPL n'avaient jamais été hospitalisés contre 11.1 % des patients du groupe PS, la différence était statistiquement significative ($p=0.003$). Les patients dans le groupe PS (94.4%) avaient un antécédent de suivi psychiatrique antérieur significativement plus élevé que les patients du groupe SPL (71.9%), ($p=0.008$). Les patients dans le groupe PS avaient un antécédent de PS (44.4%) statistiquement plus élevé que dans le groupe SPL (14.1%), ($p=0.0008$). Les patients dans le groupe SPL (23.4 %) avaient significativement plus d'antécédents d'autoagressivité, de tentative de suicide que les patients dans le groupe PS (5.6%), ($p=0.026$). Les patients dans le groupe PS (80.6%) avaient significativement plus d'antécédents d'hétéroagressivité, de violence que les patients du groupe SPL (21.9%), ($p= 1.275E-8$). A l'entrée en HC index, nous retrouvions un nombre de patients n'ayant aucun traitement plus important dans le groupe SPL (37.5%) que dans le groupe PS (5.6%) avec une différence statistiquement significative, ($p=0.0003$). A la sortie de l'HC index, les patients dans le groupe PS, avaient statistiquement plus d'antipsychotiques d'action prolongée (47.2%) que les patients dans le groupe SPL(15.6%), ($p=0.0006$).

Dans le tableau 8, nous retrouvions dans les diagnostics principaux, significativement plus de F20-29 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) dans le groupe PS (69.4%) que dans le groupe SPL (39.1%), ($p=0.004$). Le diagnostic F32 (épisodes dépressifs) était significativement plus présent dans le groupe SPL (32.8%) que dans le groupe PS (0.0%), ($p=2.300E-5$). Le diagnostic F 39 (trouble de l'humeur (affectif), sans précision) était significativement plus présent dans le groupe PS (16.7 %) que dans le groupe SPL (0.0%), ($p=0.002$). Le diagnostic associé F10-19 (troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives) était significativement plus élevé dans le groupe PS (61.1%) que dans le groupe SPL (14.1%), ($p= 1.045E10-6$).

3.4 Données cliniques spécifiques au groupe PS

Le taux de recours au PS parmi les patients hospitalisés en HC en SSC initialement dans notre échantillon était de 36% (N=36).

L'initiative du PS (juge ou médecin) était à 100 % médicale (N=36).

Les SPDT représentaient 11.1% de nos patients en PS (N=4), les SPDTU 58.3% (N=21), les SPPI 2.8 % (N=1) et les SPDRE/SPDREU 27.8 % (N=10).

La durée moyenne passée en PS était de 255.8 jours, avec un minimum à 75 jours, un maximum à 365 jours et une médiane à 267.5 jours.

55.6% des patients dans le groupe PS étaient toujours en PS un an après la sortie de l'hôpital (N=20).

3.5 Critère de jugement principal

Il y avait 20 patients réhospitalisés dans le groupe SPL et 14 patients réhospitalisés dans le groupe PS.

Dans le tableau 9, nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre le groupe SPL (31.3%) et le groupe PS (38.9%), ($p=0.439$) concernant le nombre de patients réhospitalisés après la sortie de l'hôpital pendant un an .

3.6 Critères de jugement secondaires

Il y avait 22 réhospitalisations dans le groupe SPL et 22 réhospitalisations dans le groupe PS.

Dans le tableau 10, nous ne notions pas de différence significative entre le groupe SPL (1.1) et le groupe PS (1.6), ($p=0.321$) concernant le nombre moyen de réhospitalisations par patient après la sortie de l'hôpital pendant un an parmi les patients réhospitalisés (N=20 dans le groupe SPL et N=14 dans le groupe PS).

Dans le groupe SPL, la réhospitalisation se faisait en SPL pour 16 patients (80%) et 16 réhospitalisations (72.7 %) et en SSC pour 4 patients (20.0%) et 6 réhospitalisations (27.3%).

Dans le groupe PS, elles se faisaient en réintégration en HC pour les patients toujours en PS (8 patients (57.1%) et 16 réhospitalisations (72.7%)) et en SPL (4 patients (28.6%) et 4 réhospitalisations (18.2%) ou en SSC (2 patients (14.3%) et 2 réhospitalisations (9.1%) pour les patients dont la mesure de SSC avait été levée.

Dans le tableau 11, nous ne retrouvons pas de différence significative entre le groupe SPL (31.9 jours) et le groupe PS (49 jours), ($p=0.849$) concernant la durée moyenne des réhospitalisations après la sortie de l'hôpital pendant un an ni pour la décision de réhospitalisation prise par le psychiatre dans respectivement 77.3% et 95.5% des cas ($p=0.185$) parmi les 22 réhospitalisations dans le groupe SPL et les 22 réhospitalisations dans le groupe PS.

Dans le tableau 12, le nombre de patients toujours suivi un an après la sortie de l'hôpital était significativement plus élevé dans le groupe PS (100%) que dans le groupe SPL (87.5%), ($p=0.048$). Pendant un an après la sortie de l'hôpital, les patients dans le groupe SPL (23.4%) bénéficiaient significativement de plus de consultations IDE au CMP que les patients dans le groupe PS (5.6%), ($p=0.026$). Les patients en PS (47.2%) bénéficiaient significativement de plus d'injections d'antipsychotiques d'action prolongée au CMP que les patients en SPL (15.6%), ($p=0.0006$) et de plus d'activités à l'hôpital de jour (66.7%) que les patients en SPL (42.2%), ($p=0.019$) pendant un an après la sortie de l'hôpital.

Dans le tableau 13, nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative concernant le nombre de patients observants des traitements antipsychotiques d'action prolongée entre le groupe SPL (80%) et le groupe PS (88.2%), ($p=0.613$) parmi les patients sortis sous antipsychotiques d'action prolongée (N=10 dans le groupe SPL et N=17 dans le groupe PS).

4. Discussion

4.1 A propos du débat suscité par les PS

Huit ans après leur création, le débat sur les PS persiste et est à la hauteur des enjeux éthiques, juridiques et médico-légaux qu'ils suscitent.

L'équilibre fragile entre garantie du respect de la liberté des patients et garantie de la sécurité de la société fait toujours débat. Les PS permettraient d'éviter les conséquences sociales, professionnelle, sanitaires (suicide) pour le patient et la société (dangerosité).

Le PS est un outil juridique et thérapeutique (69). Il vise la protection, par des soins sans consentement, des patients souffrant de troubles psychiques. Il en est de la responsabilité de la société et des soignants de protéger ces patients vulnérables. La responsabilité du psychiatre est cependant engagée. Contrairement à d'autres pays où il s'agit d'une décision judiciaire, c'est le psychiatre qui décide de la mise en place et du maintien du PS selon son expérience et sa pratique. Il pourrait y avoir un risque de dérive allant contre la logique des soins. Le psychiatre doit donc veiller à rester centré sur la clinique et la thérapie et garder de la distance vis-à-vis d'une éventuelle tentative d'injonction sociétale ou politique d'octroyer une fonction sécuritaire à la psychiatrie.

La révision de la loi en 2013 indique qu'« aucune contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins » (16). La seule véritable contrainte qui s'exerce est morale. La crainte de réhospitalisation en cas de non-respect des PS peut être cependant perçue comme une atteinte à la liberté pour la personne qui y est soumise. Le patient reste dépendant de l'évaluation médicale, la sortie de l'hôpital pouvant dépendre de la mise en place ou non d'un PS. En 2018, l'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques) se dit « sensible à cette forme d'alliance thérapeutique » (70). En effet dans 75 % des cas, les SASC ne poseraient pas de problème au patient, soit car il aurait compris d'emblée qu'il était malade, soit qu'il verrait les SASC comme un moyen de sortir de l'hôpital, ce que nous pouvons retrouver en pratique clinique courante. Dans 25 % des cas, cette contrainte serait mal vécue, comme une privation de liberté entraînant colère et chagrin. Pour certains, l'absence de possibilité de contrainte à l'égard des patients en PS est contraire à l'essence des PS et en limite l'avenir (62). Pour le psychiatre, c'est une double injonction qu'il doit prendre en compte pour décider de la réintégration du patient (71).

La mise en place d'un PS doit rester l'exception à la règle, si possible après une discussion pluridisciplinaire. Son intérêt et sa poursuite doivent être questionnés régulièrement, si possible par plusieurs psychiatres. La traçabilité dans les dossiers est indispensable, il faut motiver le maintien comme la levée dans le dossier. Le PS ne serait-il au final pas plus contraignant pour le psychiatre que pour le malade ?

Certaines difficultés rencontrées dans la pratique des PS sont énumérées dans l'étude menée par l'HAS en 2019 (67): juridiques, administratives, les indications des PS, les durées des PS, les

décisions de sortie du PS, la rupture de prise en charge des patients en PS, les modalités de réintégration, les relations avec le médecin traitant, les équipes sociales et médico sociales.

Pour certains auteurs, le PS n'est pas une finalité en soi mais un moyen de rechercher le consentement si la temporalité est définie (72). Ils estiment que la fin de la mesure (et non du soin) devrait être prononcée dès recouvrement de la capacité à consentir aux soins de la part du patient. K'ourio H et al, en 2018 (71), réprécisent les objectifs de la loi de 2011 et des PS : «Donner un cadre », «sécuriser » et «accompagner ». Le PS évite la dépendance institutionnelle, en permettant la sortie d'hospitalisation, et la désinsertion sociale. Le lien continue au-delà de l'hôpital. Le PS est une transition entre l'hospitalisation et la vie dans la communauté. C'est un cadre visant à l'autonomisation du patient, l'acceptation de la maladie et des soins par le patient, la responsabilisation du patient et sa compliance. Le PS est une possibilité de construire une alliance thérapeutique, de travailler la relation du patient à autrui. Le PS peut permettre une meilleure éducation thérapeutique du patient et de son entourage concernant la maladie. Le PS pose la question de la liberté du patient qui via un contrat recherche l'alliance thérapeutique. Le contrat n'est pas forcément synonyme de coercition, il peut être contenant, protecteur en vue d'établir secondairement les soins en SPL. Le PS propose alors un lien plus qu'un contrat et permet d'adapter le soin à la clinique avec réactivité. Le PS est proposé a priori à des patients plus sévèrement atteints, avec une moins bonne conscience de troubles et de l'intérêt des soins, qui, a priori, passent plus de temps à l'hôpital. C'est un programme écrit que l'on doit respecter, qui, au-delà de contraindre, montre la présence inconditionnelle de l'équipe de soins (71).

La temporalité du PS fait l'objet d'une réflexion collective pour les patients en SDDE comme nous l'avons vu. Swartz et al, (49), indiquent qu'une durée minimale de six mois avec au moins 3 actes par mois diminue la réhospitalisation chez les patients psychotiques. Le critère de temps est toutefois important pour établir une relation de confiance en vue de réinsérer le patient, l'évaluer et éviter la chronicisation. Selon certains auteurs, un PS de bonne durée, bien suivi semble se montrer efficace avec un support de soins de secteurs bien établi (62). Ils «semblent davantage prescrits à des patients nécessitant une prise en charge variée, intense et durable (50)».

4.2 Principaux résultats de l'étude

Churchill H et al., en 2007(48), montrent que le profil clinique des patients bénéficiant des SASC est similaire dans de nombreux pays : hommes d'âge moyen, souffrant de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques majoritairement , avec antécédents d'hospitalisations multiples, une faible adhésion aux soins, célibataires, souvent agressifs et avec abus de substance. Nous retrouvons ce profil clinique de patients pour nos patients dans le groupe PS, comme d'autres études françaises (60, 69, 73-75). Les patients en PS étaient statistiquement davantage sous curatelle (22.2% contre 0.0% dans le groupe SPL, $p=0.0002$). Les patients en SPL étaient

statistiquement davantage sans mesure de protection (98.4 % contre 75.0 % dans le groupe PS, $p=0.0004$). 1% de la population générale française possède une mesure de protection (0.48% curatelle, 0.56% tutelle) selon Cruzet et Lebaudy en 2016 (76).

Nos résultats concernant le mode légal d'admission en SSC lors de l'HC index sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature : la majorité des patients sont en SDDE (62, 66, 69, 71, 73-75), et on retrouve 20 à 53% de SPDRE selon les études (62, 66, 69, 71, 73, 74). Nous retrouvons que les patients étaient majoritairement admis en HC en SDDE dans le groupe SPL (SPDT 26.6%, SPDTU 42.2% et SPPI 21.9%) et dans le groupe PS (SPDT 11.1%, SPDTU 58.3% et SPPI 2.8%). Les patients dans le groupe SPL étaient 9.3 % à être admis en SPDRE/SPDREU dans le groupe SPL et 27.8 % dans le groupe PS.

Les patients du groupe SPL étaient statistiquement davantage admis en HC en SPPI (21.9%) que le groupe PS (2.8%), ($p=0.009$). Selon Coldefy M et al (66), les personnes admises en HC en SPPI en 2015 ont augmenté et ont une durée moyenne de séjour plus courte que celles admises en SPDT. 27 % des séjours achevés dans l'année en SPPI en 2015 étaient de durée inférieure ou égale à 72 heures et 56 % de moins de 12 jours : 16 % ont conduit à une sortie d'HC après ces 72 heures, 10 % ont été transformés en hospitalisation libre et 1 % en un autre mode légal non consenti. 23 % des séjours en SPDT avaient une durée inférieure à 72 heures et 51 % inférieure à 12 jours. Cette différence s'explique par la transformation plus fréquente en hospitalisation libre pour les SPPI : 10 % des SPI sont transformés en SPL au-delà de 72 heures contre 6 % des SPDT. Un autre facteur discriminant de l'admission en SPPI semble être le passage par les urgences : 63% des patients admis en SPPI en 2015 sont passés par un service d'urgence, 6 % ont été transférés ou mutés depuis un autre service et seuls 31 % sont venus directement de leur domicile alors que pour les patients en SPDT, 53 % passent par les urgences, un transfert ou une mutation pour 7 % et une admission depuis le domicile pour 41 %. Leur propose-t-on moins de PS du fait de la clinique ou du contexte ?

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la durée moyenne de l'HC index dans le groupe SPL (43.8 jours) et le groupe PS (53.9 jours), ($p=0.367$). L'HC index n'est donc pas influencée par l'instauration d'un PS, la sortie n'est donc pas plus rapide comme nous pouvions le supposer. La sévérité clinique supposée peut entraîner une rémission plus longue avec des soins plus intenses dans le groupe PS.

La durée moyenne totale des soins sans consentement pendant la totalité de l'étude était statistiquement plus élevée dans le groupe PS (329.95 jours) que dans le groupe SPL (35.5 jours), ($p= 3.033E-8$). Coldefy M et al, (66), montrent qu'en 2015, il y a 15 % de personnes de plus qu'en 2012 au moins une fois prises en charge sans leur consentement (à temps complet, temps partiel ou en ambulatoire) contre 5% d'augmentation de la file active totale suivie en psychiatrie. Ceci semble dû au PS, le nombre de personnes en SSC a augmenté du fait de

l'allongement de la durée des SSC en dehors de l'hôpital. Cette sous-population en PS tend en effet à croître fortement chaque année.

Les patients du groupe PS (83.0%) avaient un antécédent d'hospitalisation sans consentement significativement plus important que les patients du groupe SPL (31.2%), ($p= 1.842E-9$). 39% des patients du groupe SPL n'avaient jamais été hospitalisés contre 11.1 % des patients du groupe PS, la différence était statistiquement significative ($p=0.003$). Ces résultats sont comparables à la littérature (62,68,73, 75).

Les patients dans le groupe PS étaient statistiquement plus en rupture de suivi avant l'entrée en HC index (50.0%) que les patients dans le groupe SPL (17.2%), ($p=0.0005$), ce qui est comparable à la littérature (69,73,75).

Les patients dans le groupe PS (94.4%) avaient un antécédent de suivi psychiatrique antérieur significativement plus élevé que les patients du groupe SPL (71.9%), ($p=0.008$). Les patients dans le groupe PS avaient un antécédent de PS (44.4%) statistiquement plus élevé que dans le groupe SPL (14.1%), ($p=0.0008$). Ces résultats sont retrouvés dans la littérature (69, 73,75).

Les patients dans le groupe SPL (23.4%) avaient significativement plus d'antécédents d'autoagressivité, de tentative de suicide que les patients dans le groupe PS (5.6%), ($p=0.026$).

Les patients dans le groupe PS (80.6%) avaient significativement plus d'antécédents d'hétéroagressivité, de violence que les patients du groupe SPL (21.9%), ($p= 1.275E-8$). La logique sécuritaire de la loi concernant les PS avancée par certains auteurs est retrouvée (69, 73,75).

La proportion significativement plus élevée d'antipsychotiques d'action prolongée parmi les patients du groupe PS à la sortie de l'HC index (47.2% contre 15.6%, $p=0.0006$) s'explique par la plus grande présence des patients avec troubles psychotiques. Le PS est un outil favorisant l'observance thérapeutique et luttant contre les ruptures de traitement (69,75).

Concernant le diagnostic, nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans d'autres études (69, 73, 75): significativement plus de F20-29 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) dans le groupe PS (69.4%) que dans le groupe SPL (39.1%), ($p=0.004$). Le diagnostic F32 (épisodes dépressifs) est significativement plus présent dans le groupe SPL (32.8%) que dans le groupe PS (0.0%), ($p=2.300E-5$). Vidon G et al (60), révèlent que les troubles thymiques étaient initialement hospitalisés en SPDT ou SPPI alors que les troubles schizophréniques l'étaient en SPDRE ou judiciaires. Selon Coldefy M et al, (68), les patients souffrant de troubles schizophréniques et d'autres troubles psychotiques sont les plus représentés dans les PS (respectivement 38% et 26%, contre 23% et 22% des personnes exclusivement hospitalisées en SSC). Les patients souffrant de troubles dépressifs sont les moins représentés dans les PS (69, 73, 75). Coldefy M et al (68), retrouvent 11% des patients en PS contre 16% des patients exclusivement hospitalisées en SSC. Ceci peut s'expliquer par une meilleure adhésion aux soins après l'épisode aigu avec moins de nécessité d'étayage et donc de PS, la prise en charge de ces

patients se limiterait ainsi le plus souvent à une prise en charge hospitalière (68). Les patients en PS semblent donc être les patients dont les troubles sont les plus sévères avec un faible insight.

Le diagnostic associé F10-19 (troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives) est significativement plus élevé dans le groupe PS (61.1%) que dans le groupe SPL (14.1%), ($p= 1.045E10^{-6}$) et la prise de toxiques à l'entrée en HC index est significativement plus élevés dans le groupe PS (50.0% contre 21.9%, $p=0.004$). Ces données sont comparables aux autres études françaises (69, 73, 75).

Les PS étaient présents dans 91% des établissements avec une grande variabilité géographique (de moins de 10% des SSC à plus de 60% des SSC selon les départements) avec 25% des PS qui étaient établis par 5 établissements dans des départements différents (68). Cela ne semble pas dû à l'organisation mais plutôt à une volonté des soignants de s'engager dans une telle prise en charge (62). Notre taux de recours au PS était de 36%, proche de la moyenne nationale (40% en 2015 et 34% en 2012 (66). Les autres thèses retrouvaient 45% à Bordeaux(73) et 45.1% à Tours (75).

Coldefy M (66) met en évidence que le nombre de PS a progressé en 2015 mais moins que les hospitalisations en SSC. Cette progression semble limitée en partie par les difficultés de mise en place pratique selon les auteurs Les PS sont en effet plus fréquemment utilisés dans le cadre des SPDRE (53% des patients en 2015) où l'on peut mobiliser les forces de l'ordre si la personne rompt son PS. Pour les patients en SPDT, le respect du PS en dehors de l'hôpital est plus difficile à appliquer, les PS baissent depuis 2014 (40%). Un vide juridique existe concernant la réintégration en HC .

Les praticiens et les équipes sont en difficultés sur les conduites à tenir en cas de non respect du PS de SDDE et sur la procédure pratique à suivre (VAD ?équipe de transfert ?force de l'ordre ?) contrairement aux réintégrations de SPDRE qui sont plus clairement comprises et mises en place.

La durée moyenne passée en PS (255.8 jours) n'est pas comparable à celle de l'étude de Vidon et al, 2013, (60) (au moins un an pour les PS en SPDT ou SPPI et au moins deux ans pour ceux en SDRE ou judiciaires) mais le design d'étude était différent. Elle se rapproche de celles de Blum en 2014 (90 jours dans l'Indiana et plus d'un an dans d'autres états, (77)).

La différence n'était pas statistiquement significative entre le groupe SPL (31.3%) et le groupe PS (38.9%), ($p=0.439$) concernant le nombre de patients réhospitalisés après la sortie de l'hôpital pendant un an. La différence n'était pas statistiquement significative entre le groupe SPL (1.1) et le groupe PS (1.6), ($p=0.321$) concernant le nombre moyen de réhospitalisations par patient après la sortie de l'hôpital pendant un an. La différence n'était pas statistiquement significative entre le groupe SPL (31.9 jours) et le groupe PS (49.0 jours), ($p=0.849$) concernant la durée moyenne des réhospitalisations après la sortie de l'hôpital pendant un an. Ces résultats concernant les réhospitalisations correspondent à ceux retrouvées dans la littérature (23-30,50-53,73,75). Les réhospitalisations peuvent être plus rapidement mises en place dans groupe PS, sans attendre la décompensation clinique bruyante et la rupture de soins (rupture thérapeutique, absences aux

consultations...). En effet, K'ourio H (71) montre en effet que la réintégration concerne les patients en rechute dans un peu plus de la moitié des cas de leur étude. La réintégration reste délicate, au-delà des situations où le patient est très symptomatique, avec un entourage inquiet. Les patients semblent utiliser le PS comme un recours en cas de décompensation, les décompensations sont moins bruyantes, la prise en charge précoce et le retour à l'hôpital facilité. L'hospitalisation n'est pas synonyme d'échec, d'une « punition » en cas de contrat non honoré mais comme un moyen d'améliorer l'état de santé. Le patient peut même la demander comme nous le constatons dans notre étude : décision de réhospitalisation prise par le psychiatre 77.3% dans le groupe SPL et à 95.5% dans le groupe PS, ($p=0.185$).

Coldefy et al (66), mettent en exergue qu'en 2015 un tiers des patients en PS n'a jamais été hospitalisé à temps plein dans l'année (leur programme ayant commencé l'année précédente), pour les deux tiers, ces hospitalisations sont plus longues et plus fréquentes que pour les autres patients suivis, librement ou sans leur consentement. Les patients en PS ayant nécessité une hospitalisation à temps plein (soit en début de programme, soit en cours sous forme séquentielle, ou à l'occasion d'une réintégration suite à une rupture du programme de soins), l'ont été en moyenne 75 jours dans l'année (dont 61 jours sans consentement) contre 68 jours (dont 45 jours sans consentement) pour les patients pris en charge sans leur consentement hors PS. Cette durée est très supérieure à celle observée pour les patients hospitalisés exclusivement librement dans l'année (49 jours en moyenne). Le temps d'hospitalisation « contraint » est supérieur à celui des patients hors programmes de soins.

Les patients dans le groupe PS (100%) étaient significativement plus nombreux que les patients dans le groupe SPL (87.5%), ($p=0.048$). à être toujours suivis un an après leur sortie de l'hôpital.

Pendant un an après la sortie de l'hôpital, les patients dans le groupe SPL (23.4%) bénéficiaient significativement plus de consultations infirmier(e) au Centre Médico-Psychologique (CMP) que les patients dans le groupe PS (5.6%), ($p=0.026$). Les patients en PS (47.2%) bénéficiaient significativement de plus d'injections d'antipsychotiques d'action prolongée au CMP que les patients en SPL (15.6%), ($p=0.0006$) et de plus d'activités à l'hôpital de jour (66.7%) que les patients en SPL (42.2%), ($p=0.019$) pendant un an à la sortie de l'hôpital. Vidon G (60) déclare que « dans la majorité des cas, les PS se déroulent comme prévu en termes de consultations, des visites à domicile (VAD) et des prises de traitement ». Coldefy M et al (66) montraient qu'en 2015, 81 % des personnes en PS ont eu des consultations médicales, 61 % des entretiens soignants, 25 % des soins à domicile soit 2 fois plus que les personnes hospitalisées en SSC mais hors PS et c'est très supérieur à ceux observés auprès des personnes suivies librement regroupant une grande diversité de pathologies et de sévérité. Il y a également une plus grande intensité des soins mesurée en nombre moyen d'actes ou de journées de prise en charge annuels. Les PS semblent ainsi constituer des soins intensifs pour les patients souffrant de troubles psychiques sévères nécessitant des SSC. Le type de patients concernés par le PS nécessite donc plus

d'étayage, un suivi ambulatoire renforcé, plus facilement mis en place à l'aide du PS, ce que nous retrouvons également dans d'autres études (73-75). Comme l'évoquait Czyrka A en 2016 (74), nos données pointent une attention accrue portée par les équipes de CMP concernant les patients sortant en PS. La contrainte du PS n'a-t-elle pas permis aux équipes de s'investir autrement dans les soins ? Szmukler G, 2015 (78) décrit que les résultats des études non randomisées ou avant/après seraient expliqués par de meilleurs services offerts aux patients en SASC. Lafossas A (73) dans son étude montre que les soignants voient le PS comme un étayage, permettant l'établissement d'une relation de confiance, propice à l'alliance thérapeutique. Vidon G et al (60), déclarent que c'est «uniquement l'engagement des secteurs dans ce type de pratique qui conditionne l'utilisation». Le PS peut également rassurer l'entourage comme le souligne Ramus-Houstin M (75), permettre d'améliorer la relation, soulagée du poids de la signature des demandes de tiers, avec un soutien des soignants majoré. Vidon G et al, (60) déclarent que les traitements retard et le contrôle de la prise du traitement au CMP «sont significativement liés à une amélioration plus forte des dimensions de l'observance et de la dangerosité pour autrui». En cette période de pénurie médicale et donc de l'offre de soins en psychiatrie, il pourrait être rassurant que les malades a priori les plus atteints aient un suivi de qualité très régulier.

4.3 Limites de l'étude

La limite principale est le schéma rétrospectif avec recueil des données sur les dossiers médicaux informatisés. Cela peut en effet entraîner une variabilité interjuge, une difficulté à retrouver les données, une perte d'information et un risque d'erreurs dans les données rapportées dans les dossiers. Ainsi, nous n'avons pas pu réaliser l'échelle PANSS qui permet de quantifier l'intensité de la symptomatologie clinique psychotique qui aurait pourtant été intéressante à étudier pour son association avec la sortie de l'hôpital en PS ou non.

Un biais de sélection dans la réalisation de notre échantillon est retrouvé: les patients suivis hors EPSM Morbihan ou réhospitalisés hors EPSM ne sont pas pris en compte car nous n'avons pas accès à leur dossier informatisé en rétrospectif. Une étude prospective incluant tous les patients serait intéressante à mener.

Le faible échantillon peut également réduire la puissance de étude.

Le caractère monocentrique limite également la représentativité de l'étude.

Nous pouvons nous interroger sur la représentativité de l'échantillon du fait des patients en SPDRE qui peuvent être plus sévèrement malades et sont plus représentés dans le groupe PS mais cela n'était pas statistiquement significatif et est comparable aux autres études Françaises (62, 66, 69, 71,73,74)

La faible représentativité de notre échantillon rend difficile la généralisation à l'ensemble des patients cibles en PS.

Nous retrouvons un biais de confusion concernant les consultations avec le psychiatre dans le groupe PS du fait de la réalisation du certificat mensuel obligatoire.

Concernant la proportion de patients toujours suivis à un an après la sortie de l'hôpital : dans le groupe PS, ils restent dans le groupe PS même après la fin du PS car une des finalités du PS est d'accrocher le patient au suivi ambulatoire libre.

Le critère de jugement principal est le nombre de patients réhospitalisés, l'un des plus utilisés dans les études que nous avons détaillées ci-dessus et dans la rechute chez les patients atteints de schizophrénie (79), objectif et facile à obtenir dans les dossiers médicaux informatisés. Or, en pratique clinique courante, l'hospitalisation, ne signifie pas toujours une rechute et une décompensation d'une pathologie psychiatrique. Elle peut être indiquée et une bonne option thérapeutique si arrêt du traitement avant la rechute par exemple. Certains patients décompensés peuvent ne pas être hospitalisés. Ce critère est donc discutable, la décision revenant à chaque praticien avec des facteurs d'organisation sectorielle à prendre en compte (80)

4.4 Perspectives

Des études avec un meilleur niveau de preuve, tels que des essais contrôlés randomisés seraient nécessaires pour démontrer l'efficacité des PS et donc le caractère thérapeutique de cet outil.

D'autres études témoignant de l'intérêt des PS concernant l'amélioration clinique, le rétablissement, le bien être, la sécurité du patient, l'amélioration de relation avec l'entourage, la qualité et le confort de vie pourraient également être informatives pour la pratique clinique courante.

De même, la perception et la satisfaction des PS par les personnes qui les ont expérimentés, patients, psychiatres et équipes, pourraient être intéressantes à étudier.

La variabilité dans les pratiques amène également à s'interroger sur les décisions motivant les praticiens de réaliser un PS ou non, qui mériteraient d'être étudiées (facteurs liés aux patients, au secteur, éthiques, critères et modalités de réintégration...).

4. Conclusion

Les soins sans consentement sont formalisés en France par la loi du 30 Juin 1838 (2). La loi du 27 Juin 1990 (3) rappelle que l'hospitalisation libre doit être privilégiée aux hospitalisations sans consentement et les droits des malades y sont renforcés. La loi du 5 juillet 2011 (5) révisée le 27 septembre 2013 (16) introduit les programmes de soins dont le contenu est précisé dans la loi du 26 janvier 2016 (18).

Au niveau mondial, les soins ambulatoires sans consentement existent dans de nombreux pays et parfois depuis de nombreuses années. Les résultats des études internationales observationnelles sont controversés (23-49). Certaines études montrent une diminution du nombre et de la durée des réhospitalisations et d'autres une absence de bénéfice pour le patient. Les trois essais contrôlés randomisés réalisés ne révèlent pas d'efficacité statistiquement significative concernant le nombre et de la durée des réhospitalisations (50-53).

Nous trouvons très peu d'études en France malgré les débats qu'ils suscitent (58, 60, 62, 66, 68, 69, 71, 73-75).

Notre travail met en évidence que les patients en programme de soins bénéficient d'un suivi ambulatoire renforcé pendant un an comparé aux patients suivis en soins ambulatoires libres après une hospitalisation complète en soins sans consentement. Les patients en programme de soins étaient ainsi significativement plus nombreux que les patients en soins libres à être toujours suivis un an après leur sortie de l'hôpital. Les patients en programme de soins bénéficiaient également de manière significative de davantage de prise en charge en hôpital de jour à la sortie de l'hôpital pendant un an. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative concernant le nombre de patients réhospitalisés, le nombre moyen de réhospitalisations par patient, la durée moyenne des réhospitalisations et le nombre de patients observants des antipsychotiques d'action prolongée dans l'année suivant la sortie de l'hôpital dans les deux groupes.

Cependant notre étude comporte plusieurs biais et les résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des patients en programmes de soins en France.

Nous avons apporté un éclairage sur une pratique clinique récente et de mise en place variable. Nous soulignons la nécessité de nouvelles études en France.

L'élaboration de recommandations pourrait permettre d'optimiser l'utilisation et l'efficacité du programme de soins pour les patients, les praticiens et les équipes.

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Références

1. Quéтел Claude. Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours. Paris : Editions Tallandier, 2012- 642 p - Collection Texto.
2. Loi n°7443 du 30 juin 1838.1838.
3. République française. Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Journal officiel de la République française du 30 juin 1990.
4. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la République française du 5 mars 2002.
5. République française. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal officiel de la République française du 6 juillet 2011.
6. Le texte officiel du discours présidentiel. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. J Fr Psychiatr. 2010 ;3(38) :25-7.
7. Strohl H, Clemente M. Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Paris :Inspection Général des affaires sociales/Direction Générale de la Santé, 1997.
8. Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la Santé Mentale, rapport de mission-juillet 2001. Paris :Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, 2001.
9. Rapport Cléry-Mérim, Kovess, Pascal.Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et de la santé mentale remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.2003.
10. Rapport IGA-IGG-IGPN. Les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement. 2004.
11. Rapport IGAS-IGSJ. Proposition de réforme de la loi du 27 Juin 1990. 2005.
12. Rapport CNCDH. Etude sur la maladie mentale et les droits de l'homme, p10. 2008.
13. Cour Européenne des droits de l'homme. Arrêt du 18 Novembre 2010. Baudouin contre France.
14. Conseil Constitutionnel Décision N°2010-71 QPC du 26 Novembre 2010. Disponible sur <http://www.conseil-constitutionnel.fr>
15. Conseil Constitutionnel Décision N°2011-135/140 QPC du 9 Juin 2011. Disponible sur <http://www.conseil-constitutionnel.fr>
16. République française. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal officiel de la République française du 29 septembre 2013.
17. Conseil constitutionnel. Décision N°2012-235 QPC du 20 avril 2012. Disponible sur <http://www.conseil-constitutionnel.fr>.
18. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.2016.
19. Morandi S, Burns T ; Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland : a literature review. Int J Soc Psychiatry 2014 Nov; 60 (7):695-702.

20. O'Reilly RL. Does involuntary out-patient treatment work?. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2001; 25:371-374.
21. Niveau G. Intérêts et inconvénients des soins ambulatoires forcés. *Rev Med Suisse* 2012 ; 8 : 1739-42
22. O'Reilly RL. Why are community treatment orders controversial? *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49(9),579-584.
23. Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. Coercion and compulsion in community mental health care. *Br. med. bull.* 2010;95(1):105-19.
24. Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(4):651-63.
25. Castells-Aulet L, Hernández-Viadel M, Jiménez-Martos J, Cañete-Nicolás C, BellidoRodríguez C, Calabuig-Crespo R, et al. Impact of involuntary out-patient commitment on reducing hospital services: 2-year follow-up. *Psychiatri. bull.* 2015;39(4):196-9.
26. Brown D Is Involuntary Outpatient Commitment a Remedy for Community Mental Health Service Failure? *Ethical Human Sciences and Services*, Volume 5, Number 1, 2003.
27. Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment :what's in the data ? *Can J Psychiatry* 2004 ; 49 :585-91.
28. Riley H, Hoyer G, Lorem Gf. When coercion moves into your home, a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health Soc Care Community.* 2014 Sep;22(5):506-514.
29. Preston N, Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ.* 2002; 324:1244-9.
30. Segal Sp, Burgess PM. The utility of extended outpatient civil commitment. *Int J Law Psychiatry.* 2006 Nov-Dec;29(6):525-34.
31. Inchauspe. JA. Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Espagne. *L'Information psychiatrique* vol. 81, n° 10. Décembre 2005.
32. Hernandez Viadel M, Canete Nicolas C, Perez Prieto Jf, Lera Catalayud G, Gomez Beneyto M. Evaluation of the efficacy of involuntary outpatient treatment in reducing the use of mental. health services in hospital. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010 Apr;3(2):50-4.
33. Canete-Nicolas C, Hernandez-Viadel Miguel, Bellido-Rodriguez C, Lera-Catalayud G. Involuntary outpatient treatment for severe mental patients : current situation in Spain. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(1):27-33.
34. Lera-Catalayud G, Hernandez-Viadel M, Ballido-Rodriguez C, Canete-Nicolas C, Asensio-Pascual P, Calabuig-Crespo R et al. Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness : a one-year follow-up study *Int J Law Psychiatry.*2014; 37(3):267-71.
35. Swartz Ms, Burns Bj, Hiday Va, George Lk, Swanson J, Wagner Hr . New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatr Serv.* 1995 Apr;46(4):381-5.
36. Smith CA. Use of involuntary outpatient commitment in community care of the seriously and persistently mentally ill patient. *Issues Ment Health Nurs.* 1995 May-Jun;16(3):275-84.
37. Geller J, Grudzinskas AJ Jr, Mc Dermeit M, Fisheri WH, Lawlor T. The Efficacy Of Involuntary Outpatient Treatment In Massachussetts. *Adm Policy Ment Health.* 1998 Jan;25(3):271-85.

38. Corbobbese E, Bufnoir J. La « Kendra Law ». A propos d'une obligation de soins ambulatoires à New York. *L'information psychiatrique* n°10. Décembre 2001.
39. Swartz Ms, Swanson Jw, Wagner Hr, Burns Bj, Hiday Va. Effects of involuntary outpatient commitment and depot antipsychotics on treatment adherence in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis.* 2001 Sep;189(9):583-92.
40. Compton Sn, Swanson Jw, Wagner Hr, Swartz Ms, Burns Bj, Elbogen Eb. Involuntary outpatient commitment and homelessness in persons with severe mental illness. *Ment Health Serv Res.* 2003 Mar;5(1):27-38.
41. Swanson Jw, Swartz Ms, Elbogen Eb, Wagner Hr, Burns Bj. Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behav Sci Law.* 2003;21(4):473-91.
42. Swartz Ms, Swanson Jw, Monahan J. Endorsement of personal benefit of outpatient commitment among persons with severe mental illness. *Psychol Public Policy Law.* 2003 Mar-Jun;9(1-2): 70-93.
43. Pollack Da, Mc Farland Bh, Mahler Jm, Kovas Ae. Outcomes of patients in a law intensity, short-duration involuntary outpatient commitment program. *Psychiatr Serv.* 2005 Jul;56(7):863-6.
44. Zanni Gr, Stavis Pf The effectiveness and ethical justification of psychiatric outpatient commitment. *Am J Bioeth.* 2007 Nov;7(11):31-41.
45. Swartz Ms, Wilder Cm, Swanson Jw, Van Dorn Ra, Robbins Pc, Steadman Hj et al. Assessing outcomes for consumers in New York's assisted outpatient treatment program. *Psychiatr Serv.* 2010 Oct;61(10):976-81.
46. Greenberg D, Mazar J, Brom D, Barer Yc. Involuntary outpatient commitment : a naturalistic study of its use and a consumer survey at one community mental health center in Israel. *Med Law.* 2005 Mar;24(1):95-110.
47. Oyffe I, Melamed Y. Involuntary outpatient treatment. *Harefuah.* 2012 Mar;151(3):165-6, 189, 188.
48. Churchill R, Owen G, Singh S, Hotopf M. International experiences of using community treatment orders. 2007. Department of Health, London. Disponible sur : <http://psyrights.org>.
49. Swartz M-S, Swanson J-W. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what's in the data? *Can J Psychiatry.* 2004;49(9):585-91.
50. Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database Syst Rev.* 2014;12:CD004408.
51. Swartz MS, Swanson JW, Wagner Hr, Burns Bj, Hiday Va, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry.* 1999 Dec;156(12):1968-75.
52. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M et al. .Assessing the New York City Involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric services.* 2001 ; 52(3), 330-336.
53. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;381(9878):1627-33.
54. Théron S. De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration des soins ambulatoires sans consentement. *Rev. Droit sanit. soc.* 2010 ; 6 :1088-101.

55. Couturier M : Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie. *Santé Mentale :se servir du droit comme d'un outil. Rhizome.* 2014 ; 53 :5-6.
56. Vidon G. Pour des soins obligatoires en ambulatoire. *Nervure.* 1995, VII:65-68.
57. Leguay D. Soins sans consentement : y a-t-il un sens à l'histoire ? *Perspectives Psy.* 2009 ; 48(1),13-21.
58. Cambier G. La Loi Du 5 Juillet 2011 Relative Aux Soins Sans Consentement En Psychiatrie Regards Croisés D'acteurs De Proximité Sur Un Nouveau Dispositif. [Thèse d'exercice] [S.I.] Université De Grenoble ; 2013.
59. Senon JL. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie moderne. *Inf psychiatr.* 2005 ;81 (7) :627-634.
60. Vidon G, Younès N, Hardy-Baylé MC. Enquête Une Semaine Donnée Sur Le Programmes De Soins En Ile De France Rapport De L'enquête Financée Par L'ARS Ile De France Collège National De La Qualité Des Soins En Psychiatrie . Avril 2014.
61. Guibet-Lafaye C. Au coeur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *L'information psychiatr.* 2014 ; 90 (7) :575-582.
62. Vidon G, Younès N, Hardy-Baylé MC. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? A propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *Inf psychiatr* 2015 ; 91(7) :602-7.
63. Commission nationale consultative des droits de l'homme. Avis sur les premiers effets de la réforme sur les soins psychiatriques sans consentement des malades mentaux. p1-7. 2012. Disponible sur : <https://www.cndh.fr>
64. Bellahsen M., Brunessaux V., Klopp S. Peut-on réellement se soigner sans consentement ? *Soins Psychiatr.*, 2012; 170(3) :216-19.
65. Robiliard D, Jacquat D. N° 4486 - Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [En ligne]. Assemblée Nationale; 2017 Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>
66. Coldefy M, Lapalus D, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *IRDES, Questions d'économie de la santé.* 2017; (22):1-8.
67. Enquête HAS 2019. Consulté sur le site <https://www.ascodocpsy.org/enquete-has-2019>.
68. Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. *IRDES, Questions d'économie de la santé.* 2015;(205):1-8.
69. Jolivet L. Le Programme De Soins, Une Nouvelle Perspective Du Soins En Psychiatrie :Outil Juridique ? Outil Thérapeutique ? [Thèse d'exercice]. [S.I.] Université de Toulouse ; 2015.
70. De Gerry M, Viateau J. Soins ambulatoires sans consentement, paroles de familles de l'unafam. *Ann Méd psychol.* 2018; 176(4):418-20.
71. K'ourio H, Trebalag A-K, Gay O, Gourevitch R. Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive. *Ann méd psychol.* 2018;176(4):410.

72. Bourelle J-M, Zielinski A, Claudot F. La recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ? nov 2014 [cité 12 août 2016]; Disponible sur: http://www.grieps.fr/LEGRIEPS/files/articles/ArticleJM_Bourelle_Nov2014.pdf
73. Lafossas A. Le programme de soins :étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre hospitalier Charles Perrens. [Thèse d'exercice]. [S.I.] Université de Bordeaux ; 2016.
74. Czyrka A. Description de l'effet des programmes de soins sur la prise en charge des patients atteints d'une pathologie psychiatrique : étude retrospective au sein de l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise. [Mémoire pour le diplôme d'études spécialisées] [S.I.].Université de Lille ; 2016.
75. Ramus-Houstin M. Les programmes de soins :place, recours et efficacité des soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire.Etude observationnelled'analyse des pratiques au CHRU de Tours [Thèse d'exercice]. [S.I.]Université de Tours ; 2018.
76. Cruzet T, Lebaudy M. 680 000 majeurs sous protection judiciaire fin 2014 [Internet]. Ministère de la Justice; 2016 Juillet. Report No.: 143. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Infostat_143.pdf
77. Blum RW. Outpatient commitment and statutory law. Resident's journal. Am J of psychiatry. January 2014 ; 9(1) :8-9.
78. Szmukler, G. Is there a place for community treatment orders after the OCTET study?Acta Psychiatr Scand 2015; 131: 330–332
79. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia : a systematic literature review. Annals of general Psychiatry. 2013 ;12-32.
80. Plancke L, Flament C, Dumesnil C, Amariei A. Les réhopsitalisations psychiatriques. Qui ?Quand ?Comment ?Les enseignements du Rim-P. Présenté à Congrès Français de Psychiatrie ;2014. Dispoible à <https://www.santementale5962.com>

Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparaison des données socio-démographiques des patients entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 2 : Comparaison des modes légaux de soins sans consentement lors de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 3 : Comparaison des durées de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 4 : Comparaison des durées de la mesure de soins sans consentement lors de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 5 : Comparaison des durées totales de soins sans consentement pendant la durée totale de l'étude entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 6 : Comparaison des données cliniques de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 7: Comparaison des données cliniques des patients lors de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 8 : Comparaison des diagnostics des patients posés par le psychiatre lors de l'hospitalisation index à temps complet selon la CIM-10 (10^e révision de la classification internationale des maladies)entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 9 : Comparaison du nombre de patients réhospitalisés après la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 10 :Comparaison du nombre moyen de réhospitalisations par patient après la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 11 : Comparaison des données cliniques des réhospitalisations après la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 12 : Comparaison des données cliniques des suivis ambulatoires à la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 13 : Comparaison de l'observance des traitements antipsychotiques d'action prolongée à la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Tableau 1 : Comparaison des données socio-démographiques des patients entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=64)	Groupe PS (N=36)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Genre			$\chi^2=0.007$	0.933
Hommes	35 (54.7%)	20 (55.6%)		
Femmes	29 (45.3%)	16 (44.4%)		
Age moyen (années)	48.6	46.2	T=0.519	0.607
Pole			$\chi^2=5.238$	0.073
Pole 1	24 (37.5%)	9 (25.0%)	$\chi^2=1.628$	0.202
Pole 2	24 (37.5%)	22 (61.1%)	$\chi^2=5.171$	0.023
Pole 3	16 (25.0%)	5 (13.9%)	$\chi^2=1.715$	0.190
Statut familial			F=0,145	0.145
Célibat	25 (39.1%)	21 (58.3%)	$\chi^2=3.445$	0.0634
Mariage	20 (31.3%)	4 (11.1%)	F=0.028	0.028
Concubinage	10 (15.6%)	6 (16.6%)	$\chi^2=0.019$	0.892
Divorce	8 (12.5%)	4 (11.1%)	F=1	1
Veuvage	1 (1.5%)	1 (2.9%)	F=1	1
Nombre de patients ayant au moins un enfant	36 (56.3%)	12 (33.3%)	$\chi^2=4.848$	0.028
Entourage			F=0.179	0.179
Présent	44 (68.7%)	31 (86.1%)	$\chi^2=3.704$	0.0543
Non présent	4 (6.3%)	1 (2.8%)	F=0.651	0.651
Aucun	16 (25.0%)	4 (11.1%)	F=0.124	0.124
Mode de vie			$\chi^2=2.152$	0.341
Seul	21 (32.8%)	15 (41.7%)	$\chi^2=0.784$	0.376
Avec conjoint et/ou enfant(s)	31 (48.4%)	12 (33.3%)	$\chi^2=2.145$	0.143
Avec famille ou amis	12 (18.8%)	9 (25.0%)	$\chi^2=0.542$	0.461
Nombre de patients recevant l'Allocation Adulte handicapé	14 (21.9%)	14 (38.9%)	$\chi^2=3,308$	0.0689
Statut professionnel			F=0.001	0,001
Invalidité	6 (9.4%)	8 (22.2%)	$\chi^2=3.158$	0.076
Travail en milieu ordinaire	22 (34.4%)	6 (16.7%)	$\chi^2=3.583$	0.058
Travail en milieu protégé	2 (3.1%)	0 (0.0%)	F=0.535	0.535
Retraite	16 (25.0%)	2 (5.6%)	F=0.015	0.015
Etudes ou formation	2 (3.1%)	0 (0.0%)	F=0.535	0.535
Sans emploi	16 (25.0%)	20 (55.5%)	$\chi^2=9.336$	0,002
Mesure de protection juridique			F=8.430E-5	8.430E-5
Tutelle	1 (1.6%)	1 (2.8%)	F=1	1
Curatelle	0 (0.0%)	8 (22.2%)	F=0.0002	0,0002
Aucune	63 (98.4%)	27 (75.0%)	F=0.0004	0,0004

χ^2 : Test du Chi² ; F : Test exact de Fisher ; T : Test de Student

Tableau 2: Comparaison des modes légaux de soins sans consentement lors de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

Mode légal d'hospitalisation	Groupe SPL(N=64)	Groupe PS(N=36)	Valeur de la statistique	Valeur de p
			F=0.002	0.002
SPDT	17 (26.6%)	4 (11.1%)	F=0.079	0.079
SPDTU	27 (42.2%)	21 (58.3%)	$\chi^2=2.406$	0.121
SPPI	14 (21.9%)	1 (2.8%)	F=0.009	0.009
SPDRE/SPDREU	6 (9.3%)	10 (27.8%)	$\chi^2=5.806$	0.016

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

SPDREU : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat, procédure d'Urgence

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

χ^2 : Test du Chi² ; F : Test exact de Fisher

Tableau 3 : Comparaison des durées de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Valeur de la statistique	Valeur de p
Groupe SPL (jours) (N=64)	5	43.8	29.0	152	T=-0.914	0.367
Groupe PS (jours) (N=36)	14	53.9	40.5	155		

T : Test de Student

Tableau 4 : Comparaison des durées de la mesure de soins sans consentement lors de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Valeur de la statistique	Valeur de p
Groupe SPL (jours) (N=64)	3	31.1	22.5	139	T=-2.204	0.035
Groupe PS (jours) (N=36)	14	53.9	40.5	155		

T : Test de Student

Tableau 5 : Comparaison des durées totales de soins sans consentement pendant la durée totale de l'étude entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Minimum	Moyenne	Médiane	Maximum	Valeur de la statistique	Valeur de p
Groupe SPL (jours) (N=64)	3	35.5	22.5	229	T=-8.961	3.033E-8
Groupe PS (jours) (N=36)	91	329.95	391	520		

T : Test de Student

Tableau 6: Comparaison des données cliniques de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=64)	Groupe PS (N=36)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Rupture de suivi avant l'entrée	11 (17.2%)	18 (50.0%)	$\chi^2=12.048$	0.0005
Rupture de traitement avant l'entrée	16 (25.0%)	10 (27.8%)	$\chi^2=0.092$	0.761
Prise de toxiques à l'entrée	14 (21.9%)	18 (50.0%)	$\chi^2=8.375$	0.004
Recours à l'isolement pendant l'hospitalisation	25 (39.1%)	13 (36.1%)	$\chi^2=0.085$	0.770
Recours à la contention physique pendant l'hospitalisation	6 (9.4%)	1 (2.8%)	F=0.417	0.417

χ^2 : Test du Chi² ; F : Test exact de Fisher

Tableau 7: Comparaison des données cliniques des patients lors de l'hospitalisation index à temps complet entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=64)	Groupe PS (N=36)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Première décompensation	18 (28.1%)	2 (5.6%)	F=0.008	0.008
Antécédent d'hospitalisation				
En soins libres	32 (50%)	18 (50.0%)	$\chi^2=1$	1
En soins sans consentement	20 (31.2%)	33 (83.0%)	F=1.842E-9	1.842E-9
Aucun	25 (39.0%)	4 (11.1%)	F=0.003	0.003
Suivi psychiatrique antérieur	46 (71.9%)	34 (94.4%)	F=0.008	0.008
Antécédent de programme de soin	9 (14.1%)	16 (44.4%)	$\chi^2=11.34$	0.0008
Antécédent d'autoagressivité, de tentative de suicide	15 (23.4%)	2 (5.6%)	F=0.026	0.0026
Antécédent d'hétéroagressivité, de violence	14 (21.9%)	29 (80.6%)	$\chi^2=32.369$	1.275E-8
Antécédent de séjour en Unité pour Malade Difficile	0 (0.0%)	0 (0.0%)	F=1	1
Antécédents judiciaires, incarcérations, gardes à vue	12 (18.7%)	11 (30.6%)	$\chi^2=1.813$	0.178
Traitement de fond principal à l'entrée			F=0.0008	0.0008
Oral (antidépresseur ou antipsychotique ou régulateur de l'humeur)	35 (54.7%)	28 (77.7%)	$\chi^2=5.270$	0.022
Antipsychotique d'action prolongée	5 (7.8%)	6 (16.7%)	$\chi^2=1.845$	0.174
Aucun	24 (37.5%)	2 (5.6%)	F=0.0003	0.0003
Traitement de fond principal à la sortie			F=0.001	0.001
Oral (antidépresseur ou antipsychotique ou régulateur de l'humeur)	54 (84.4%)	19 (52.8%)	$\chi^2=11.670$	0.0006
Antipsychotique d'action prolongée	10 (15.6%)	17 (47.2%)	$\chi^2=11.670$	0.0006
Aucun	0 (0.0%)	0 (0.0%)	F=1	1

χ^2 : Test du Chi² ; F : Test exact de Fisher

Tableau 8: Comparaison des diagnostics des patients posés par le psychiatre pendant l'hospitalisation index à temps complet selon CIM-10 (10^e révision de la classification internationale des maladies) entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=64)	Groupe PS (N=36)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Principal			F=0.017	F=0.017
F10-F19	3 (4.7%)	1 (2.8%)	F=1	1
F20-F29	25 (39.1%)	25 (69.4%)	$\chi^2=8.507$	0.004
F20	15 (23.5%)	17 (47.3%)	$\chi^2=5.990$	0.014
F22	2 (3.1%)	4 (11.1%)	F=0.184	0.184
F23	2 (3.1%)	2 (5.5%)	F=0.617	0.617
F25	4(6.3%)	2 (5.5%)	F=1	1
F29	2 (3.1%)	0 (0.0%)	F=0.535	0.535
F30-F39	31 (48.4%)	10 (27.8%)	$\chi^2=4.065$	0.044
F31	8 (12.5%)	4 (11.1%)	F=1	1
F32	21 (32.8%)	0 (0.0%)	F=2.300E-5	2.300E-5
F38	2 (3.1%)	0 (0.0%)	F=0.535	0.535
F39	0 (0.0%)	6 (16.7%)	F=0.002	0.002
F40-F49	5 (7.8%)	0 (0.0%)	F=0.156	0.156
Associé				
F10-F19	9 (14.1%)	22 (61.1%)	$\chi^2=23.843$	1.045E10⁻⁶

F10-19 : Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

F20-29 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

F20 : Schizophrénie

F22: Troubles délirants persistants

F23 :Troubles psychotiques aigus et transitoires

F25 :Troubles schizo-affectifs

F29 : Psychose non organique sans précision

F30-F39 : Troubles de l'humeur (affectifs)

F31 : Trouble affectif bipolaire

F32 : Episodes dépressifs

F38 : Autres troubles de l'humeur (affectifs)

F39 : Trouble de l'humeur (affectif), sans précision

F40-F49 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

χ^2 : Test du Chi² ; F : Test exact de Fisher

Tableau 9: Comparaison du nombre de patients réhospitalisés après la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=64)	Groupe PS (N=36)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Nombre de patients réhospitalisés	20 (31.3%)	14 (38.9%)	$\chi^2=0.599$	0.439

χ^2 : Test du Chi²

Tableau 10 : Comparaison du nombre moyen de réhospitalisations par patient après la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=20)	Groupe PS (N=14)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Nombre moyen de réhospitalisations par patient	1.1	1.6	T=-1.071	0.321

T : Test de Student

Tableau 11 : Comparaison des données cliniques des réhospitalisations après la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=22)	Groupe PS (N=22)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Durée moyenne des réhospitalisations (jours)	31.9	49.0	T=-0.93	0.849
Décision de la réhospitalisation			F=0.185	0.185
Psychiatre	17 (77.3%)	21 (95.5%)		
Patient	5 (22.7%)	1 (4.5%)		

F : Test exact de Fisher ; T : Test de Student

Tableau 12: Comparaison des données cliniques des suivis ambulatoires à la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

	Groupe SPL (N=64)	Groupe PS (N=36)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Patients toujours suivis un an après la sortie de l'hôpital	56 (87.5%)	36 (100%)	F=0.048	0.048
Nombre de patients ayant bénéficié des actes de:				
Consultation psychiatre au Centre Médico-Psychologique	58 (90.6%)	36 (100%)	F=0.085	0.085
Consultation infirmier(e) au Centre Médico-Psychologique	15 (23.4%)	2 (5.6%)	F=0.026	0.026
Consultation Psychologue au Centre Médico-Psychologique	10 (15.6%)	6 (16.7%)	$\chi^2=0.019$	0.891
Consultation Psychomotricien(ne) au Centre Médico-Psychologique	2 (3.1%)	0 (0.0%)	F=0.535	0.535
Visite à domicile de l'infirmier(e) du Centre Médico-Psychologique	19 (29.7%)	14 (38.9%)	$\chi^2=0.882$	0.348
Préparation du traitement oral au Centre Médico-Psychologique	2 (3.1%)	4 (11.1%)	F=0.184	0.184
Injection des antipsychotiques d'action prolongée au Centre Médico-Psychologique	10 (15.6%)	17 (47.2%)	$\chi^2=11.670$	0.0006
Activités en Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel	4 (6.3%)	4 (11.1%)	F=0.537	0.454
Activités à l'Hopital de Jour	27 (42.2%)	24 (66.7%)	$\chi^2=5.225$	0.019

χ^2 : Test du Chi² ; F : Test exact de Fisher

Tableau 13: Comparaison de l'observance des traitements antipsychotiques d'action prolongée à la sortie de l'hôpital pendant un an entre le groupe Soins Psychiatriques Libres (SPL) et le groupe Programme de Soins (PS)

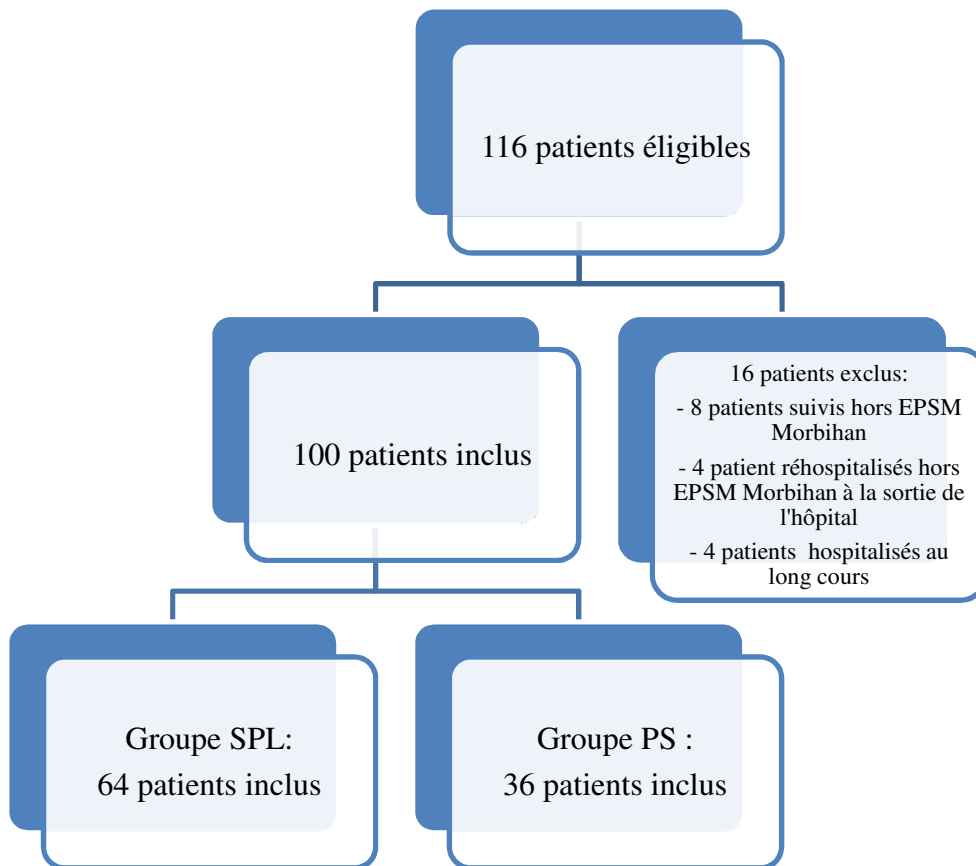
	Groupe SPL (N=10)	Groupe PS (N=17)	Valeur de la statistique	Valeur de p
Nombre de patients observants des traitements antipsychotiques d'action prolongée	8 (80%)	15 (88.2%)	F=0.613	0.613

F : Test exact de Fisher

Liste des figures

Figure 1 :Diagramme des flux des patients

Figure 1 :Diagramme des flux des patients



EPSM Morbihan : EPSM Morbihan : Etablissement Public de Santé Mentale Morbihan

SPL : Soins Psychiatriques libres

PS : Programme de Soins

**MAILLET Emilie - Les programmes de soins en pratique clinique
psychiatrique courante : étude rétrospective à l'EPSM Morbihan.**

57 feuilles, 1 graphique, 13 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019 ; N°

Résumé Français

Introduction : La loi du 5 juillet 2011 révisée le 23 septembre 2013 introduit les programmes de soins dont le contenu est précisé dans la loi du 26 janvier 2016. Nous retrouvons très peu d'études en France sur les programmes de soins. La rédaction du programme de soins est disparate. Les pratiques varient selon les établissements et les praticiens. Le recours au programme de soins est aléatoire selon les territoires. Le but de notre travail était d'étudier l'utilisation et l'intérêt en pratique clinique courante des programmes de soins en comparaison avec les soins ambulatoires libres à l'EPSM Morbihan à la sortie d'une hospitalisation sans consentement.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique à l'EPSM Morbihan à partir des données extraites des dossiers patients informatisés. Nous avons comparé les données pendant l'hospitalisation complète (HC) en mesure de soin sans consentement (SSC) nouvellement initiée entre le 01/01/17 et le 06/05/17 des patients sortis de l'EPSM Morbihan en soins libres après levée de la mesure de SSC (groupe SPL) avec celles des patients sortis de l'EPSM Morbihan en programme de soins (groupe PS). Nous avons ensuite comparé les données des réhospitalisations et du suivi ambulatoire pendant un an après la sortie de l'hôpital dans ces 2 groupes. Le critère de jugement principal était le nombre de patients réhospitalisés dans l'année suivant la sortie de l'hôpital.

Résultats : 100 patients ont été inclus, 64 dans le groupe SPL et 36 dans le groupe PS. Le taux de recours au PS parmi les patients hospitalisés en HC en SSC initialement était de 36%. Les patients du groupe SPL étaient significativement davantage admis en HC en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) (21.9%) que le groupe PS (2.8%), ($p=0.09$). Nous retrouvons dans les diagnostics principaux, significativement plus de F20-29 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) dans le groupe PS (69.4%) que dans le groupe SPL (39.1%), ($p=0.004$). Le diagnostic F32 (épisodes dépressifs) était significativement plus présent dans le groupe SPL (32.8%) que dans le groupe PS (0.0%), ($p= 2.300E-5$). Nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre le groupe SPL (31.3%) et le groupe PS (38.9%), ($p=0.439$) concernant le nombre de patients réhospitalisés dans l'année suivant la sortie de l'hôpital.

Conclusion : Nous pointons la nécessité de nouvelles études en France. L'élaboration de recommandations pourrait permettre d'optimiser l'utilisation et l'efficacité du programme de soins pour les patients, les praticiens et les équipes.

Rubrique de classement :	PSYCHIATRIE
Mots-clés :	Psychiatrie ; Soins psychiatriques ; Loi du 5 Juillet 2011 ; Soins sans consentement ; hospitalisation sans consentement ; Soins ambulatoires sans consentement ; soins ambulatoires, Programme de soins
Mots-clés anglais MeSH :	Psychiatry ; Psychiatric care; ; Law of July 5th , 2011; Care without consent; Hospitalization without consent; community treatment order ; Outpatient care; Involuntary outpatient commitment
JURY	Président : Monsieur le Professeur Dominique Drapier
	Assesseurs : Madame le Docteur Graziella Lancelot [directrice de thèse] Monsieur le Professeur Florian Naudet Monsieur le Docteur Gabriel Robert Monsieur le Docteur Didier Robin