



HAL
open science

Mesures de restriction des libertés lors d'une première hospitalisation en psychiatrie : influence sur la continuité du suivi ambulatoire à un an

Mylène Charre

► To cite this version:

Mylène Charre. Mesures de restriction des libertés lors d'une première hospitalisation en psychiatrie : influence sur la continuité du suivi ambulatoire à un an. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03463142

HAL Id: dumas-03463142

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463142>

Submitted on 2 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020

N° 49

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 01 septembre 2020

Par

Mylène CHARRE

**Mesures de restriction des libertés lors d'une première
hospitalisation en psychiatrie : influence sur la continuité du suivi
ambulatoire à un an**

Dirigée par M. le Docteur Hugo Herrero

JURY

M. le Professeur Frédéric Limosin, PU-PH

Président

M. le Docteur Hugo Herrero, PH

Directeur

Mme la Professeure Nathalie Godart, PU-PH

Membre du jury

M. le Docteur Bruno Romeo, PH

Membre du jury

M. le Professeur Amine Benyamina, PU-PH

Membre du jury

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu le Docteur Hugo HERRERO, pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse, pour ta patience sans faille et ta disponibilité à toute épreuve, jusque dans les derniers instants. Pour m'avoir fait découvrir les joies de la publication d'articles. Un grand merci pour m'avoir accompagnée dans ce travail.

Je remercie le Professeur Frédéric LIMOSIN, pour avoir accepté de présider ce jury. Pour votre disponibilité et votre investissement auprès des internes dans votre service, et pour ces séances de supervision qui m'ont tant angoissée mais tant appris également.

Je remercie le Professeur Amine BENYAMINA, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Le semestre passé dans votre service fut très enrichissant, l'occasion de faire de belles rencontres professionnelles et de publier mon premier article.

Je remercie le Professeur Nathalie GODART, pour avoir accepté de faire partie de ce jury, bien que nous ne nous soyons jamais rencontrées, pour votre disponibilité et votre bienveillance auprès des internes lors de prises en charges communes.

Je remercie également le Docteur Bruno ROMEO, pour avoir accepté de faire partie de ce jury et pour avoir accepté de m'initier au logiciel statistique, même s'il me reste encore beaucoup à apprendre.

Je remercie ma famille, qui m'a soutenue depuis la première année de ce long cursus de médecine, pour vos conseils et votre écoute en toutes circonstances.

A mes amis de longue date, Clarisse, Manon, Anne, Maxime, grâce à qui j'ai pu garder la tête froide et mener des réflexions éthiques et déontologiques enrichissantes.

A Yolaine, Déborah, Camille et Maryse, mes acolytes depuis la P2, pour nos soirées qui arrêtent le temps et pour vos rappels subtils de notions somatiques lointaines.

A mes amis rencontrés au cours de l'internat, Sophie, Gabriel, Margaux, sans qui ces dernières années n'auraient pas été les mêmes.

A Julian, pour ton soutien indéfectible en toutes circonstances, pour ta curiosité et ton optimisme qui me poussent à viser toujours plus haut, pour ta présence à mes côtés même dans les moments difficiles.

A ma grand-mère, qui m'a soutenue et épaulée tout au long de mes études et qui aurait aimé assister à cette soutenance.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE	6
CHAPITRE 1 : PRISE EN CHARGE PRECOCE	6
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DU PREMIER EPISODE ET OBSERVANCE	8
2.1 TRAITEMENT DU PREMIER EPISODE PSYCHOTIQUE	8
2.2 TRAITEMENT DU PREMIER EPISODE DYSTHYMIQUE.....	8
2.3 OBSERVANCE THERAPEUTIQUE	9
2.4 TRAITEMENT SOUS FORME RETARD	9
2.5 DUREE DU TRAITEMENT POUR UN PREMIER EPISODE PSYCHIATRIQUE	10
CHAPITRE 3 : PRISE EN CHARGE INTRA-HOSPITALIERE ET RESTRICTIONS DES LIBERTES INDIVIDUELLES	10
3.1 CHAMBRE D'ISOLEMENT ET CONTENTION MECANIQUE	10
3.2 MISE EN PYJAMA ET RETRAIT DU TELEPHONE PORTABLE.....	12
3.3 TRAITEMENTS SEDATIFS PAR VOIE INJECTABLE	13
CHAPITRE 4 : PRISE EN CHARGE EXTRAHOSPITALIERE	14
<u>PARTIE 2 : ETUDE RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE : INFLUENCE DES MESURES DE RESTRICTION DES LIBERTES SUR LA CONTINUTE DU SUIVI APRES UNE PREMIERE HOSPITALISATION</u>	16
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	16
CHAPITRE 2 : MATERIEL ET METHODES	17
2.1 DESIGN DE L'ETUDE ET PARTICIPANTS	17
2.2 MESURES	18
2.3 ANALYSES STATISTIQUES	19
CHAPITRE 3 : RESULTATS	19
3.1 ETUDE COMPARATIVE.....	20
3.2 ETUDE EN SOUS GROUPES	23
3.3 DESCRIPTION DE LA POPULATION TOTALE	24
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	26
4.1 IMPACT DES MESURES DE RESTRICTION DES LIBERTES SUR LE SUIVI	26
4.2 AUTRES FACTEURS POUVANT INFLUENCER LE SUIVI	28
4.3 AUTRES RESULTATS	28
4.4 LIMITES DE CETTE ETUDE	30
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	39

Introduction

Depuis plusieurs années, les études mettent en évidence l'importance de la prise en charge précoce des troubles psychiatriques, avec un accent mis sur les troubles schizophréniques (1,2) et les troubles de l'humeur (3,4). Il est admis aujourd'hui qu'une telle intervention et une compliance aux soins dans les premières années de la maladie permettent une amélioration du pronostic fonctionnel au long cours (4,5).

Cependant, divers éléments constituent un frein à la mise en place d'une prise en charge précoce et à sa continuité, pour les patients mais aussi pour leur entourage. En effet, la psychiatrie souffre d'une mauvaise image, de nombreux clichés et idées reçues circulent encore dans l'imaginaire collectif, en inadéquation avec les remises en question permanentes de notre spécialité (6–8). La pathologie mentale est encore stigmatisée alors que les libertés individuelles et le consentement du patient sont aujourd'hui des éléments centraux de la prise en charge (9,10). Les patients jeunes et sans antécédent familial peuvent être particulièrement sensibles à cette stigmatisation.

Au centre des réticences de nos patients revient souvent l'appréhension de pratiques telles que la mise en chambre d'isolement et le recours aux contentions mécaniques, et de manière plus générale la crainte de la privation des libertés individuelles (9). La psychiatrie est souvent perçue comme une spécialité médicale usant de pratiques barbares et dépourvues d'humanité, les soignants en psychiatrie peuvent être perçus comme des bourreaux pervers, et ce à cause de témoignages, chansons et films traitant de manière biaisée ce sujet (par exemple : la chanson « Villejuif » de Serge Reggiani (11), la chanson « Pavillon 36 » du groupe Bérurier Noir (12)). Poser la question du vécu de l'hospitalisation au patient est délicate, un patient peut-il vraiment garder un bon souvenir d'une hospitalisation, et ce quelque soit le service ? La question des soins sous contrainte complique un peu plus encore cette épineuse question.

L'isolement et la contention sont de plus en plus remis en question et leurs conditions de mise en place restreintes. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en février 2017 (8) visent à empêcher une utilisation abusive de ces méthodes. Un nombre croissant d'études s'interroge sur le vécu de ces pratiques par les patients. Alors que l'isolement paraît indispensable dans les situations d'agitation aiguë avec un risque de mise en danger de soi et d'autrui, le sujet est souvent peu abordé avec le patient après la levée de la mesure. De la même manière, les soins psychiatriques sans consentement sont perçus comme abusifs et punitifs, alors même que les lois évoluent régulièrement pour règlementer leur recours, indispensable dans certains cas.

La psychiatrie est aujourd'hui centrée sur l'organisation en secteurs. Le service de secteur est sollicité lors des épisodes aigus et des épisodes inauguraux, mais aussi dans le cadre de

pathologies chroniques. L'articulation entre le service hospitalier et les structures ambulatoires a pour but d'assurer la continuité des soins, de manière à garder un lien avec le patient et l'accompagner au long cours pour que la pathologie psychiatrique ne soit pas un frein à son fonctionnement et à son insertion sociale.

Une fois l'épisode aigu contrôlé, la mise en place d'un suivi et le travail sur la compliance aux soins sont primordiaux (13,14) mais là aussi, le patient peut exprimer des réticences. Il s'agit pour le patient d'accepter la pathologie, vécue parfois comme une appartenance non désirée, imposée, à un groupe social stigmatisé. De plus, la pression et les attentes de la société actuelle ne font que renforcer le sentiment d'inadéquation, de non appartenance et de stigmatisation du patient psychiatrique. La relation thérapeutique est mise à mal mais doit être suffisamment solide pour s'assurer de la continuité des soins, sans tomber dans les penchants paternalistes d'autrefois. La coopération entre le patient et l'équipe soignante référente devient un facteur majeur de la compliance aux soins et de la rémission clinique.

Nous nous intéresserons ici à ces patients qui nécessitent un accompagnement à court et moyen terme. Après une revue de la littérature sur les données actuelles concernant la prise en charge précoce des maladies psychiatriques, le traitement et les soins lors de la première hospitalisation en psychiatrie puis l'organisation des soins ambulatoires, nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur les patients hospitalisés pour la première fois dans un service de secteur : les mesures de restriction des libertés et l'ensemble des soins reçus ont été relevés. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact des mesures de restriction des libertés lors d'une première hospitalisation en psychiatrie sur la continuité du suivi à un an.

Partie 1 : Revue de la littérature

Depuis une vingtaine d'années, l'importance de la prise en charge précoce des patients atteints de maladies psychiatriques et de l'observance thérapeutique à long terme sont mises en avant (2,3). Nous exposerons ici les arguments en faveur de la précocité de la prise en charge dans les pathologies psychiatriques, pour les troubles délirants et les troubles de l'humeur principalement, puis l'importance de la compliance aux soins dès les premières années. Ensuite, nous aborderons le traitement préconisé lors d'un premier épisode puis les différents soins et mesures rencontrés au cours de l'hospitalisation en psychiatrie. Enfin, nous évoquerons les soins ambulatoires et leur rôle dans la prise en charge.

Chapitre 1 : Prise en charge précoce

La prise en charge précoce et l'identification de stades d'évolution, le *staging*, dans la schizophrénie ont permis de mieux identifier ces patients et d'améliorer leur pronostic fonctionnel à terme (15). La mise en avant des profils Ultra Haut Risque (UHR) ou de la phase prodromique où le patient présente des symptômes faisant évoquer un risque de transition dans les années suivantes, a entraîné une surveillance accrue chez une catégorie de jeunes patients. La revue de la Cochrane sur le sujet en 2011 (16) ne retrouvait pas d'étude fiable mais plutôt un faisceau d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prise en charge précoce des patients psychotiques. Depuis, plusieurs études en ont montré l'efficacité (5, 17,18). La prise en charge précoce est la médicalisation des symptômes le plus tôt possible : avant les premiers symptômes si les prodromes sont identifiés, ou autour du premier épisode morbide soit environ deux ans avant et jusqu'à trois ans après le début des symptômes (19).

A défaut d'avoir pu identifier les patients en amont du premier épisode à expression psychiatrique, la prise en charge de ce dernier devient primordiale. Les pathologies psychotiques sont les premières à avoir été étudiées : le premier épisode psychotique (PEP) correspond à la période pendant laquelle les symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations ou des éléments de désorganisation, sont présents pendant au moins quatre semaines (19, 20). Il est admis aujourd'hui que tout PEP n'est pas synonyme de schizophrénie (3), ce qui confirme l'importance d'un suivi et d'une prise en charge rapide, précoce et efficace, de manière à intervenir au plus tôt en cas de symptômes persistants. Dans les premiers mois après le PEP, une certaine proportion de patients rapporte la réapparition de symptômes psychotiques (50% à 1 an (21), 80% à 5 ans (22)) et sont hospitalisés à nouveau (12,1% (23), 21,9% (21), 40% (24)). Par ailleurs, l'identification des facteurs favorisant une récurrence des symptômes doit être menée et ceux-ci doivent être pris en charge : l'usage de toxiques par exemple est un facteur important lié à une rechute clinique, dans la schizophrénie mais aussi dans les troubles bipolaires (21,25).

Concernant les troubles bipolaires, il est admis aujourd'hui qu'il s'agit d'une pathologie multifactorielle d'évolution progressive. Des études récentes tentent d'identifier un état clinique "à risque" chez les jeunes patients, au même titre que la schizophrénie, à l'aide de facteurs cliniques, environnementaux, biologiques et génétiques, pour "éviter ou au moins retarder" le début des troubles, ses conséquences sur le fonctionnement social du patient, ses comorbidités et la mortalité prématurée notamment (4). L'évolution progressive du trouble fait l'objet de recherches pour une meilleure prise en charge, la plus précoce possible, de manière à réduire le retentissement fonctionnel du patient à moyen et long terme. Le premier épisode surviendrait en moyenne vers l'âge de 25 ans et plusieurs années s'écouleraient avant qu'un accompagnement par un professionnel soit demandé par le patient et que le diagnostic soit posé, respectivement 3 ans et 10 ans environ (25). Alors qu'une prise en charge préventive de ces troubles est encore controversée (4), la première hospitalisation en psychiatrie représente une entrée dans les soins qui justifie la mise en place d'un traitement et d'une surveillance clinique particulière. En effet, le risque de rechute à court terme est important : 41% de risque de rechute à 1 an après un premier épisode maniaque d'après une méta-analyse de Gignac et al (26).

Après un premier épisode, un suivi régulier est important de manière à non seulement s'assurer de la prise et de l'adaptation du traitement prescrit, mais aussi pour affiner l'observation clinique et ainsi le diagnostic. En effet, comme dit précédemment, tout premier épisode psychotique n'est pas synonyme de schizophrénie, mais peut tout aussi bien être l'épisode inaugural d'un trouble bipolaire (3), de même qu'un premier épisode dysthymique n'est pas synonyme de trouble de l'humeur chronique. Le traitement adapté est ainsi tout autre, ce qui accentue l'importance du suivi pendant plusieurs mois après la sortie d'hospitalisation. De la même manière, les symptômes résiduels, comme les symptômes négatifs dans la schizophrénie ou les troubles du sommeil dans les troubles bipolaires, sont à identifier et à prendre en charge car synonymes d'une moindre efficacité des traitements proposés et d'un moins bon pronostic fonctionnel à court terme (27,28).

Le Professeur Courtet (29) rappelle que l'évaluation du risque suicidaire est primordiale, et ce dès le premier épisode psychiatrique, en particulier pour la schizophrénie, les troubles bipolaires et unipolaires. Il s'agit d'une cause fréquente de mortalité précoce : on retrouve 2 à 5 % de suicide chez les sujets présentant un PEP dans les études de suivi à long terme, et ce risque est majoré chez les sujets hospitalisés pour un premier épisode par rapport aux sujets souffrant de schizophrénie chronique (29). Lors de la première année, le risque de mortalité par suicide est douze fois plus élevé, puis reste pendant plusieurs années supérieur à celui de la population générale, justifiant une surveillance particulière dès l'entrée dans la maladie. Plusieurs facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire sont identifiés à différents temps de la première prise en charge psychiatrique : l'âge jeune du patient et la durée des symptômes non traités, la présence de symptômes négatifs, les antécédents de tentatives de suicide et la présence d'idées suicidaires, le degré d'insight et le vécu de l'épisode morbide, l'usage comorbide de toxiques et la présence de symptômes dépressifs, en particulier la dépression "prodromale". Par ailleurs, les symptômes positifs et le fonctionnement ne joueraient pas de

rôle dans la survenue du suicide (29). Une surveillance régulière de l'évolution des symptômes et de l'insight permettrait d'adapter la prise en charge de manière personnalisée et de réduire le risque suicidaire dans les premières années de maladie.

Chapitre 2 : Traitement du premier épisode et observance

Certains auteurs distinguent les termes de compliance et observance (30), distinction que les anglophones ne font pas puisque le mot *compliance* regroupe ces deux notions. Nous utiliserons ici les deux termes sans différenciation.

2.1 Traitement du premier épisode psychotique

Le premier épisode psychotique n'est aujourd'hui plus considéré comme étant toujours le mode d'entrée dans une pathologie chronique. La période autour de cet épisode est une "période d'opportunité pour un traitement préventif de la maladie ou de sa chronicité" (2). Il est recommandé aujourd'hui d'avoir recours aux antipsychotiques de deuxième génération à faibles doses, et la surveillance des effets indésirables est d'autant plus importante qu'il sont fréquemment rapportés par ces patients naïfs de tout traitement (1,2,31). Les neuroleptiques classiques ne sont pas recommandés du fait de leur tolérance moindre. Cependant, bien que la conduite à tenir soit globalement la même à travers les différentes guidelines internationales, certains éléments comme la durée de traitement ou le choix de la molécule restent encore à préciser (31,32). La prise en charge peut également inclure l'éducation thérapeutique, l'information de l'entourage, la remédiation cognitive et les techniques de psychothérapies. Alors que certains recommandent des soins principalement en ambulatoire, l'hospitalisation est parfois nécessaire et, dans l'idéal, est de courte durée et dans des unités spécialisées (2).

2.2 Traitement du premier épisode dysthymique

Concernant les troubles de l'humeur, les recommandations sont moins précises sur la prise en charge thérapeutique spécifique aux premiers épisodes mais il est admis qu'une monothérapie et des faibles doses doivent être privilégiées (33). Les premiers épisodes seraient plus sensibles aux traitements et nécessiteraient des interventions moins agressives (4). Lors des épisodes maniaques avec caractéristiques psychotiques, les régulateurs de l'humeur sont associés à des antipsychotiques à faible dose, arrêtés progressivement au cours des semaines suivantes. Le dosage des antipsychotiques est souvent diminué au cours de l'année suivant un premier épisode (34) et sont même souvent arrêtés, ainsi ils seraient plus utilisés pour la prise en charge de l'épisode aigu que comme un traitement préventif d'une rechute, quand ils ne constituent pas le traitement de fond.

2.3 Observance thérapeutique

Le manque d'adhésion au traitement préconisé est fréquent parmi les patients atteints de maladies chroniques et les pathologies psychiatriques sont également concernées (35). Parmi les patients atteints de schizophrénie, plusieurs études ont montré un taux d'observance thérapeutique faible (13,14). Une surveillance particulière de l'observance, avec la mise en place de diverses interventions complémentaires, permet de l'améliorer (13). Les conséquences de l'inobservance thérapeutique sont nombreuses et parmi elles le risque de décompensation, de conduites à risque, la nécessité d'une nouvelle hospitalisation et la mortalité prématurée sont autant d'éléments d'inquiétude qui justifient les réflexions actuelles portant sur l'amélioration des pratiques (4,29).

Plusieurs facteurs pouvant être impliqués dans l'inobservance des soins ont été étudiés chez les patients schizophrènes (13,36), mais peuvent être aussi valables pour les autres pathologies psychiatriques. On peut distinguer deux phases déterminantes dans la construction de la compliance aux soins (36) : en phase aiguë, les éléments cliniques comme la présence de symptômes positifs, de symptômes dépressifs, le niveau d'insight, ainsi que l'usage de toxiques ou le jeune âge semblent être des facteurs prédictifs d'un arrêt précoce du traitement. Il semblerait également qu'une relation thérapeutique de qualité, dès la première hospitalisation, favorise l'observance. Après l'hospitalisation, l'environnement social et les effets ressentis du traitement, effets thérapeutiques et effets indésirables, semblent plus impliqués dans le maintien des soins à moyen et long terme. De plus, la présence de traitements antérieurs insuffisamment efficaces réduit l'observance thérapeutique. Il n'y a pas de conduite à tenir universelle, ainsi l'adhésion au traitement et aux soins doit être recherchée en permanence, tout au long du suivi du patient. La prise en charge doit être personnalisée, adaptée au patient et à son entourage social, et si possible en incluant celui-ci dans les programmes d'éducation thérapeutique. Enfin, la formation des équipes soignantes et l'implication de la famille sont des éléments non négligeables dans la prise en charge et l'accompagnement du patient dans les soins.

2.4 Traitement sous forme retard

Plusieurs études récentes montrent que l'utilisation des antipsychotiques d'action prolongée est à privilégier pour favoriser l'observance des patients (14,37). Alors que les recommandations émises par la HAS (1) évoquent leur utilisation en seconde intention en cas d'inobservance, la question de l'introduction de ces molécules dans le cadre d'un premier épisode psychotique s'est également posée et paraît représenter une option thérapeutique viable avec la rispéridone et l'aripiprazole (19,38,39). Leur recours ne doit cependant pas constituer un moyen détourné d'imposer une observance thérapeutique et la volonté du patient doit toujours être questionnée.

2.5 Durée du traitement pour un premier épisode psychiatrique

Actuellement, la durée nécessaire du traitement après un premier épisode est étudiée. On retrouve dans plusieurs recommandations internationales la notion d'un traitement de un à deux ans pour un PEP (2). Alors que l'on a pour habitude d'insister sur l'observance thérapeutique au long cours chez les patients suivis en psychiatrie, certaines équipes font part de résultats cliniques encourageants et stables dans le temps après un traitement arrêté précocement (40). Actuellement, une étude (41) est menée pour étudier l'intérêt de poursuivre ou non le traitement au long cours. En effet, l'arrêt précoce des traitements pourrait être pourvoyeur d'une amélioration fonctionnelle rapide et durable à long terme, d'après les auteurs. Les premiers résultats sont attendus en 2022.

Au total, les recommandations actuelles sont peu précises sur le traitement médicamenteux à mettre en place lors des premiers épisodes psychiatriques : les molécules, les doses mais aussi la durée de traitement restent à l'appréciation des équipes soignantes, menant à une grande hétérogénéité des pratiques.

Chapitre 3 : Prise en charge intra-hospitalière et restrictions des libertés individuelles

Différents types de soins et de mesures peuvent être prescrits lors d'une première hospitalisation en psychiatrie selon le contexte clinique, l'évolution des symptômes et les objectifs de prise en charge. Il s'agit parfois de pratiques peu ou mal connues de la population générale et qui sont souvent perçues comme malveillantes et inadaptées par l'opinion publique. Nous détaillerons ici ces pratiques.

3.1 Chambre d'isolement et contention mécanique

- Histoire des pratiques :

Ces pratiques sont utilisées depuis plusieurs siècles dans les traitements des personnes souffrant de troubles mentaux. En effet, des textes datant de l'Antiquité et du Moyen Age évoquent des pratiques d'attachement et de maintien des patients dans un lieu défini pour les soigner et les protéger, d'eux-mêmes et des autres (42). A la fin du XVIIIe siècle, Pinel et Pussin introduisent le « traitement moral » avec la notion d'une guérison possible des maladies mentales, et ils dénoncent l'« usage non interrompu des chaînes » dans les structures qui prennent en charge ces patients (43). Avec la loi de 1838 et la mise en place des asiles en France, l'isolement fait partie intégrante du traitement des maladies psychiatriques : le patient est isolé de la société puis isolé dans une chambre et contenu physiquement à l'aide d'une camisole. Depuis, les pratiques ont évolué avec notamment la découverte des neuroleptiques. Cependant, alors que certains pays comme l'Irlande l'ont interdit, et bien que

peu de données chiffrées soient disponibles à l'échelle nationale, le recours à l'isolement semble avoir augmenté en France ces vingt dernières années (42).

- Recommandations de bonne pratique :

Alors qu'aucun texte officiel ne régissait les modalités de la mise en chambre d'isolement jusque là, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 1998 puis la HAS en 2017 ont publié des recommandations de bonne pratique (8). L'isolement est défini alors comme un processus de dernier recours, qui peut être instauré dans le cadre de la prévention ou en réponse à une violence non maîtrisable, sous tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui, uniquement après avoir constaté l'échec des alternatives disponibles. Il est recommandé d'utiliser cette pratique de manière ponctuelle, avec une durée la plus courte possible (48h maximum), sur prescription médicale, et d'en discuter avec le patient afin de lui en expliquer les raisons et les effets attendus. Par ailleurs, la mise en place d'un espace d'apaisement au sein des services est évoquée. Il s'agit d'un espace à la disposition des patients, qui peuvent s'y rendre de manière volontaire pour limiter la tension interne et le risque d'auto ou hétéro-agressivité. L'actualisation des recommandations rejoint la revue Cochrane sur le sujet datant de 2012 (44) en préconisant le développement de méthodes alternatives afin de prendre en charge les "comportements dangereux", l'isolement et la contention n'ayant pas fait preuve de leur "valeur thérapeutique".

Dans le même document, la HAS reprend les recommandations concernant la mise en place de contentions (8). Elle en distingue deux types : la contention physique, immobilisation du patient via la force physique uniquement, et la contention mécanique, sujet des dernières recommandations, qui utilise des moyens matériels de manière à sécuriser le patient quand son comportement présente un danger pour lui même ou pour autrui. Il s'agit également d'une mesure de dernier recours, après échec des alternatives, instaurée sur prescription médicale, pour la durée la plus courte possible et avec une fiche de suivi. Les mesures de contention programmées ou "si besoin" sont à proscrire. Avec les mêmes indications, le texte ne spécifie pas s'il s'agit d'une mesure de sécurité ou d'un soin.

- Rapports nationaux et européen sur les pratiques :

En 2019, le rapport Fiat-Wonner (6) puis le rapport de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) (45), pointaient une hétérogénéité des pratiques en matière de mesures de contrainte, parfois mises en place selon « d'autres logiques » que le soin. Des instances européennes se sont intéressées aux restrictions des libertés individuelles dans les services de psychiatrie français. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a été établi par la « Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants » du Conseil de l'Europe, qui est entrée en vigueur en 1989. Il s'est intéressé au cas de la psychiatrie française à plusieurs reprises et évoque dans son dernier rapport en 2017 (10) un recours trop fréquent à la chambre d'isolement. Il recommande de renforcer la

formation des équipes soignantes de manière à faire appliquer les recommandations nationales récentes et rappelle que l'isolement est une mesure exceptionnelle qui se met en place uniquement sur prescription médicale, et qui nécessite la tenue d'un registre. Une surveillance continue par l'équipe soignante est préconisée. De plus, la chambre d'isolement ne doit pas être instaurée pour un patient hospitalisé en soins libres. Concernant la mesure de contention, il est noté que le terme de "menace immédiate" est parfois utilisé pour remplacer la notion de risque, et que l'objectif de la mesure devient une mise en sécurité du patient et de l'équipe, et non d'un soin. Ces différents rapports décrivent l'isolement et la contention comme une mesure sécuritaire extrême, et non comme un outil thérapeutique (6,10,45).

- *Vécu des patients :*

L'isolement et la contention sont perçus de nos jours par l'opinion publique comme des pratiques barbares et déshumanisantes. Malgré les précautions actuelles, elles sont souvent appréhendées et mal vécues par les patients et leurs familles. Des études s'intéressent au vécu des patients après la mise en chambre d'isolement (46). Le vécu des patients a été recueilli à partir de l'entretien de débriefing à la sortie de la chambre d'isolement : moins de 20% des patients ont rapporté un effet apaisant, 34% n'ont pas compris l'intérêt de la mesure et 74% ont tenu des propos négatifs, dont "persécutif et traumatisant", "comme en prison", "abusif". La mise en place de contentions mécaniques serait la mesure la moins tolérée par les patients en psychiatrie (47), avec un sentiment de déshumanisation, de soumission et de punition. Enfin, les patients estiment ne pas être assez informés des raisons et des modalités de levée de la mesure (48). Dans l'ensemble, les mesures de restriction des libertés individuelles (isolement, contention, traitement injectable) seraient mieux vécues lorsqu'elles sont accompagnées d'une communication et d'un lien particulier avec l'équipe soignante (49).

Au total, ces mesures utilisées depuis plusieurs siècles sont aujourd'hui encore souvent mises en place bien que leur rôle thérapeutique soit controversé (10,50). Alors qu'elles n'auraient pas d'influence sur la durée de l'hospitalisation (50), le vécu négatif de ces mesures pourrait compromettre l'observance aux soins à court terme.

3.2 Mise en pyjama et retrait du téléphone portable

Dans certains services de secteur, le patient est prié de revêtir un pyjama en papier dès son arrivée, et ses affaires personnelles lui sont retirées pour un temps indéfini. Le patient est souvent apeuré par ces mesures, il peut se sentir dépossédé et rendu vulnérable. Il est difficile de retracer l'histoire du pyjama dans les services de santé mentale. Une description en est faite par Erving Goffman (51), qui a observé la vie asilaire dans un établissement américain en 1955-1956. Il évoque la "cérémonie d'admission" : "séance de déshabillage, suivie d'un ré-habillage avec entre les deux, un temps de nudité intégrale. Le déshabillage fait naître un sentiment de dépossession intense car on investit généralement dans les effets personnels l'idée que l'on se fait de soi-même ». Ces mesures, qualifiées de « pratiques surprenantes » ont également été relevées lors de rapports récents à l'Assemblée Nationale (6).

Divers rôles peuvent être attribués au pyjama (46,52) : tout d'abord il s'agit d'une mesure de sécurité pour les patients en chambre d'isolement, en prévention d'un éventuel passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Il s'agit également d'une tenue sans point d'appui douloureux pour les patients contentionnés. Elle servirait parfois à dissuader des fugues, servirait de médiateur dans une forme de thérapie comportementaliste et serait le fil rouge de la prise en charge : le patient peut récupérer ses affaires quand son état clinique le permet, et à l'inverse il peut à nouveau se les voir confisquer si les circonstances le justifient. Cependant, les effets iatrogènes comme la stigmatisation, la perte de confiance dans la relation thérapeutique, la dépersonnalisation, ne sont pas absents et sont souvent peu pris en compte. Lors de son rapport, le CPT (10) rappelle que l'obligation pour les patients de porter un pyjama ou toute autre uniforme est dévalorisant, n'est pas "propice au renforcement du sentiment d'identité personnelle et d'estime de soi". Il recommande l'utilisation de vêtements appropriés, personnels ou non et rappelle que l'utilisation du pyjama comme mesure dissuasive est à proscrire. Aucun texte officiel ne s'est prononcé sur l'usage des pyjamas en papier dans les unités de psychiatrie. Comme toutes les restrictions de libertés, la mesure devrait être justifiée par des raisons médicales et le consentement du patient devrait être recherché. Le rôle du pyjama est non consensuel et son usage réservé à la psychiatrie pose encore question.

Le "syndrome du pyjama bleu" a été décrit (52) : le fait de porter un pyjama affecterait l'évaluation des psychiatres. Ainsi, avec une description clinique identique, un patient serait jugé plus sévèrement atteint s'il porte un pyjama. Cette étude en cross-over chez des patients hospitalisés pour trouble dépressif amène des interrogations concernant cette pratique, qui pourrait alors biaiser la perception des soignants pendant la prise en charge. Nous n'avons retrouvé aucune étude s'intéressant au vécu des patients de cette mise en pyjama ni à ses effets thérapeutiques réels.

Concernant l'usage du téléphone portable, les textes de loi ne sont pas en faveur d'une interdiction totale de contact avec les personnes en dehors du service de psychiatrie mais restent peu précis à ce sujet (53). Ainsi, le téléphone peut être utilisé sur des plages horaires prédéfinies et limitées. Pendant les communications, le patient doit pouvoir bénéficier d'un espace dédié afin de conserver son intimité dans ses échanges avec ses proches. Le reste du temps, le téléphone peut être conservé par le patient ou par les soignants pour se prémunir d'une utilisation autre du téléphone (films, photos). Nous n'avons pas trouvé d'étude portant sur le vécu des patients concernant l'accès limité au téléphone.

3.3 Traitements sédatifs par voie injectable

Une des particularités de la psychiatrie est la possibilité d'administrer des médicaments par voie injectable, contre la volonté du patient, lorsque la situation clinique le justifie. Il s'agit essentiellement des traitements sédatifs, neuroleptiques ou anxiolytiques, utilisés dans les

états d'agitation, délirants ou non, incontrôlables. Les recommandations concernant la prise en charge médicamenteuse de l'état d'agitation sont larges (54).

Le CPT (10) a pointé l'usage courant des prescriptions "si besoin", laissant à l'appréciation des infirmiers la justification ou non de leur recours selon les situations, sans qu'un médecin ne soit nécessairement informé. En effet, ces médicaments requièrent une surveillance particulière et le médecin doit pouvoir l'organiser et réévaluer la situation rapidement au décours, ce qui n'est pas favorisé avec de telles prescriptions. Les prescriptions en si besoin de sédatifs sont donc à limiter également.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude s'intéressant spécifiquement au vécu des traitements injectables utilisés dans ce cadre.

Chapitre 4 : Prise en charge extrahospitalière

La prise en charge se poursuit après l'hospitalisation avec les structures ambulatoires, mais le relai n'est pas toujours évident pour certains patients. Une étude de Saarento et al (55) cherche à identifier les caractéristiques des patients qui ont recours aux soins uniquement intra-hospitaliers : il s'agirait de patients atteints de maladies plus sévères, plus invalidantes, socialement isolés et défavorisés. Ces patients recevraient moins de soins, mesurés en nombre de jours d'hospitalisation, que ceux bénéficiant d'un suivi conjoint en intra-hospitalier et en ambulatoire. Les patients présentant des dépendances et des psychoses fonctionnelles seraient les plus représentés, à l'inverse des patients présentant un trouble de l'usage des toxiques. Par ailleurs, les auteurs retrouvent des résultats différents dans le recours aux soins en fonction des services de psychiatrie. Les caractéristiques des services seraient en partie responsables des différences dans le recours aux soins en intra et extrahospitalier : la proximité géographique des lieux de soins ambulatoires, la présence d'un service d'urgence et l'offre de soin dans le secteur privé semblent être des facteurs favorisant la continuité des soins entre les hospitalisations. Cette étude révèle l'importance de l'accompagnement vers les structures ambulatoires de manière à favoriser la poursuite des soins, et ainsi réduire le risque de rechute. Cependant, tous les secteurs ne sont pas pourvus de structures équivalentes qui permettraient de prendre en charge de manière adaptée l'ensemble des patients (6).

La prise en charge et le suivi des comorbidités, et tout particulièrement l'usage de toxiques, doivent pouvoir être assurés. Il est reconnu que cette comorbidité, avec une relation dose-dépendante, est associée à une moindre et plus longue rémission des symptômes ainsi qu'à un risque accru de rechute (19,25). De même, les autres pathologies psychiatriques ou somatiques doivent pouvoir être surveillées et prises en charge en parallèle de manière adaptée.

Les programmes de remédiation cognitive se développent depuis plusieurs années, visant une amélioration du pronostic fonctionnel des patients à travers un travail ciblé sur les cognitions, notamment sociales. La mise en place de tels programmes a été étudiée dès les premiers épisodes psychotiques et semble apporter un réel bénéfice aux patients (56). Un effet est observé également chez les patients présentant un trouble bipolaire (57), mais nous n'avons pas retrouvé d'étude qui s'intéresse spécifiquement au premier épisode.

Les programmes d'éducation thérapeutique ont montré leur efficacité dans les pathologies psychiatriques (58). La HAS recommande leur mise en place précoce, "dès l'annonce du diagnostic de la pathologie chronique" (1). Alors que la psychoéducation consiste en une information adaptée au patient et à son entourage concernant la pathologie, les programmes d'éducation thérapeutique sont des ateliers dédiés, sur une durée définie. Bien que leur bénéfice soit largement mis en évidence, ils ne sont pas encore disponibles dans tous les centres hospitaliers.

Enfin, la prise en compte de l'entourage permet d'améliorer l'acceptation des soins ainsi qu'une réduction des symptômes et de la durée des hospitalisations ultérieures (19). Des programmes d'éducation thérapeutique développés spécifiquement pour l'entourage comme Profamille par l'association du même nom (59) ou BREF par l'équipe de l'hôpital du Vinatier à Lyon (60) permettent de former les proches à la pathologie mentale, leur apporter des outils et les orienter vers les structures adéquates pour leur permettre de soutenir le patient de manière adaptée.

Partie 2 : Etude rétrospective descriptive : influence des mesures de restriction des libertés sur la continuité du suivi après une première hospitalisation

Chapitre 1 : Introduction

La précocité de la prise en charge est aujourd'hui devenue un enjeu majeur afin d'améliorer le pronostic clinique et fonctionnel de nos patients (3,19,61). Si la mise en place d'une surveillance clinique préventive n'est pas toujours évidente, le premier épisode psychiatrique nécessitant une hospitalisation devient le mode d'entrée dans les soins et un instant-clé de la prise en charge. Le temps de la première hospitalisation puis le relai des soins en ambulatoire doivent être préparés avec le patient afin d'éviter les ruptures de suivi dans les premiers mois. Cette première hospitalisation est parfois le lieu de mesures de privation des libertés qui peuvent mettre à mal la relation thérapeutique et l'adhésion future aux soins. La question du vécu de ces mesures par les patients est de plus en plus posée (46,47), mais celle concernant leurs conséquences sur le maintien des soins, et plus particulièrement après une première hospitalisation, ne trouve pas encore de réponse.

Nous nous intéresserons ici à cette population de patients pris en charge pour la première fois dans un service hospitalier de psychiatrie de secteur, du fait de la place importante du secteur dans la prise en charge de la majorité des patients, d'autant plus dans le cadre de l'urgence et des troubles aigus. Cela correspond à la prise en charge d'un premier épisode aigu, isolé ou inaugural d'une pathologie chronique, qui nécessite un suivi spécialisé pendant plusieurs mois de manière à affiner le diagnostic et adapter les soins.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact des mesures de privation des libertés (mise en chambre d'isolement, contentions mécaniques, mise en pyjama, retrait du téléphone et traitement sédatif injectable) durant une première hospitalisation en psychiatrie sur la poursuite du suivi ambulatoire, à travers la comparaison d'un groupe de patients toujours suivis un an après l'hospitalisation à un groupe de patients en rupture de suivi à un an. L'objectif secondaire est d'évaluer l'influence des autres facteurs relatifs à l'hospitalisation dans la poursuite des soins ambulatoires et d'apporter un aperçu des pratiques actuelles à travers l'étude des données observationnelles sur l'ensemble de la population.

L'hypothèse principale est que les mesures de restriction des libertés individuelles lors d'une première hospitalisation en psychiatrie ont une influence délétère sur l'observance au suivi ambulatoire à un an, menant ainsi à une rupture des soins.

Chapitre 2 : Matériel et méthodes

2.1 Design de l'étude et participants

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur trois ans à partir des patients primo-hospitalisés dans une unité de psychiatrie de secteur.

Cette étude est menée sur les patients du pôle de psychiatrie de l'hôpital Victor Dupouy à Argenteuil (Val d'Oise), qui regroupe au total trois secteurs psychiatriques. Il comprend 44 lits d'hospitalisation et deux chambres d'isolement. Il existe pour le suivi ambulatoire un Centre Médico-Psychologique (CMP) pour chaque secteur.

L'inclusion a été faite de manière rétrospective avec tous les patients hospitalisés pour la première fois dans le service de secteur adulte entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2018 à partir de données recueillies dans les comptes rendus d'hospitalisation et à partir des dossiers patients informatisés. Le Département d'Information Médicale de l'hôpital a fourni la liste des patients primo-hospitalisés dans le service de psychiatrie sur cette période.

Les critères d'inclusion comportaient :

- Première hospitalisation sur le secteur
- Âge supérieur à 18 ans.

Nous avons choisi comme critères d'exclusion :

- Hospitalisation antérieure dans un autre service de secteur
- Lieu de résidence en dehors du secteur psychiatrique étudié
- Changement de secteur dans l'année suivant l'hospitalisation
- Absence de maîtrise de la langue française
- Sortie en programme de soins
- Trouble à expression psychiatrique d'origine organique
- Hospitalisation de moins de cinq jours, pour ne pas inclure des patients non totalement pris en charge dans l'unité de secteur (transfert en clinique ou dans un autre service).

Pour évaluer l'objectif principal, deux groupes ont été constitués pour réaliser les études comparatives : le groupe des patients suivis correspond aux patients qui sont toujours suivis au CMP un an après leur fin d'hospitalisation, le groupe des patients non suivis correspond aux patients en rupture de suivi au CMP un an après leur hospitalisation. Par ailleurs, la continuité du suivi six mois après la fin d'hospitalisation a également été relevée afin d'avoir un aperçu de la cinétique du suivi et de la période la plus à risque de rupture de soins.

2.2 Mesures

- *Données sociodémographiques :*

Pour chaque patient, les données ont été relevées concernant l'âge, le sexe, l'activité professionnelle (présence : étudiants et actifs, ou absence : sans emploi et retraités), l'entourage familial et amical ou l'isolement social. Les antécédents psychiatriques personnels (suivi en libéral, en CMP ou hospitalisation en clinique) et familiaux ont également été rapportés. L'usage de toxiques, récent ou actuel, rapporté par le patient à l'entretien d'admission, a été également relevé.

- *Privation des libertés :*

Les mesures de privation des libertés individuelles durant l'hospitalisation ont été relevées pour chaque patient : le recours à la chambre d'isolement et sa durée, la mise en place de contentions mécaniques et sa durée, l'utilisation de traitements sédatifs par voie injectable, la restriction de l'accès au téléphone et la mise en pyjama.

- *Données concernant l'admission en hospitalisation :*

Nous avons relevé le mode d'adressage dans le service de secteur (via le service des urgences, via la psychiatrie de liaison ou adressage direct depuis les structures ambulatoires) ainsi que le mode d'hospitalisation : en soins libres (SPL) ou sans le consentement du patient (soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU), en péril imminent (SPPI), ou à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE)).

- *Diagnostic et événements ayant eu lieu pendant l'hospitalisation :*

Le diagnostic retenu par l'équipe médicale en charge du patient a été recueilli à partir du compte-rendu d'hospitalisation, puis classé en catégories diagnostiques selon la Classification Internationale des Maladies dans sa 10^e édition (CIM-10) (62), système de cotation utilisé par tous les hôpitaux en France : troubles de l'usage de substances (F10-F19), troubles délirants (F20-F29), troubles de l'humeur (F30-F39), troubles anxieux (F40-F48), troubles liés à des perturbations physiologiques (F50-F59), troubles de la personnalité (F60-F69), troubles spécifiques liés à l'enfance ou l'adolescence (F80-F89). En effet, il apparaît important de les distinguer du fait des différences dans les prises en charges proposées, de l'impact pour le patient à moyen et long terme et de l'importance variable de la compliance aux soins sur le pronostic à long terme selon les pathologies.

D'autres données ont été relevées : les effets indésirables des médicaments, rapportés au cours de l'hospitalisation par les patients lors des entretiens médicaux, ainsi que la durée de l'hospitalisation qui a été classée en catégories : moins d'une semaine, une à deux semaines, deux à trois semaines, trois à quatre semaines, et plus d'un mois. Le nombre de médicaments sur l'ordonnance de sortie a également été relevé : il s'agit uniquement des médicaments en lien avec la pathologie psychiatrique et la présence ou non d'un traitement sous forme retard,

instauré avant la fin de l'hospitalisation, a été précisée. Le lieu de sortie a été également rapporté : retour au domicile, transfert dans une autre structure, fugue ou sortie contre avis médical. Enfin, les nouvelles hospitalisations dans l'année suivant la sortie de l'unité ont été relevées.

2.3 Analyses statistiques

Pour l'analyse statistique, le logiciel R et le site pvalue.io ont été utilisés pour les études comparatives et le logiciel Windows Excel pour les calculs de moyennes des variables quantitatives. Le test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour vérifier que la distribution des variables continues suivait une loi normale. Le test du Chi2 a été utilisé pour les variables qualitatives. Le test de Welch a été utilisé pour vérifier la comparabilité des groupes sur les variables quantitatives. En cas d'effectif trop faible (<30), le test exact de Fisher et le test de Mann-Whitney ont été utilisés. Le seuil de significativité a été fixé pour un $p \leq 0,05$. Concernant les données manquantes : lorsqu'un paramètre comporte moins de 5% de données manquantes, pvalue.io réalise une imputation par la médiane pour les variables quantitatives, et par le mode pour les variables qualitatives ; lorsqu'un paramètre comporte plus de 5% de données manquantes, une imputation par équation de chaîne est réalisée.

Chapitre 3 : Résultats

Au total, 401 dossiers ont été traités. A partir des critères d'inclusion et d'exclusion, une cohorte de 198 patients a été constituée (Figure 1). Parmi les patients exclus, 30 patients ont changé de secteur dans l'année qui a suivi la fin de la première hospitalisation, ne permettant pas la continuité du suivi en CMP, 2 sont décédés dans l'année, 1 patient vivait en foyer d'accueil médicalisé avec un suivi psychiatrique organisé sur ce même lieu depuis plusieurs années. 59 patients ont été hospitalisés moins de cinq jours, et parmi eux 27 (soit 45,8%) ont été transférés en clinique, 4 ont fugué et 5 sont sortis contre avis médical, 1 patient a été transféré dans un autre service de l'hôpital : un service somatique, après redressement de diagnostic.

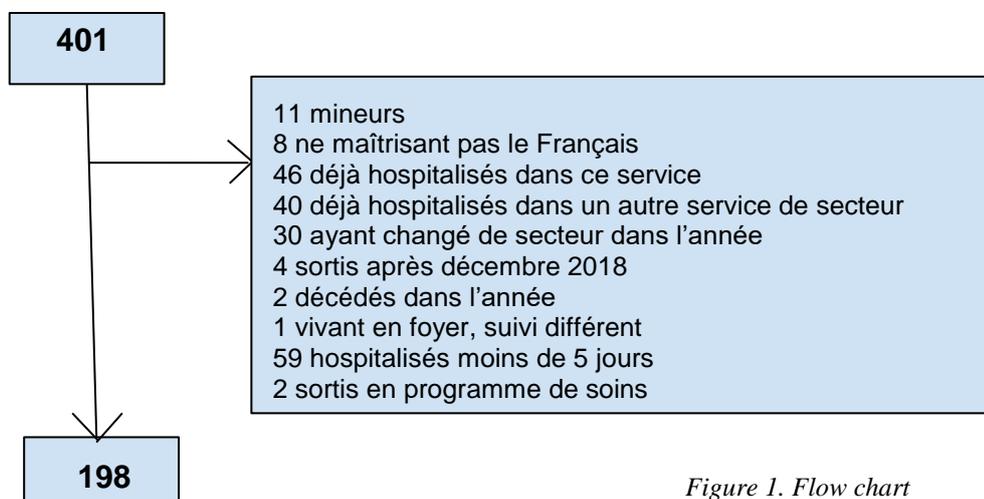


Figure 1. Flow chart

3.1 Etude comparative

Deux groupes ont été constitués puis comparés : le groupe des patients suivis en CMP à un an et le groupes des patients non suivis à un an, afin de chercher des facteurs de risque de discontinuité du suivi à partir des événements ayant eu lieu au cours de la première hospitalisation, et plus particulièrement les mesures de privation des libertés individuelles.

Tout d'abord, la comparabilité des groupes a été vérifiée à partir des données sociodémographiques (Tableau 1). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre ces deux groupes, du point de vue de l'âge, du sexe, des antécédents personnels ou familiaux, ou encore de l'activité professionnelle.

		Patients suivis à 1 an (N = 94)	Patients non suivis à 1 an (N = 104)	p
Âge :	Âge moyen (ET*)	39.0 (±15.4)	40.0 (±15.7)	0,66 ¹
Sexe :	Hommes Femmes	56 (59,6%) 38 (40,4%)	61 (58,7%) 43 (41,3%)	0,90 ²
Prise de toxiques :	Oui Non Données manquantes	34 (36,2%) 08 (08,5%) 52 (55,3%)	43 (41,3%) 09 (08,7%) 52 (50,0%)	0,74 ²
Antécédents personnels :	Présence Absence	42 (44,7%) 52 (55,3%)	46 (44,2%) 56 (53,8%)	0,95 ²
Antécédents familiaux :	Présence Absence	17 (18,1%) 76 (80,9%)	15 (14,4%) 85 (81,7%)	0,54 ²
Activité professionnelle :	Oui Non	35 (42%) 45 (52%)	48 (58%) 42 (48%)	0,21 ²

Tableau 1. Etude de la comparabilité des groupes Suivis et Non suivis à 1 an. ¹ Test de Welch. ² Test du Chi-2.
*Ecart-type

- Analyse univariée (Tableaux 2 et 3) :

Des différences significatives ont été observées pour plusieurs variables : le diagnostic est statistiquement associé à une différence de suivi entre les groupes ($p=0,04$). Afin d'affiner cette donnée, chaque catégorie diagnostique a été testée : la catégorie trouble délirant (F20-F29) est associée à une plus grande rupture de suivi à un an, et ce de manière statistiquement significative ($p<0,01$). Les autres catégories diagnostiques ne montrent pas de différence significative. Le mode d'hospitalisation en soins libres est associé à une plus grande rupture du suivi par rapport à l'hospitalisation sous contrainte ($p=0,04$). La durée de l'hospitalisation est également statistiquement significative ($p<0,001$). Enfin, la présence d'un traitement sous forme retard est statistiquement associé à une meilleure continuité du suivi ($p<0,01$). Les autres données relevées ne montrent aucune différence significative. On retrouve cependant une tendance avec un retour au domicile plus fréquent chez les patients suivis à un an ($p=0,06$).

N=198		Patients suivis à 1 an (N = 94)	Patients non suivis à 1 an (N = 104)	p
Diagnostic :	F10-F19	04 (4,3%)	06 (5,8%)	0,04¹
	F20-F29	58 (61,7%)	43 (41,3%)	
	F30-F39	28 (29,8%)	44 (42,3%)	
	F40-F48	02 (02,1%)	06 (05,8%)	
	F50-F59	01 (1,1%)	00 (0%)	
	F60-F69	01 (1,1%)	02 (1,9%)	
	F80-F89	00 (0%)	03 (2,9%)	
Mode d'hospitalisation :	SPL	29 (30,9%)	47 (45,2%)	0,04²
	Soins sous contrainte	65 (69,1%)	57 (54,8%)	
Durée de l'hospitalisation :	5-7 jours	04 (4,3%)	17 (16,3%)	< 0,001²
	7-14 jours	23 (24,5%)	34 (32,7%)	
	14-21 jours	12 (12,8%)	20 (19,2%)	
	21-28 jours	14 (14,9%)	13 (12,5%)	
	plus de 28 jours	41 (43,6%)	20 (19,2%)	
Contention :	Oui	21 (22,3%)	20 (19,2%)	0,59 ²
	Non	73 (77,7%)	84 (80,8%)	
	Durée moyenne (j et ET*)	2.33 (±2.97)	3.25 (±4.90)	0,82 ³
Isolement :	Oui	16 (17,0%)	21 (20,2%)	0,57 ²
	Non	78 (83,0%)	83 (79,8%)	
	Durée moyenne (j et ET*)	5.75 (±5.65)	6.67 (±5.75)	0,45 ³
Mise en pyjama :	Oui	73 (77,7%)	79 (76,0%)	0,82 ²
	Non	17 (18,1%)	20 (19,2%)	
Retrait du téléphone :	Oui	53 (56,4%)	62 (59,6%)	0,60 ²
	Non	38 (40,4%)	38 (36,5%)	
Effets indésirables décrits :	Oui	19 (20,2%)	17 (16,3%)	0,48 ²
	Non / Non relevé	75 (79,8%)	87 (83,7%)	
Médicaments sur l'ordonnance de sortie :	Nombre moyen (ET*)	3,7 (±1,5)	3,4 (±1,8)	0,22 ⁴
	Traitement retard	22 (23,4%)	7 (6,7%)	<0,01²
Lieu de sortie :	RAD	75 (80%)	71 (68%)	0,06 ¹
	Clinique	19 (20%)	27 (26%)	
	Fugue	0 (0%)	3 (2,9%)	
	Sortie contre avis médical	0 (0%)	3 (2,9%)	
Réhospitalisation à 1 an :	Oui	13 (13,8%)	8 (7,7%)	0,16 ²
	Non	81 (86,2%)	96 (92,3%)	

Tableau 2. Analyse univariée des éléments cliniques des groupes Suivis et Non suivis à 1 an. ¹ Test exact de Fisher. ² Test du Chi-2. ³ Test de Mann-Whitney. ⁴ Test de Welch. *Ecart-type

				p
Diagnostic	F10	04 (4,3%)	06 (5,8%)	0,75 ¹
	F20	58 (61,7%)	43 (41,3%)	p<0,01 ²
	F30	28 (29,8%)	44 (42,3%)	0,07 ²
	F40	02 (02,1%)	06 (05,8%)	0,28 ¹
	F50	01 (1,1%)	00 (0%)	0,47 ¹
	F60	01 (1,1%)	02 (1,9%)	1 ¹
	F80	00 (0%)	03 (2,9%)	0,25 ¹
Mode d'hospitalisation :	SPL	29 (30,9%)	47 (45,2%)	0,04 ²
	SPDT	40 (42,6%)	32 (30,8%)	0,09 ²
	SPDTU	09 (9,6%)	09 (8,7%)	0,82 ²
	SPPI	06 (6,4%)	05 (4,8%)	0,63 ²
	SPDRE	10 (10,6%)	11 (10,6%)	0,99 ²

Tableau 3. Répartition des diagnostics et des modalités d'hospitalisation. ¹ Test exact de Fisher. ² Test du Chi-2.

- Analyse multivariée (Tableau 4) :

Avec l'analyse multivariée, ces potentiels facteurs explicatifs de la rupture du suivi à un an ont pu être testés. Le mode d'hospitalisation ($p=0,70$), le diagnostic de trouble délirant ($p=0,14$) et le traitement sous forme retard ($p=0,084$) ne sont pas associés de manière significative à la continuité du suivi à un an, bien qu'une tendance semble exister pour ce dernier. Seule la durée de l'hospitalisation montre une association : la proportion de patients suivis à un an était plus élevée parmi les patients hospitalisés pendant plus d'un mois, que parmi ceux hospitalisés moins d'une semaine.

		Odds-Ratio	p	p global
Mode d'hospitalisation	SPL vs Contrainte	0.876 [0.446; 1.73]		0.70
Durée	<14j vs 7j	2.83 [0.891; 11.0]	0.097	0.028
	<21j vs 7j	1.98 [0.547; 8.36]	0.32	-
	<28j vs 7j	3.32 [0.871; 14.8]	0.091	-
	>28j vs 7j	6.08 [1.80; 24.8]	<0.01	-
F20	oui vs non	2.61 [0.770; 10.5]		0.14
Traitement retard	oui vs non	2.44 [0.917; 7.11]		0.084

Tableau 4. Analyse multivariée, recherche d'association entre les facteurs identifiés et le suivi à un an.

3.2 Etude en sous groupes

Une étude en sous groupes a ensuite été réalisée pour les deux catégories diagnostiques principalement représentées ici : les troubles délirants et les troubles de l'humeur.

- *Patients hospitalisés pour trouble délirant (Tableau 5 et tableau en annexe) :*

Parmi les 101 patients hospitalisés pour trouble délirant, on retrouve une majorité d'hommes (70,3%), d'âge moyen 35 ans, la plupart ne rapporte pas d'antécédent psychiatrique personnel ou familial. 45% des hospitalisations durent plus de 4 semaines et 78,2% débutent sous contrainte. 5 patients étaient suivis à 6 mois mais ne le sont plus à un an soit 5% de perdus de vue.

Des analyses identiques ont été menées dans ce sous groupe de patients, en conservant les groupes des patients suivis et non suivis au CMP à un an. On retrouve une différence significative entre les deux groupes sur la durée de l'hospitalisation ($p=0,04$) et sur la présence d'un traitement sous forme retard à la sortie ($p=0,03$). Les autres variables mesurées ne montrent pas de différence statistiquement significative. Après analyse multivariée, la durée de l'hospitalisation montre une association statistique avec la continuité du suivi à 1 an ($p=0,047$), sans pouvoir en préciser la nature du fait d'une répartition très hétérogène. La mise en chambre d'isolement au cours de l'hospitalisation semble être un facteur en faveur de la rupture du suivi à un an, et ce de manière statistiquement significative ($p=0,027$). Par ailleurs, la présence d'un traitement retard ne montre plus de différence significative ($p=0,17$).

		Odds-Ratio	p	p global
Durée de l'hospitalisation	<14j vs 7j	0.954 [0.128; 8.51]	0.96	0.047
	<21j vs 7j	1.22 [0.144; 12.2]	0.85	-
	<28j vs 7j	2.52 [0.298; 25.9]	0.4	-
	>28j vs 7j	5.17 [0.690; 47.6]	0.11	-
Chambre d'isolement	oui vs non	0.292 [0.0931; 0.841]		0.027
Traitement retard	oui vs non	2.22 [0.737; 7.35]		0.17

Tableau 5. Analyse multivariée des patients F20

- *Patients hospitalisés pour trouble de l'humeur (Tableaux en annexe) :*

Parmi les 72 patients hospitalisés pour trouble de l'humeur, on retrouve une majorité de femmes (57%), d'âge moyen 47,5 ans. La plupart ne rapportent pas d'antécédent psychiatrique personnel ou familial. 51% des hospitalisations durent moins de deux semaines et 58% débutent en soins libres. 4 patients (5,6%) étaient suivis à 6 mois mais ne le sont plus à un an. Les données sociodémographiques ne diffèrent pas dans les deux groupes. Le mode

et la durée de l'hospitalisation sont statistiquement équivalents. Les mesures de restriction des libertés individuelles ne montrent pas non plus de différence statistiquement significative dans les deux groupes.

Une différence significative est retrouvée uniquement concernant le pourcentage de ré-hospitalisation dans l'année suivant la fin de la première hospitalisation ($p=0,049$). Cependant on ne retrouve pas cette association avec l'analyse multivariée ($p=0.06$) bien que ce résultat reste une tendance. Le mode d'hospitalisation, la durée de celle-ci, le recours à la chambre d'isolement ou à la contention ne sont ici pas associés statistiquement au suivi à un an.

3.3 Description de la population totale (tableaux en annexe)

- *Suivi en CMP :*

A 6 mois, on retrouve 99 patients suivis (50%) et 99 non suivis (50%). Le suivi à un an est poursuivi chez 94 patients (47,5%) et est interrompu chez 104 patients (52,5%). Dix patients (5%) ont arrêté le suivi entre six mois et un an et 5 (2,5%) ont débuté un suivi après six mois.

- *Mesures de restriction des libertés :*

La mise en chambre d'isolement a été requise pour 37 patients (18,7%) à l'admission ou au cours de l'hospitalisation, pour une durée moyenne de 6,3 jours. Le recours à la contention mécanique est retrouvé chez 41 patients (20,7%), avec une durée moyenne de 2,8 jours. 20 patients (10,1%) ont expérimenté ces deux mesures au cours de leur hospitalisation. 115 patients (58,1%) se sont vu restreindre l'accès à leur téléphone portable, au début ou au cours de la prise en charge et 152 (76,8%) ont dû porter le pyjama du service au cours de l'hospitalisation, dont 116 (76,3% de ces patients) en dehors d'une mesure de mise en chambre d'isolement.

- *Données sociodémographiques et antécédents médicaux :*

On retrouve 117 hommes, soit 59% de l'échantillon, et 81 femmes soit 41%. L'âge moyen est de 39,5 ans, avec un écart-type de 15,5, soit une étendue de 18 à 84 ans, et un âge médian de 38 ans. Parmi ces patients, 88 (44,4%) rapportent la présence d'antécédents psychiatriques personnels, et 32 patients (16,2%) rapportent des antécédents familiaux. La plupart des patients, 115 patients (58,1%), n'ont pas d'activité professionnelle ou sont retraités au moment de l'entrée en hospitalisation et parmi les 83 patients (41,9%) qui ont une activité professionnelle, emploi ou études, 12 (14,5%) sont en arrêt de travail au moment de l'admission. 77 patients (38,9%) rapportent l'usage régulier de toxiques, comprenant tabac, alcool, cannabis, mésusage de benzodiazépines et autres substances, et ces données n'ont pas été retrouvées dans les dossiers pour 104 patients (52,5%). Nous n'avons pas pu relever les données concernant l'entourage du patient, car celles-ci étaient absentes de la majorité des dossiers.

- *Diagnostic et mode d'hospitalisation :*

Le diagnostic le plus fréquemment rencontré est la catégorie trouble délirant : 101 patients soit 51% de l'échantillon. Viennent ensuite les troubles de l'humeur, chez 72 patients soit 36,4% de l'échantillon, puis les troubles liés à l'usage de substances chez 10 patients soit 5%, les troubles anxieux chez 8 patients soit 4%, les troubles de la personnalité chez 3 patients soit 1,5%, les troubles spécifiques à l'enfance et l'adolescence chez 3 patients soit 1,5%, et les troubles liés à la perturbation de facteurs physiologiques, chez 1 patiente soit 0,5%. Les modes d'hospitalisation ont été relevés dans l'échantillon total : on retrouve 76 patients (38,4%) hospitalisés en soins libres, et les autres (61,6%) sous contrainte, avec 72 patients en SPDT (36,4%), 18 en SPDTU (9,1%), 11 en SPPI (5,6%) et 21 en SPDRE (10,6%). Nous n'avons pas relevé le mode d'adressage, car dans ce service chaque admission doit passer par le service des urgences.

- *Durée d'hospitalisation et modalités de sortie :*

La durée d'hospitalisation est globalement assez variable dans la population globale, tous diagnostics confondus, avec 61 patients (30,8%) hospitalisés pendant plus d'un mois, 57 patients (28,8%) pendant 1 à 2 semaines. Le tiers restant a été pris en charge pendant 5 à 7 jours (10,6%), 2 à 3 semaines (16,2%) ou 3 à 4 semaines (13,6%). La plupart des patients retournent à leur domicile au décours de l'hospitalisation : 146 patients (73,7%). 46 patients (23,2%) sont transférés dans une clinique pour poursuivre la prise en charge, dont 34 (17,2%) à la clinique privée d'Argenteuil. 3 patients (1,5%) ont fugué du service et 3 (1,5%) sont sortis contre avis médical.

- *Tolérance des traitements et contenu de l'ordonnance de sortie :*

Pendant l'hospitalisation, on retrouve une minorité de patients rapportant des effets indésirables des traitements : 36 patients (18,2%), mais l'absence d'effet indésirable n'est pas rapportée dans les autres dossiers. Sur l'ordonnance de sortie, on retrouve un nombre moyen de 3,6 médicaments, allant de 0 à 9 molécules en terminant cette première prise en charge hospitalière, avec un écart type de 1,6. 29 patients (14,6%) sont sortis avec un traitement injectable sous forme retard. Cette ordonnance de sortie comporte un traitement de fond (neuroleptique classique, antipsychotique atypique, antidépresseur ou thymorégulateur) pour 180 patients (90,9%). Un traitement symptomatique est retrouvé pour 169 patients (85,4%). Le contenu de l'ordonnance est détaillé dans un tableau en annexe.

- *Nouvelle hospitalisation dans la première année :*

Enfin, une faible proportion de patients, 21 patients (10,6%), est hospitalisée une deuxième fois dans ce même service dans l'année qui suit la fin de prise en charge.

Chapitre 4 : Discussion

4.1 Impact des mesures de restriction des libertés sur le suivi

Cette étude a été réalisée à partir de l'hypothèse suivante : les mesures de restriction des libertés individuelles lors d'une première hospitalisation en psychiatrie ont une influence délétère sur la continuité du suivi ambulatoire à un an. Toutes les données n'ont pas pu être recueillies ici : c'est le cas des traitements sédatifs par voie injectable, prescrits en "si besoin" ce qui rend leur recours difficile à retracer *a posteriori*. Dans cette étude, concernant la mise en chambre d'isolement, on ne retrouve pas de différence significative dans la continuité du suivi à un an entre les deux groupes en population générale. Cependant, cet élément devient significatif lorsque l'on observe uniquement les patients hospitalisés pour trouble délirant : ces patients sont ici moins observants dans le suivi ambulatoire à un an. Les autres mesures (contentions mécaniques, restriction d'accès au téléphone, mise en pyjama, mode d'hospitalisation sous contrainte) ne sont pas associées de manière significative à une rupture du suivi.

Conformément à notre hypothèse initiale, les mesures de restriction des libertés sont pourvoyeuses de rupture du suivi psychiatrique après une première hospitalisation : la mise en chambre d'isolement chez les patients hospitalisés pour trouble délirant, soit les F20-F29 dans la CIM-10, semble ici mener à une rupture du suivi. Or, du fait des troubles du comportement et du jugement associés à ces pathologies, ces patients sont les plus concernés par les mesures de restriction des libertés, et plus particulièrement la mise en chambre d'isolement (50). L'intensité des symptômes positifs, à l'inverse des symptômes négatifs, n'a pas une influence majeure sur le pronostic clinique et fonctionnel du patient (63,64). Cependant, il apparaît ici que la prescription d'une mise en chambre d'isolement pour ce type de symptomatologie, si elle est nécessaire dans certains cas pour prévenir des mises en danger importantes, peut détériorer également le pronostic à long terme. Cela laisse apparaître la nécessité d'une réflexion particulière sur ce sujet, et les possibilités d'amélioration à travers la recherche et l'application de mesures alternatives, l'information du patient et sa compréhension pendant l'hospitalisation des mesures mises en œuvre, lorsqu'elles sont absolument nécessaires. Une étude ciblée sur les patients hospitalisés pour trouble délirant est indispensable pour corroborer les résultats retrouvés dans notre étude.

Bien que l'on ne retrouve pas d'impact de la contention mécanique sur le suivi dans notre étude, nous avons relevé un nombre relativement important de recours aux contentions mécaniques: 20,7% des patients, avec une durée moyenne de 2,8 jours. De même, 18,7% des patients ont été confrontés à la mise en chambre d'isolement pour une durée moyenne de 6,3 jours. Ces chiffres semblent en accord avec d'autres études sur le sujet, chez des populations plus larges : 13% de patients en isolement avec une durée moyenne de 5 jours dans une étude de Bekhdadi (65), 24% des patients avec une durée moyenne de 10,7 jours dans une étude de Zaghib (50). Dans l'analyse en sous-groupes, on observe que la durée de l'isolement est

quasiment doublée dans la population trouble délirant (6,2 jours en moyenne), par rapport à la population trouble de l'humeur (3,25 jours en moyenne). Par ailleurs, la durée de la mesure de contention est presque 3 fois plus importante parmi les troubles délirants par rapport aux troubles de l'humeur : 2,7 jours versus 1 jour en moyenne. Au total, les patients présentant un trouble délirant sont plus fréquemment et plus longtemps confrontés à ces mesures. Les mesures d'isolement et de contention sont souvent mises en place de manière concomitante, et depuis les dernières recommandations de la HAS (8) la contention ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. On peut alors penser que la contention peut également avoir une incidence, non mise en évidence ici du fait du facteur de confusion que représente l'isolement. Une étude centrée sur ces deux pratiques semble indispensable afin d'appréhender correctement leur vécu par les patients, leurs modalités de mise en œuvre et les pistes d'amélioration potentielles.

La majorité des patients s'est vue restreindre l'accès au téléphone et aux vêtements personnels au cours de l'hospitalisation, et ce de manière indifférenciée selon le diagnostic. Il s'agit d'une pratique encore fréquemment utilisée sur certains secteurs (6), en début d'hospitalisation, de manière à permettre une période d'observation de quelques jours et de favoriser les échanges avec l'équipe soignante. Cette règle est souvent contestée par les patients mais il semble ici que cela ne constitue pas un frein à la continuité du suivi. Cependant cette habitude peut être questionnée : il pourrait s'agir de facteurs de vécu négatif de l'hospitalisation. Le sentiment de dépossession rapporté par les patients (51) peut en partie l'expliquer. Le syndrome du pyjama bleu (52) pourrait mener à une appréciation médicale biaisée, ce qui peut renforcer un sentiment d'incompréhension de la part du patient. De plus, le bien fondé de ces pratiques n'est peut être plus totalement justifié à ce jour et l'absence de législation sur le téléphone et la tenue en milieu hospitalier (52,53) constitue une illustration de la complexité de cette question.

La prescription de la mise en isolement, des contentions ou du traitement sédatif injectable en «si besoin» pose également question. En effet, les recommandations actuelles (8) préconisent un usage restreint de ces pratiques, expliqué au patient, chaque soin proposé devant être évalué de manière indépendante. La prescription en « si besoin » ne permet pas la traçabilité de ces mesures, et nous avons été témoins de cette difficulté lors de notre étude. Ces pratiques doivent se mettre en place sous le contrôle d'un médecin, ce qui n'est pas assuré avec ce type de prescription. De plus, la prescription de mesures de restriction des libertés ne doit pas être faite au titre d'une «habitude de service» qui va à l'encontre des réflexions éthiques actuelles. Plusieurs rapports mettent en lumière l'évolution des pratiques où «la préoccupation sécuritaire prévaut sur celle du soin et de l'autonomie du patient» (6,45). Une profonde réflexion et un remaniement des pratiques actuelles paraissent indispensables pour intégrer plus avant la notion de vécu du patient dans les prises en charge.

Si toutes les mesures de restriction des libertés individuelles ne semblent pas influencer l'observance aux soins à moyen terme d'après nos résultats, une surveillance particulière reste néanmoins nécessaire. Peu de données chiffrées sont disponibles à notre connaissance mais avec les nouvelles recommandations, la traçabilité de ces mesures devrait être plus aisée. Le

recours à ces mesures est de plus en plus controversé et la question de leur vécu fait l'objet de travaux depuis plusieurs années (10,46,52). Le caractère thérapeutique de ces mesures n'est jamais mentionné dans les recommandations actuelles et reste controversé (8,10). La France est soumise à une surveillance particulière de la part des instances européennes : le CPT a organisé une récente visite en décembre 2019 dans des structures de psychiatrie pour s'assurer de l'évolution des pratiques depuis sa dernière visite. Son rapport devrait paraître dans les mois à venir.

4.2 Autres facteurs pouvant influencer la continuité du suivi à un an

On retrouve une tendance en faveur de l'instauration d'un traitement sous forme retard, qui peut être pourvoyeur d'une meilleure adhésion aux soins, lorsque cette alternative existe. Ce résultat est en accord avec les données actuelles de la littérature : en effet un nombre croissant de praticiens préconisent la mise en place d'un tel traitement dès le premier épisode, car celui-ci semble améliorer la compliance et le pronostic clinique et fonctionnel des patients (19,38,39). L'accompagnement infirmier lors de l'injection et l'absence de risque d'oubli au quotidien d'un traitement oral nous apparaissent être des facteurs explicatifs de ce résultat. Persistent des questionnements vis-à-vis d'une forme de maintien forcé dans les soins, d'où l'importance d'un étayage associé et d'un suivi régulier. De plus, la durée du traitement ne doit pas être prolongée de manière injustifiée, notamment dans le cadre d'un épisode psychotique bref isolé, à défaut d'une réévaluation clinique adéquate. Le délai d'un an que nous avons choisi ne nous permet pas ici de conclure sur ce point. Des études sur une durée plus longue apparaissent nécessaires. Dans tous les cas, le suivi doit pouvoir affiner le diagnostic et la substitution par un traitement sous forme *per os* doit rester une option, à tout moment et à la demande du patient.

Il existe à plusieurs reprises une différence significative sur le suivi entre les deux groupes par rapport à la durée de l'hospitalisation. Cependant, la répartition des catégories de durée établies au préalable ne permet pas de tirer de conclusion cliniquement pertinente. Dans l'analyse de la population globale, une association statistique entre le suivi à un an et une hospitalisation de plus d'un mois est retrouvée : cela renvoie probablement au fait qu'un traitement peut être mis en place de manière plus adaptée et plus sûre sur une durée d'hospitalisation plus longue. Cependant, une telle donnée doit être affinée par d'autres études avant de pouvoir en tirer des conclusions.

Alors que l'usage de toxiques et les effets secondaires des médicaments sont des facteurs de risque connus d'inobservance (4,13), ils n'ont pas pu être recueillis en nombre suffisant ici.

4.3 Autres résultats

- Continuité du suivi au CMP :

On remarque que le suivi en CMP, lorsqu'il est présent à 6 mois, est majoritairement maintenu à 1 an. Ce résultat souligne l'importance de la qualité du premier contact avec le CMP et avec les soins ambulatoires de manière générale, ainsi que l'intérêt de l'appropriation

rapide du suivi par le patient. Or, la compliance au suivi et au traitement est indispensable pour le pronostic à long terme et ce dès les premiers mois voire années suivant le premier épisode psychiatrique (13,63,64). A l'heure de l'identification des phases prodromiques (61), le maintien dans les soins dès le premier contact avec le milieu psychiatrique est un enjeu majeur. Dans le service où l'étude est menée, dans la majorité des cas, le premier rendez-vous au CMP est organisé quelques jours avant la fin de l'hospitalisation avec l'accompagnement d'un soignant. Les patients transférés en clinique n'ont pas toujours pu organiser ce premier contact avec le CMP et on retrouve ici une tendance : un retour au domicile pourrait être plus souvent associé à une continuité du suivi qu'un transfert en clinique. L'éducation thérapeutique et l'information sur l'observance aux soins débutent donc dès le temps de l'hospitalisation afin d'améliorer la continuité du suivi dans les premiers mois.

- *Mode d'hospitalisation :*

Dans l'ensemble, le mode d'hospitalisation prédominant est l'hospitalisation sous contrainte (61,6%). On retrouve par ordre de fréquence les hospitalisations libres, puis les SPDT, les SPDRE, les SPDTU puis les SPPI, ce qui va dans le sens des recommandations nationales à ce sujet. Cependant, alors que pour les troubles de l'humeur, le mode d'hospitalisation le plus représenté est le SPL, pour les patients hospitalisés pour trouble délirant on retrouve une majorité de soins sous contrainte. Cela est cohérent avec l'anosognosie et l'altération du jugement fréquemment retrouvées dans ces troubles. Pour la plupart des patients, la mesure de soins sous contrainte a été levée avant la fin de la prise en charge. Alors que l'hospitalisation en soins libres semble ici initialement associée à une rupture de soins en ambulatoire, ce résultat n'est pas retrouvé lors de l'analyse multivariée, ni dans les études en sous groupe. Cette donnée soulève tout de même la question de l'éducation thérapeutique afin d'améliorer la continuité et l'observance aux soins chez ces patients, comme dans le cadre de toute pathologie chronique (35).

- *Ré-hospitalisation :*

De manière générale, on retrouve une faible proportion de patients qui nécessitent une nouvelle hospitalisation au cours de l'année suivante : 10,6%. Bien que les données soient variables selon les études, certaines retrouvent un taux similaire (23). On retrouve ici une tendance : l'absence de suivi augmentait le risque d'être à nouveau hospitalisé dans l'année chez les patients hospitalisés pour trouble de l'humeur, ce qui conforte les connaissances et préconisations actuelles sur le suivi à moyen terme (63,64).

- *Ordonnance de sortie :*

Les patients quittent le service avec des ordonnances de taille variable : en moyenne 3,6 molécules et au maximum 9 médicaments différents. S'agissant d'une première prise en charge, se pose la question de l'acceptation d'une telle ordonnance par le patient, qui ne prenait peut être pas de médicament avant l'hospitalisation. La multiplicité des traitements est un facteur connu d'inobservance thérapeutique et la monothérapie est à privilégier (1,4,33), le suivi ambulatoire devient alors primordial pour s'assurer de l'observance mais également pour adapter le traitement en coopération avec le patient.

Sur les ordonnances de sortie, on relève plusieurs éléments : 18 patients (9%) n'ont pas de traitement de fond sur l'ordonnance de sortie, l'importance du suivi devient alors majeure pour surveiller l'évolution des symptômes et pouvoir instaurer un tel traitement si cela s'avérait nécessaire. Les conséquences de cette absence pourraient être délétères dans le cas où le patient présente une pathologie chronique naissante. L'écart entre les pratiques, entre l'absence de traitement de fond et l'instauration d'un traitement retard dès le premier contact avec l'hôpital, est surprenant et des études ultérieures sur la conduite à tenir spécifique au premier épisode psychiatrique paraissent indispensables afin d'homogénéiser et d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Un autre chiffre surprenant est retrouvé dans cette étude : des hypnotiques figurent sur l'ordonnance de 110 patients (56%), de 18 à 84 ans. Si certains prenaient déjà des hypnotiques avant l'hospitalisation, cela est peu probable pour les patients jeunes, et une telle prescription n'est pas recommandée en première intention chez ces patients (66,67). Le suivi devient là encore une priorité, de manière à réduire progressivement la posologie puis supprimer ces molécules dès que possible. Une réflexion ciblée sur cette pratique paraît nécessaire afin d'en saisir les raisons et de modifier les prescriptions.

4.4 Limites de cette étude

Il existe plusieurs limites dans cette étude. Les données manquantes dans certains domaines ne nous permettent pas de conclure sur plusieurs points : usage de toxiques, implication de l'entourage et tolérance du traitement médicamenteux notamment. Le caractère rétrospectif de l'étude a rendu difficile le recueil de données avec la question de la traçabilité dans les dossiers. Ainsi, les prescriptions en "si besoin" par exemple n'ont pas pu être traitées. Notre échantillon comporte 198 patients sur 3 ans mais lors de l'analyse en sous groupes les effectifs sont parfois trop faibles pour pouvoir mener une analyse statistique fiable. Une étude prospective centrée sur une catégorie diagnostique particulière et sur une plus longue durée serait préférable pour obtenir des résultats d'une plus grande puissance statistique.

Conclusion

Nous retrouvons ici une influence des mesures de restriction des libertés sur la continuité des soins à un an. Une étude ciblée sur chacune de ces mesures et leur vécu permettrait d'identifier les éléments questionnés par les patients et d'améliorer leur compréhension de ces mesures. Ainsi, une utilisation plus parcimonieuse et centrée sur la clinique apparaît essentielle afin de s'assurer d'une mise en œuvre adaptée à chaque situation et non comme une habitude de service, un moyen inadapté de palier à des dysfonctionnements de service ou une préoccupation d'ordre sécuritaire imposée par la société. Une meilleure information durant l'hospitalisation et *a posteriori* nous semble un moyen potentiel de diminuer le sentiment d'injustice ou d'inadéquation participant à la rupture de soins.

Après l'hospitalisation, plusieurs éléments peuvent permettre d'améliorer la compliance aux soins : des programmes d'éducation thérapeutique individuels et familiaux sont en ce sens en cours d'organisation dans ce service. Par ailleurs, la remédiation cognitive permettrait une amélioration clinique significative de la continuité des soins après un an de prise en charge, ainsi qu'une réduction du risque de rechute (68).

La poursuite de l'étude sur une durée plus longue paraît pertinente afin d'observer les différents moments de rupture de soins et leurs causes. Certains éléments relevés dans cette étude permettent d'envisager d'ores et déjà des pistes d'amélioration dans la prise en charge : la question du vécu des mesures d'isolement et de contention, la taille et le contenu de l'ordonnance de sortie en font partie. Plus d'études sont nécessaires à l'avenir pour évaluer les pratiques et mettre en évidence les facteurs limitant la poursuite des soins après une première hospitalisation en psychiatrie de secteur.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude sur le sujet et des études complémentaires sont indispensables pour améliorer la prise en charge et le vécu de nos patients lors du premier contact avec les services de psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Schizophrénies. Guide ALD n°23. Paris : HAS ; 2007
2. KREBS M-O, LEJUSTE F, MARTINEZ G. Prise en charge spécifique des premiers épisodes psychotiques. *L'Encéphale* 2018;**44**:S17–S20.
3. CONUS Ph. Premier épisode thymique : cas particulier de l'intervention dans la phase précoce des troubles bipolaires. *L'Encéphale* 2010;**36**:S71–S76.
4. VIETA E, SALAGRE E, GRANDE I et al. Early Intervention in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2018;**175**:411–426.
5. STAFFORD MR, JACKSON H, MAYO-WILSON E, MORRISON AP, KENDALL T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;**346**. doi:10.1136/bmj.f185
6. FIAT C, WONNER M. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale. France. 2019. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b2249_rapport-information#
7. Code de la Santé Publique. 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. Dernière modification en août 2011.
8. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS ; 2017.
9. CONTROLEUR GENERALE DES LIEUX DE PRIVATION DES LIBERTES. Rapport thématique : Soins sans consentement et droits fondamentaux. France. 2020. Disponible sur : <https://www.cglpl.fr/2020/soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux/>
10. Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitement inhumains ou dégradants. [Internet]. Strasbourg : CPT ; avril 2017. 82 p. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/1680707074>
11. REGGIANI S. Villejuif. Album : Best-of 2005. [Album CD]. Polydor 983 058-4, 1973

12. BERURIER NOIR. Pavillon 36. Album : Abracadaboum. [Album CD]. Bondage Records, 1987
13. PHAN SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med* 2016;**51**:211–219.
14. GREENE M, YAN T, CHANG E, HARTRY A, TOUYA M, BRODER MS. Medication adherence and discontinuation of long-acting injectable versus oral antipsychotics in patients with schizophrenia or bipolar disorder. *J Med Econ* 2018;**21**:127–134.
15. MCGORRY PD, PURCELL R, HICKIE IB, YUNG AR, PANTELIS C, JACKSON HJ. Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med J Aust* 2007;**187**:S40–42.
16. MARSHALL M, RATHBONE J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* ; 2006, updated 2011. Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004718.pub3/full>
17. CHENG S, SCHEPP K. Early Intervention in Schizophrenia: A Literature Review. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2016. doi:10.1016/j.apnu.2016.02.009
18. ALBERT N, WEIBELL MA. The outcome of early intervention in first episode psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2019;**31**:413–424.
19. FUSAR-POLI P, MCGORRY PD, KANE JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2017;**16**:251–265.
20. FUSAR-POLI P, BORGWARDT S, BECHDOLF A et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;**70**:107–120.
21. ENDERAMI A, FS M, M Z. One-Year Follow-Up of Patients With a Diagnosis of First Episode Psychosis. *Mater. Socio-Medica.* 2017. doi:10.5455/msm.2017.29.21-25
22. ROBINSON D, WOERNER MG, ALVIR JM et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;**56**:241–247.

23. UÇOK A, POLAT A, ÇAKIR S, GENÇ A. One Year Outcome in First Episode Schizophrenia. Predictors of Relapse. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2006;**256**. doi:10.1007/s00406-005-0598-2
24. SHARIFI V, AMINI H, SHAHRIVAR Z, MOTTAGHIPOUR Y, GHARAEI JM, ALAGHBAND-RAD J. Course of Psychotic Disorders: A 3-Year Follow-up Study of Patients with First Episode Psychosis. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2014;**20**:35–42.
25. PINTO JV, SARAF G, KOZICKY J et al. Remission and recurrence in bipolar disorder: The data from health outcomes and patient evaluations in bipolar disorder (HOPE-BD) study. *J Affect Disord* 2020;**268**:150–157.
26. GIGNAC A, MCGIRR A, LAM RW, YATHAM LN. Recovery and recurrence following a first episode of mania: a systematic review and meta-analysis of prospectively characterized cohorts. *J Clin Psychiatry* 2015;**76**:1241–1248.
27. BUCCI P, MUCCI A, VAN ROSSUM IW et al. Persistent negative symptoms in recent-onset psychosis: Relationship to treatment response and psychosocial functioning. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol* Published Online First: 11 April 2020. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.03.010
28. GEOFFROY PA, MICOULAUD FRANCHI J-A, LOPEZ R et al. Comment caractériser et traiter les plaintes de sommeil dans les troubles bipolaires ? *L'Encéphale* 2017;**43**:363–373.
29. COURTET P. [Suicidal risk during the first psychotic episode]. *L'Encephale* 2018;**44**:S39–S43.
30. LAMOUREUX A, A M, D V. [Compliance, Therapeutic Observance and Therapeutic Adherence: What Do We Speak About?]. *Rev. Mal. Respir.* 2005;**22**. doi:10.1016/s0761-8425(05)85433-6
31. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. Londres : NICE, guideline CG155. 2013 updated 2016.
32. HUI CLM, LAM BST, LEE EHM et al. A systematic review of clinical guidelines on choice, dose, and duration of antipsychotics treatment in first- and multi-episode schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2019;**31**:441–459.

33. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Bipolar disorder: assessment and management. Londres : NICE, guideline CG185. 2014 updated 2020.
34. RINGEN PA, REPONEN EJ, VEDAL TSJ, ANDREASSEN OA, STEEN NE, MELLE I. Predictors for Antipsychotic Dosage Change in the First Year of Treatment in Schizophrenia Spectrum and Bipolar Disorders. *Front Psychiatry* 2019;**10**:649.
35. YEAW J, BENNER JS, WALT JG, SIAN S, SMITH DB. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *J Manag Care Pharm JMCP* 2009;**15**:728–740.
36. GOUREVITCH R. [How to Improve Compliance in the Patients With Schizophrenia?]. *L'Encephale*. 2006;**32**. doi:10.1016/s0013-7006(06)76270-4
37. MARCUS SC, ZUMMO J, PETTIT AR, STODDARD J, DOSHI JA. Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *J Manag Care Spec Pharm* 2015;**21**:754–768.
38. EMSLEY R. Discontinuing antipsychotic treatment after a first-episode of psychosis: Who, when and how? *Schizophr Res* 2018;**197**:59–60.
39. GIORDANO G, TOMASSINI L, CUOMO I et al. Aripiprazole Long-Acting Injection During First Episode Schizophrenia-An Exploratory Analysis. *Front Psychiatry* 2019;**10**:935.
40. WUNDERINK L. Who needs antipsychotic maintenance treatment and who does not? Our need to profile and personalize the treatment of first episode psychosis. *Schizophr Res* 2018;**197**:65–66.
41. BEGEMANN MJH, THOMPSON IA, VELING W et al. To continue or not to continue? Antipsychotic medication maintenance versus dose-reduction/discontinuation in first episode psychosis: HAMLETT, a pragmatic multicenter single-blind randomized controlled trial. *Trials* 2020;**21**. doi:10.1186/s13063-019-3822-5
42. Ascodocpsy. Dossier thématique : l'isolement en psychiatrie. [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://www.ascodocpsy.org/suivre-lactualite-en-psychiatrie/dossiers-thematiques/lisolement-en-psychiatrie/>
43. PELLETIER J-F, DAVIDSON L. À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé Ment Au Qué* 2015;**40**:19–33.

44. SAILAS E, FENTON M. Isolement et contention chez les patients atteints de troubles mentaux graves. doi:10.1002/14651858.CD001163
45. CONTROLEUR GENERALE DES LIEUX DE PRIVATION DES LIBERTES. Publication du rapport d'activité 2019. France. 2020. Disponible sur : <https://www.cglpl.fr/2020/publication-du-rapport-dactivite-2019/>
46. KUHN ALICE. Chambres d'isolement en psychiatrie : vécu des patients et modalités de mise en œuvre, sous la direction de GRETH Philippe. Thèse doctorat : Médecine : Université de Strasbourg : 2018. Format html. Disponible sur : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_KUHN_Alice.pdf
47. GOWDA GS, LEPPING P, NOORTHOORN EO et al. Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian J Psychiatry* 2018;**36**:10–16.
48. CARRE R, MONCANY A-H, SCHMITT L, HAOUI R. Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients. *Inf Psychiatr* 2017;**Volume 93**:393–397.
49. AGUILERA-SERRANO C, GUZMAN-PARRA J, GARCIA-SANCHEZ JA, MORENO-KÜSTNER B, MAYORAL-CLERIES F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2018;**63**:129–144.
50. ZAGHBIB K, ROSETTI R. [Isolation room and physical restraint]. *Soins Psychiatr* 2007;;44–45.
51. GOFFMAN E. *Asiles: Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Editions de Minuit. Coll "le Sens commun". 1979
52. DELMAS H, BATAIL J-M, FALISSARD B et al. A randomised cross-over study assessing the 'blue pyjama syndrome' in major depressive episode. *Sci Rep* 2017;**7**:2629.
53. PECHILLON E, DUJARDIN V. L'usage du téléphone portable en psychiatrie. *Santé Ment. Numéro Hors Série spécial Formation*. Août 2016. 44-45.
54. HORN M, VAIVA G, DUMAIS A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. *J Eur Urgences Réanimation* 2015;**27**:57–63.

55. SAARENTO O, KASTRUP M, LÖNNERBERG O et al. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: patients who use only psychiatric in-patient care in comprehensive community-based services — a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;**98**:98–104.
56. MILEY K, HADIDI N, KAAS M, YU F. Cognitive Training and Remediation in First-Episode Psychosis: A Literature Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2019;:1078390319877952.
57. MACQUEEN GM, MEMEDOVICH KA. Cognitive dysfunction in major depression and bipolar disorder: Assessment and treatment options. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017;**71**:18–27.
58. BEAUCHAMP I de, GIRAUD-BARO E, BOUGEROL T, CALOP J, ALLENET B. Education thérapeutique des patients psychotiques : impact sur la ré-hospitalisation. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ* 2010;**2**:S125–S131.
59. Association francophone de psychoéducation Profamille. France. 2020. Disponible sur : <https://profamille.org/>
60. Centre Hospitalier Le Vinatier. BREF, unité de Psychoéducation et de Psychothérapies. France. Disponible sur : <http://www.ch-le-vinatier.fr/le-vinatier/e-mag/bref-2534.html>
61. MCGORRY P. Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015. doi:10.1097/NMD.0000000000000284
62. ORGANIZATION WH. *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.* Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1994 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316>.
63. LLORCA P-M. Schizophrénie. Encyclopédie Orphanet. 2004. Disponible sur : <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
64. MÖLLER H-J. The Relevance of Negative Symptoms in Schizophrenia and How to Treat Them with Psychopharmaceuticals? *Psychiatr Danub* 2016;**28**:435–440.

65. BEKHDADI C. Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : Etude descriptive au regard de la nouvelle réglementation, sous la direction de PIERO Andrea. Thèse doctorat : Médecine : Université de Grenoble : 2017. Format html. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01958187/document>

66. SHILPA HSS, KUMAR NN, MAHESWARI E et al. Deprescribing of benzodiazepines and Z-drugs amongst the psychiatric patients of a tertiary care Hospital. *Asian J Psychiatry* 2019;**44**:189–194.

67. REMI J, POLLMÄCHER T, SPIEGELHALDER K, TRENKWALDER C, YOUNG P. Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry. *Dtsch Arzteblatt Int* 2019;**116**:681–688.

68. MUELLER DR, KHALESİ Z, RÖDER V. Can Cognitive Remediation in Groups Prevent Relapses?: Results of a 1-Year Follow-up Randomized Controlled Trial. *J Nerv Ment Dis* 2020;**Publish Ahead of Print**. doi:10.1097/NMD.0000000000001146

Logiciel de statistiques: Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. 2019. Disponible sur : <https://www.pvalue.io/fr>

Annexes

Annexe 1 : Caractéristiques démographiques et antécédents des N=198 patients de la cohorte.

Population totale (N = 198)		
Âge	Âge moyen (ET*)	39,5 (±15,5)
Sexe	Hommes	117 (59%)
	Femmes	81 (41%)
Prise de toxiques	Oui	44 (37,6%)
	Non	10 (08,5%)
	Données manquantes	63 (53,8%)
Antécédents personnels	Présence	65 (55,6%)
	Absence	52 (44,4%)
Antécédents familiaux	Présence	20 (17,1%)
	Absence	97 (82,9%)
Activité professionnelle	Oui / Dont arrêt de travail	42 (35,9%) / 04 (3,4%)
	Non	75 (64,1%)

*Ecart-type

Annexe 2 : Contenu de l'ordonnance en fin d'hospitalisation.

N=198	Nombre de patients concernés
Traitement de fond :	
Neuroleptique classique	15
Antipsychotique atypique	130
Antidépresseur	71
Thymorégulateur	33
Aucun	18
Traitement symptomatique :	
Neuroleptique sédatif	93
Benzodiazépine	129
Anxiolytiques autres	9
Correcteur (Lepticur, Sulfarlem)	58
Hypnotique	110
Aucun	29

Annexe 3 : Caractéristiques cliniques des N=198 patients de la cohorte.

Patients (N=198)		
Diagnostic:	F10-F19	10 (05%)
	F20-F29	101 (51%)
	F30-F39	72 (36,4%)
	F40-F48	08 (4%)
	F50-F59	01 (0,5%)
	F60-F69	03 (1,5%)
	F80-F89	03 (1,5%)
Durée de l'hospitalisation :	5-7 jours	21 (10,6%)
	7-14 jours	57 (28,8%)
	14-21 jours	32 (16,2%)
	21-28 jours	27 (13,6%)
	plus de 28 jours	61 (30,8%)
Mode d'hospitalisation :	SPL	76 (38,4%)
	SPDT	72 (36,4%)
	SPDTU	18 (9,1%)
	SPPI	11 (5,6%)
	SPDRE	21 (10,6%)
Isolement :	Oui / Durée moyenne (j et ET*)	37 (18,7%) / 6,3 (\pm 5,6)
	Non	161 (81,3%)
Contention :	Oui / Durée moyenne (j et ET*)	41 (20,7%) / 2,8 (\pm 4)
	Non	157 (79,3%)
Retrait du téléphone :	Oui	115 (58,1%)
	Non	76 (38,4%)
Mise en pyjama :	Oui	152 (76,8%)
	Non	37 (18,7%)
Effets indésirables :	Oui	36 (18,2%)
	Non / Non relevé	162 (81,8%)
Lieu de sortie :	Domicile	146 (73,7%)
	Clinique	46 (23,2%)
	Fugue	03 (1,5%)
	Sortie contre avis médical	03 (1,5%)
Ordonnance de sortie :	Nombre en moyenne (ET*)	3,6 (\pm 1,6)
	Traitement retard	29 (14,6%)
Réhospitalisation à 1 an :	Oui	21 (10,6%)
	Non	177 (89,4%)

*Ecart-type

Annexe 4 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients F20-F29.

Patients ayant reçu le diagnostic F20 N = 101		Patients suivis à 1 an (N = 58)	Patients non suivis à 1 an (N = 43)	p
Age :	Age moyen (ET*)	35.7 (±14.2)	34.3 (±13.3)	0,62 ¹
Sexe :	Hommes/Femmes	41 (71%)/17 (29%)	30 (70%)/13 (30%)	0,92 ²
Prise de toxiques :	Oui Non	21 (36%) 4 (6,9%)	18 (42%) 1 (2,3%)	0,59 ³
Antécédents personnels :	Présence Absence	25 (43%) 33 (57%)	16 (38%) 26 (62%)	0,62 ²
Antécédents familiaux :	Présence Absence	10 (18%) 47 (82%)	5 (12%) 36 (88%)	0,47 ²
Activité professionnelle :	Oui Non	22 (48%) 24 (52%)	18 (47%) 20 (53%)	0,97 ²
Mode d'hospitalisation :	SPL Contrainte	11 (19%) 47 (81%)	11 (25,6%) 32 (74,4%)	0,43 ²
Durée de l'hospitalisation :	5-7 jours 7-14 jours 14-21 jours 21-28 jours plus de 28 jours	2 (3,4%) 8 (14%) 6 (10%) 10 (17%) 32 (55%)	3 (7%) 14 (33%) 8 (19%) 5 (12%) 13 (30%)	0,04 ³
Contention :	Oui Non Durée moyenne (j et ET*)	16 (28%) 42 (72%) 2.7 (±3.3)	11 (26%) 32 (74%) 3.3 (±3.7)	0,82 ² 0,63 ⁴
Isolement :	Oui Non Durée moyenne (j et ET*)	13 (22%) 75 (78%) 6.2 (±6.2)	14 (33%) 29 (67%) 8.5 (±6.2)	0,25 ² 0,23 ⁴
Mise en pyjama :	Oui Non	49 (84,5%) 7 (12,1%)	37 (86%) 4 (9,3%)	0,76 ³
Retrait du téléphone :	Oui Non	27 (46,6%) 29 (50%)	19 (44,2%) 23 (53,5%)	0,77 ²
Effets indésirables décrits :	Oui Non / Non relevé	14 (24%) 44 (76%)	09 (21%) 34 (79%)	0,70 ²
Ordonnance de sortie :	Nombre en moyenne (ET*) Traitement retard	3.74 (±1.51) 21 (6%)	3.67 (±1.90) 7 (16%)	0,85 ¹ 0,03 ²
Lieu de sortie :	RAD Clinique Fugue Sortie contre avis médical	51 (88%) 07 (12%) 0 (0%) 0 (0%)	36 (84%) 04 (9,3%) 02 (4,7%) 01 (2,3%)	0,27 ³
Réhospitalisation à 1 an :	Oui Non	6 (10%) 52 (90%)	6 (14%) 37 (86%)	0,58 ²

¹ Test de Welch. ² Test du Chi-2. ³ Test exact de Fisher. ⁴ Test de Mann-Whitney. *Ecart-type

Annexe 5 : Analyse univariée entre les patients ayant reçu un diagnostic type F30-F39.

Patients ayant reçu le diagnostic F30 N = 72		Groupe suivis à 1 an (N = 28)	Groupe non suivis à 1 an (N = 44)	p
Age :	Age moyen (ET*)	49.4 (±13.9)	45.6 (±14.9)	0,26 ¹
Sexe :	Hommes/Femmes	09 (32%)/19 (68%)	22 (50%)/22 (50%)	0,14 ²
Prise de toxiques :	Oui Non	08 (29%) 03 (11%)	18 (41%) 04 (9,1%)	0,60 ³
Antécédents personnels :	Présence Absence	13 (46%) 15 (54%)	21 (49%) 22 (51%)	0,84 ²
Antécédents familiaux :	Présence Absence	07 (25%) 21 (75%)	07 (17%) 35 (83%)	0,39 ²
Activité professionnelle :	Oui Non	10 (38%) 16 (62%)	22 (61%) 14 (39%)	0,08 ²
Mode d'hospitalisation :	SPL Contrainte	15 (54%) 14 (46%)	27 (61%) 17 (39%)	0,51 ²
Durée de l'hospitalisation :	5-7 jours 7-14 jours 14-21 jours 21-28 jours plus de 28 jours	2 (7,1%) 10 (36%) 05 (18%) 04 (14%) 07 (25%)	10 (23%) 15 (34%) 10 (23%) 06 (14%) 03 (6,8%)	0,16 ³
Contention :	Oui Non Durée moyenne (j et ET*)	3 (11%) 25 (89%) 1 (±0)	7 (16%) 37 (84%) 1 (±0)	0,73 ³
Isolement :	Oui Non Durée moyenne (j et ET*)	2 (7,1%) 26 (93%) 3,50 (±3,54)	4 (9,1%) 40 (91%) 3,00 (±1,63)	1 ³ 1 ¹
Mise en pyjama :	Oui Non	18 (64,3%) 08 (28,6%)	29 (65,0%) 12 (27,3%)	0,9 ²
Restriction du téléphone :	Oui Non	22 (78,6%) 5 (17,9%)	32 (72,7%) 09 (20,5%)	0,73 ²
Effets indésirables décrits :	Oui Non / Non relevé	4 (14%) 24 (86%)	4 (9,1%) 40 (90%)	0,70 ³
Ordonnance de sortie :	Nombre en moyenne (ET*) Traitement retard	3,75 (±1,53) 1 (3,6%)	3,35 (±1,69) 0 (0%)	0,27 ¹ 0,39 ³
Lieu de sortie :	RAD Clinique Fugue Sortie contre avis médical	17 (61%) 11 (39%) 0 (0%) 0 (0%)	21 (48%) 20 (45%) 01 (2,3%) 02 (4,5%)	0,58 ³
Réhospitalisation à 1 an :	Oui Non	6 (21%) 22 (79%)	02 (4,5%) 42 (95%)	0,049 ₃

¹ Test de Mann-Whitney. ² Test du Chi-2. ³ Test exact de Fisher. *Ecart-type

Annexe 6 : Analyse multivariée pour les patients ayant reçu un diagnostic F30-F39.

		Odds-Ratio	p
Réhospitalisation à 1 an	oui vs non	5.19 [0.919; 29.3]	0.06
Activité professionnelle	oui vs non	0.466 [0.159; 1.37]	0.16
Nombre de traitements		1.13 [0.812; 1.56]	0.47

**Mesures de restriction des libertés lors d'une première hospitalisation en psychiatrie :
influence sur la continuité du suivi ambulatoire à un an**

Résumé : La prise en charge précoce des troubles psychiatriques dans l'amélioration du pronostic clinique et fonctionnel est étudiée depuis plusieurs années. La compliance aux soins doit faire l'objet d'une attention particulière, dès les premiers mois après un premier épisode. Les mesures de restriction des libertés lors d'une première hospitalisation en psychiatrie peuvent freiner la compliance. Nous avons mené une revue de la littérature sur la prise en charge précoce des troubles psychiatriques, le traitement spécifique au premier épisode psychotique ou dysthymique, puis les diverses mesures et soins pouvant être apportés lors d'une première hospitalisation. Une étude sur les patients hospitalisés pour la première fois en psychiatrie a été réalisée pour évaluer l'impact des mesures de privation des libertés sur le suivi ambulatoire après une première hospitalisation. Dans notre étude, la mise en chambre d'isolement est associée à une rupture de suivi à un an chez les patients hospitalisés pour trouble délirant. Les autres mesures de restriction des libertés (contention physique, mode d'hospitalisation sous contrainte, mise en pyjama, retrait du téléphone) ne sont pas associées à une rupture du suivi. Une utilisation plus précautionneuse apparaît essentielle afin de s'assurer d'une pratique adaptée à chaque situation. De plus, une meilleure information au patient semble un moyen potentiel de diminuer le sentiment d'injustice ou d'inadéquation participant à la rupture de soins.

Mots clés : Prise en charge précoce. Premier épisode psychotique. Isolement. Contention physique. Soins sous contrainte. Continuité des soins.

**The freedom-restraining measures during a first psychiatric admission : influence on
the continuity of care one year later**

Abstract : The early intervention in psychiatric disorders to improving the clinical and functional prognosis has been studied for several years. Patient compliance must be paid attention, from the first months after a first episode. The use of freedom-restraining measures during the first psychiatric admission can reduce patient compliance. We conducted a literature review for the early management of psychiatric disorders, the specificities of the first psychiatric episode treatment, and the different measures and care that can be provided during a first hospitalization. A study with patients during a first psychiatric admission was carried out to evaluate the influence of freedom-restraining measures on the continuity of care after un first psychiatric admission. In our study, isolation is associated with non-compliance at one year in patients hospitalized for delusional disorder. The other freedom-restraining measures (physical restraint, involuntary commitment, hospital pyjamas, removing the telephone) are not associated with a non-compliance. A more cautious use appears essential in order to ensure a prescription adapted to each situation. In addition, better information to the patient seems to be a potential mean of reducing the feeling of injustice or inadequacy leading to non-compliance.

Keywords : Early Medical Intervention. Isolation. Physical Restraint. Commitment of mental ill. Continuity of Patient Care.

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**