

Année 2017/2018

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Malgorzata Ramus-Houstin**

Née le 01/01/1988 à Wroclaw (Pologne)

---

**Les programmes de soins : place, recours et efficacité des soins  
psychiatriques sans consentement en ambulatoire.**

**Etude observationnelle d'analyse des pratiques au CHRU de Tours.**

---

Présentée et soutenue publiquement le **03/09/2018** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean-Louis SENON, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Poitiers

Directeur de thèse : Docteur Joëlle PALMA, Psychiatrie, CCA, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr. André GOUAZE - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Daniel ALISON  
Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Pierre COSNAY  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER  
Pr. Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie

LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs || POTIER Alain ..... | Médecine Générale |
| ROBERT Jean ..... | Médecine Générale |

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

---

BAKHOS David .....	Physiologie
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLOIN Antoine .....	Réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
BOREL Stéphanie .....	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse .....	Médecine Générale
LEMOINE Maël .....	Philosophie
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

### *Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## **Remerciements**

### **Aux membres du jury**

**Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,**

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail, et pour l'enseignement que vous m'avez apporté durant ces années d'internat,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

**Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,**

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail,

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, et pour votre engagement constant dans la formation des internes,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon estime.

**Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

J'ai eu le privilège d'apprécier l'étendue de votre réflexion, et la richesse de votre enseignement lors des regroupements interrégionaux de mon internat, en particulier dans le domaine de la psychiatrie légale,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon respect.

### **Au directeur de thèse**

**Docteur Joëlle PALMA,**

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail,

Je te remercie de m'avoir guidée tout au long de ce projet, et de m'avoir fait bénéficier de tes conseils et de ton expertise, toujours justes,

Merci également pour ton soutien amical qui m'a permis de voir tes qualités humaines, au-delà de tes qualités professionnelles,

Trouve ici le témoignage de toute ma gratitude.

### **A mes proches**

Thibaud et Stasiu,

Ma famille, mes parents,

Mes amis,

Ma belle-famille,

Et à tous mes co-internes rencontrés durant ces années d'internat.

## Abstract

### **Involuntary Outpatient Commitment : The Use, Implementation Criteria, and Efficiency of Involuntary Ambulatory Psychiatric Care. An Observational Analysis of Practices at Tours Regional and University Hospital.**

*Introduction:* The Law of July 5th 2011, introduced a new method of care without consent : involuntary outpatient commitment, also known as Ambulatory Care Programmes (ACP). The National Assembly's recent informational report on care without consent urges a thorough investigation into the implementation and the efficiency of ACP. The aim of our study was to apply these recommendations at Tours Regional and University Hospital.

*Method:* After conducting a literature review, we performed an observational, retrospective, comparative and monocentric study. All adult patients, involuntarily hospitalized in each of the psychiatric units of Tours Regional and University Hospital between 01.01.2017 and 30.04.2017 were included into the study. After we described the use of ACP, we compared sociodemographic and clinical data from a first group of 41 patients who left the hospital under ACP (*groupe PDSa*), with data from a second group of 50 patients who left under free care (*groupe Levée*). Our goal was to define a framework of implementation criteria for ACP. In order to evaluate the efficiency of this care method, we compared patient data collected one year after the initial admission between each of the two groups.

*Results:* The global rate of ACP implementation was 45.1% at Tours Regional and University Hospital. Implementation criteria were : admission mode ; temporary absence(s) during hospital stay ; long-acting neuroleptic prescription at hospital discharge ; diagnosis, with an overrepresentation of psychotic and bipolar disorders ; history of ACP ; history of involuntary admission ; and history of non-compliance with outpatient care. Outpatient care compliance and post-discharge care were better in *groupe PDSa*. However, patients from *groupe PDSa* were not readmitted significantly less, and had a longer mean duration of hospital stay when they were re-hospitalized.

*Conclusion:* In response to recent parliamentary recommendations, this study participated in national information gathering regarding the implementation and efficiency of ACP. Our analysis outlines several implementation criteria of this new therapeutic method, but also underscores the need for further research to demonstrate the benefit of reduced clinical relapses rate.

**Keywords :** Psychiatry, Law of July 5th, 2011, Coercion, Involuntary Outpatient Commitment, Care Without Consent, Outpatient Care.

## **Abréviations**

- AAH : Allocation Adultes Handicapés
- CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CMP : Centre Médico Psychologique
- CPU : Clinique Psychiatrique Universitaire
- CRPA : Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie
- CSP : Code de Santé Publique
- HDJ : Hôpital De Jour
- HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
- HO : Hospitalisation d'Office
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
- JLD : Juge des Libertés et de la Détention
- NAP : Neuroleptique à Action Prolongée
- PDS : Programme de Soins
- PDSa : Programme de Soins ambulatoire
- Rim-P : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie
- QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité
- SDDE : Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement de santé
- SL : Soins Libres
- SSC : Soins Sans Consentement
- SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
- SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
- SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
- SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
- UMD : Unité pour Malades Difficiles
- VAD : Visite A Domicile

## Table des matières

I.	Introduction.....	13
1.	Contexte historique et réglementaire.....	13
2.	Programme de soins : description .....	14
3.	Programme de soins : controverses et ambiguïtés .....	17
a.	<i>Logique sécuritaire ?</i> .....	17
b.	<i>Logique libérale de protection des libertés ?</i> .....	18
c.	<i>Soins ambulatoires sans consentement mais sans contrainte</i> .....	19
d.	<i>Programme de soins et alliance thérapeutique</i> .....	21
4.	Données de la littérature.....	21
a.	<i>A l'étranger</i> .....	21
b.	<i>En France</i> .....	22
5.	Intérêt de ce travail .....	24
II.	Objectifs.....	27
III.	Méthodes.....	27
1.	Caractéristiques de l'étude .....	27
2.	Population cible.....	28
3.	Recrutement des patients.....	28
4.	Recueil de données.....	29
5.	Paramètres étudiés.....	29
6.	Analyse statistique.....	31
IV.	Résultats.....	32
1.	Diagramme des flux .....	32

2.	Description de la place des programmes de soins dans les différents secteurs du CHRU de Tours.....	33
a.	<i>Recours aux programmes de soins ambulatoires</i> .....	33
b.	<i>Durée des soins sans consentement</i> .....	35
3.	Critères de mise en place des programmes de soins ambulatoires.....	37
a.	<i>Caractéristiques socio démographiques</i> .....	37
b.	<i>Paramètres en lien avec l'hospitalisation</i> .....	40
c.	<i>Paramètres en lien avec les antécédents psychiatriques</i> .....	48
4.	Efficacité des programmes de soins ambulatoires .....	51
a.	<i>Paramètres en lien avec l'évolution du suivi ambulatoire</i> .....	51
b.	<i>Paramètres en lien avec les rechutes</i> .....	53
V.	Discussion.....	55
1.	Place des programmes de soins ambulatoires au CHRU de Tours .....	55
a.	<i>Variabilité de recours aux programmes de soins ambulatoires</i> .....	55
b.	<i>Augmentation de la durée des soins sans consentement</i> .....	56
2.	Critères de mise en place des programmes de soins ambulatoires.....	57
a.	<i>Caractéristiques socio démographiques</i> .....	57
b.	<i>Paramètres en lien avec l'hospitalisation</i> .....	57
c.	<i>Paramètres en lien avec les antécédents psychiatriques</i> .....	59
3.	Efficacité des programmes de soins ambulatoires .....	60
a.	<i>Offre de soins et observance du suivi ambulatoire</i> .....	60
b.	<i>Rechutes</i> .....	61
4.	Limites de l'étude.....	62
5.	Perspectives.....	63
VI.	Conclusion .....	64
VII.	Bibliographie .....	65

## I. Introduction

### 1. Contexte historique et réglementaire

Le consentement aux soins constitue un des principes de base de toute pratique médicale. La nécessité de l'obtention du consentement du patient avant toute intervention a été réaffirmée dans la **loi Kouchner du 4 mars 2002**, aux articles L. 1111-2 et suivants du Code de Santé Publique (1). L'article L. 1111-4 précise qu' « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

La contrainte aux soins constitue une exception psychiatrique. Dès lors que la conscience du trouble ou du besoin de soins est altérée, le recours aux soins sans consentement en psychiatrie est indiqué. C'est le cas notamment lorsqu'il existe un trouble psychiatrique sévère, un danger immédiat ou à courte terme pour le patient ou pour autrui, et une nécessité de traitement. Les soins sans consentement en psychiatrie sont utilisés dans le monde entier (2)

En France, depuis la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, il est ainsi admis que certains patients souffrant de troubles mentaux perdent (même momentanément) leur capacité à participer à une relation de soins (3). C'est dans ce contexte qu'une première loi a été portée par Esquirol et votée le **30 juin 1838 : la loi sur les aliénés**. Celle-ci nomme « placements volontaires », les admissions « réclamées » par un membre de la famille, les distinguant des « placements ordonnés par l'autorité publique ». La seule sortie prévue par ce texte était la sortie définitive.

Il aura fallu attendre 152 ans et la **loi Evin du 27 juin 1990** pour que cette loi de 1838 soit réformée. Ce texte introduit la notion d'« hospitalisation libre » demandée par le patient lui-même et qui constitue la majorité des modes d'hospitalisation, à côté des deux modalités d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO). De plus, c'est suite à ce texte que les *sorties d'essai* sont légalisées. L'état de législation rendait toutefois ces sorties d'essai imprécises sur plusieurs points :

- leur durée ou au moins la limitation de leur renouvellement ;
- le consentement aux soins, nécessaire pour envisager raisonnablement une sortie d'essai mais qui apparaissait en contradiction avec l'HDT ;
- l'absence de danger, qui apparaissait quant à elle en contradiction avec le HO (4).

La *loi du 5 juillet 2011* relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques viendra ensuite modifier la législation française jusqu'alors en vigueur concernant les soins sans consentement (SSC). Révisée en 2013, par les modifications de la *loi du 27 septembre 2013* (5), la loi du 5 juillet 2011 vise à faire évoluer l'exercice des SSC en psychiatrie en France dans trois directions majeures :

- L'hospitalisation à temps plein n'est plus la seule modalité de prise en charge sans consentement. Les SSC s'élargissent désormais en dehors de l'hôpital, et couvrent dorénavant une variété de modes de prise en charge, dans le cadre de *programmes de soins (PDS)* (6).
- La loi établit un nouveau mode d'admission sans tiers : les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), permettant l'accélération de certaines procédures d'admission.
- L'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) vient renforcer et garantir les droits des personnes hospitalisées par des audiences fixées à des temps précis de l'hospitalisation. Cette intervention du JLD répond à une exigence constitutionnelle.

L'objectif des soins ambulatoires sans consentement, légalement autorisés dans de nombreux pays anglo-saxons et européens, et au total dans plus de 70 pays à travers le monde (7), est d'améliorer la continuité du suivi des patients et de proposer une alternative à des prises en charge hospitalières à temps complet, consacrant ainsi la désinstitutionalisation des soins psychiatriques (2). Des pratiques déjà existantes comme les sorties de courte durée sont ainsi entérinées afin de favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale des personnes hospitalisées sans leur consentement avant 2011.

## **2. Programme de soins : description**

La prise en charge du patient admis en SSC débute par une période d'observation 72 h qui se déroule sous la forme d'une hospitalisation complète, et durant laquelle le patient fait l'objet d'un suivi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. La loi exige la production de deux certificats médicaux respectivement dans les vingt-quatre heures et dans les soixante-douze heures suivant l'admission. Si l'un de ces certificats infirme la nécessité d'une contrainte de soins, la levée de la mesure est décidée sauf dans le cadre du SPDRE où la levée de la mesure est soumise préalablement à l'accord du Préfet.

A l'issue de cette période initiale d'observation, en cas de nécessité de maintien des soins psychiatriques, le certificat établi doit indiquer la forme de la prise en charge : l'hospitalisation complète en établissement psychiatrique (surveillance constante) ou toute autre forme de prise en charge assortie d'un PDS (surveillance régulière). Les ***PDS peuvent donc être mis en place dès la fin de la période d'observation de 72 heures d'hospitalisation continue.***

Les PDS correspondent donc à des SSC « sous une autre forme » que l'hospitalisation complète et se subdivisent en deux modes de prise en charge :

- les hospitalisations dites à temps partiel, où la prise en charge du patient s'effectue toujours en partie à l'hôpital (hospitalisation de jour ou hospitalisation de nuit par exemple), mais où ce dernier passe plus de temps à l'extérieur de l'hôpital que dedans (soit 4 jours sur 7 au minimum) ;
- les soins uniquement en ambulatoire, avec notamment des rendez-vous médicaux et para médicaux réguliers dans les centres médico psychologiques (CMP) des secteurs, en dehors du cadre d'une hospitalisation. Nous parlons alors de *programmes de soins ambulatoires* (PDSa). Cette modalité pourra toutefois également comprendre des temps programmés en amont d'hospitalisation complète : les hospitalisations séquentielles.

Cette mesure se veut donc intermédiaire entre l'hospitalisation complète et la prise en charge ambulatoire libre (8). C'est le ***décret 2011-847 du 18 juillet 2011*** (9) qui en précise les conditions de rédaction, le contenu et l'utilisation (***article R. 3211-1 du Code de la Santé Publique*** (10)) (11). La modalité de soins doit figurer dans le PDS et précise s'il s'agit de :

- Une hospitalisation à temps partiel ;
- Des soins ambulatoires ;
- Des soins à domicile (visite à domicile d'un membre de l'équipe soignante) ;
- L'existence de traitements médicamenteux.

Le PDS peut mentionner sous quelle forme s'effectue l'hospitalisation à temps partiel, la fréquence des consultations ou des visites ambulatoires ou à domicile, et la durée de dispensation des soins (si elle est prévisible). Doivent également figurer dans le PDS l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

En revanche, les éléments suivants n'apparaîtront pas dans le PDS afin de préserver la confidentialité et l'intimité des patients :

- Le diagnostic et les manifestations des troubles mentaux ;
- Les résultats d'éventuels examens complémentaires ;
- La nature des traitements médicamenteux (spécialité, dosage, forme galénique, posologie, modalité d'administration et durée).

Héritiers des sorties d'essai de la loi de 1990, les PDS sont essentiellement initiés par les médecins psychiatres en poste dans les établissements d'accueil (12).

Selon l'article R. 3211-1-III (10), un entretien doit précéder l'élaboration du PDS. Durant ce dernier le psychiatre recueille l'avis du patient afin de lui permettre de faire valoir ses observations. « Au cours de cet entretien, le psychiatre délivre au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et lui indique en particulier que ***le PDS peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et qu'il peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance*** de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé ». La réalisation de cet entretien doit être mentionnée sur le PDS et sur le dossier médical du patient. Le PDS peut ensuite être modifié par un psychiatre participant à la prise en charge du patient, selon les mêmes modalités d'entretien préalable et de notification dans le PDS et le dossier du patient. Cette modification du PDS peut intervenir à tout moment pour l'adapter à l'état de santé de ce dernier.

Un point important à noter est que le PDS ne permet pas d'imposer des soins au patient ou bien un transfert en unité d'hospitalisation. Il est clairement spécifié à l'article L.3211-2-1-III qu' « ***Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I*** » (Programme De Soins) (13). Il faut tout d'abord transformer le PDS en hospitalisation complète avant de pouvoir imposer de tels soins au patient.

En cas d'inobservance du PDS et devant l'existence d'un risque de dégradation de l'état de santé du patient, le psychiatre établit un certificat médical circonstancié justifiant la transformation de la mesure en hospitalisation complète. Ce document est transmis au directeur d'établissement pour les mesures de Soins à la Demande du Directeur d'Établissement (SDDE : SPDT, SPDTU et SPPI). Lorsque l'examen médical n'est pas réalisable, le praticien a la possibilité d'émettre un avis médical rédigé sur la base du dossier médical du patient. Dans le cas de patients en PDS en SPDRE, la demande de réintégration en

hospitalisation complète par le psychiatre est possible sans faire intervenir les critères de trouble à l'ordre public ni celui de l'atteinte à la sûreté des personnes. La seule détérioration de l'état de santé du patient, actuelle ou attendue, secondaire ou non à une rupture du PDS, suffit à la justification.

La périodicité des certificats mensuels n'est pas modifiée par la rédaction d'un certificat de réadmission. La réintégration en hospitalisation complète ne nécessite pas l'établissement des certificats des 24 et 72 heures.

### **3. Programme de soins : controverses et ambiguïtés**

Les PDS ont donc été initiés par la réforme de la loi du 5 juillet 2011 encadrant les soins psychiatriques. Initié par le gouvernement, l'esprit de ce texte porte également la marque du Conseil constitutionnel qui, comme nous allons le voir, a été amené à se prononcer dans ce domaine du fait de Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC) (14). L'entrée en vigueur des PDS est donc intervenue dans une société dont le droit est de plus en plus influencé par les principes de précaution voire de prévoyance, sur fond de mouvements contradictoires sécuritaires et libertaires.

#### **a. Logique sécuritaire ?**

En 2005, le Pr J-L. Senon sensibilisait l'opinion aux soins ambulatoires « sous contrainte ». Dans un article (15), il relevait trois témoins d'alerte (accumulation de pathologies psychiatriques en détention, violences commises par les malades mentaux échappant aux soins, problèmes posés par la prise en charge de malades mentaux irresponsabilisés) qui rendaient indispensables la mise en place rapide de soins ambulatoires obligés (et la possibilité de prodiguer des soins sous contrainte aux détenus souffrant de pathologies psychiatriques) pour permettre le maintien d'une psychiatrie publique moderne et ouverte. Ces soins ambulatoires contraints réclamés par le Pr J-L. Senon ne s'adressaient donc qu'aux malades mentaux ayant transgressé le cadre légal.

La loi du 5 juillet 2011 est apparue quelques années plus tard, dans un contexte de politique sécuritaire suite au discours d'Antony prononcé par le président de la République N. Sarkozy le 2 décembre 2008. Selon les auteurs, un amalgame entre folie et dangerosité s'était répandu dans l'opinion publique suite à l'affaire du « schizophrène dangereux ». Le président faisait

notamment référence dans son allocution au meurtre commis à Grenoble sur une personne de 26 ans par un malade qui avait fugué de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève. Il dira ensuite :

« Le malade est une personne humaine et sa maladie ne fait que le rendre plus humain encore, et un hôpital ne sera jamais une prison. Mais en même temps, des malades en prison, c'est un scandale. Mais des gens dangereux dans la rue, c'est un scandale aussi. (...) Il faut trouver un équilibre, que nous n'avons pas trouvé, entre la réinsertion du patient absolument nécessaire et la protection de la société. (...) Il faut réformer l'hospitalisation d'office pour concilier la qualité des soins et la sécurité des personnes. Alors nous allons d'abord instaurer une obligation de soins en milieu psychiatrique. 80 % de vos patients sont pris en charge en ville. ***De même qu'il existe l'hospitalisation sans consentement, il faut qu'il y ait des soins ambulatoires sans consentement.*** (...) On ne peut pas laisser seul un patient qui a un besoin manifeste de soins et qui peut, parfois, refuser de s'y soumettre » (16).

La loi du 5 juillet 2011 a donc participé, en un sens, à la mise en œuvre de la politique sécuritaire du gouvernement. Comme le souhaitait N. Sarkozy dans son allocution de décembre 2008, un mois plus tard, en janvier 2009, le gouvernement a d'ailleurs débloqué 70 millions d'euros pour construire des chambres d'isolement, des unités pour malades difficiles (UMD) et pour « sécuriser » les hôpitaux psychiatriques (17).

#### **b. Logique libérale de protection des libertés ?**

En novembre 2010, saisi par une association d'usagers, le *Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie* (CRPA), le Conseil constitutionnel prend une décision concernant la ***nécessité d'une intervention systématique du JLD*** avant le 15<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation sans consentement du fait de la privation de liberté (dans la loi de 1990, l'intervention du juge était possible mais non systématique). Le parlement avait alors jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2011 pour modifier la loi.

L'élargissement des SSC en dehors de l'hôpital, dans le cadre de PDS, se situe donc dans un équilibre fragile entre ces deux logiques distinctes portées par la rédaction de la loi du 5 juillet 2011: d'une part le pan sécuritaire avec un renforcement de la contrainte et du contrôle social des patients susceptibles d'être « dangereux » et d'autre part, celui de la protection de la liberté des personnes hospitalisées grâce à l'intervention systématique du JLD.

En 2010, juste avant la mise en place de cette loi du 5 juillet 2011, un article rédigé par S.Théron (18) pointait déjà du doigt l'ambiguïté des PDS. Cet article sur l'évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale et sur l'instauration des soins ambulatoires sans consentement soulignait un premier point : le PDS permet d'éviter un enfermement systématique du patient, mais méconnaît tout de même son autonomie. S. Théron s'interrogeait : s'agit-il d'un dispositif libéral ou sécuritaire ? L'introduction de soins psychiatriques ambulatoires sans consentement sera-t-elle bénéfique pour les patients ? Constituera-t-elle un acte de libération des murs de l'hôpital ou une instrumentalisation des soins dans un but de contrôle social ?

### **c. Soins ambulatoires sans consentement mais sans contrainte**

S'ils étaient déjà source d'ambiguïtés avant leur création, les PDS continuent d'être sujets à controverses (comme l'étaient déjà leurs prédécesseurs, les sorties d'essai). Les différents acteurs de la psychiatrie (associations d'usagers et familles de patients (19), personnel soignant et psychologues (20), cadres de santé (21), professionnels du droit (22), médecins (23)) et personnel de direction des hôpitaux (24) interrogent, s'interrogent et parfois s'affrontent sur cette modalité de soins.

Les auteurs se questionnent notamment sur le fait que cet état de contrainte aux soins n'est pas jugé privatif de liberté, puisque le Conseil Constitutionnel ne l'a pas prévu. Or le Conseil constitutionnel ne pouvait pas le prévoir puisque lors de sa saisie, la modalité de programme de soins ambulatoires n'existait pas. De fait, la mise en place d'un PDS ne donne pas lieu à l'intervention du JLD, seuls les patients hospitalisés à temps complet passant devant le JLD. Il s'agit là d'un important précédent, remettant en cause l'un des fondements du droit français, l'inviolabilité du domicile sans commission du juge.

Le *Conseil Constitutionnel s'est donc à nouveau prononcé le 20 avril 2012* suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité sur saisine du Conseil d'État (25). À l'origine, cette question était également posée par l'association du CRPA. Elle portait, entre autres, sur les dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement issues de la loi du 5 juillet 2011. Il s'agissait notamment d'examiner l'absence du contrôle systématique par le juge des PDS ambulatoires sans consentement.

Comme le commentait C. Jonas, dans sa décision du 20 avril 2012, le Conseil Constitutionnel précise que les soins ambulatoires désormais encadrés par un PDS sont conformes à la constitution et que l'intervention systématique du juge n'est pas nécessaire en matière de soins ambulatoires sans consentement (22). S'il précise que dans le cadre de PDS, des séjours en hospitalisation complète peuvent être organisés, le Conseil Constitutionnel indique en revanche que le patient « ne saurait se voir administrer des soins de manière coercitive, ni être conduit ou maintenu de force pour accomplir les séjours en établissements prévus par le PDS ». Dans le cadre du PDS, si des séjours en établissements sont organisés, le patient garde sa liberté d'aller et de venir et peut donc refuser les soins et éventuellement sortir de l'hôpital contre avis médical. Le Conseil Constitutionnel estime ainsi, que les libertés individuelles auxquelles chacun a droit persistent, et que l'article L. 3211-2-1 du CSP n'est donc pas contraire à la constitution.

Rappelons que depuis cette décision du 20 avril 2012, la loi a été révisée en septembre 2013 et stipule dorénavant clairement qu' « aucune contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins » (13). Les psychiatres qui ne respecteraient pas ce principe engageraient dès lors la responsabilité de leur établissement et éventuellement leur responsabilité pénale personnelle.

Le PDS correspond donc à une ***obligation de soins et non à l'administration de soins par la contrainte.***

La seule véritable contrainte qui s'exerce est morale. Comme nous le mentionnions plus tôt dans notre exposé, si un patient ne respecte pas le PDS, la loi a prévu que celui-ci puisse être modifié afin de proposer un passage en hospitalisation complète pour l'administration de soins contraints. Le patient aura alors à nouveau le droit au contrôle systématique du JLD dans les 12 jours (suite aux corrections législatives annoncées avec la réforme du 27 septembre 2013, rappelons que le délai d'intervention du JLD a été réduit de j15 à j12).

#### **d. Programme de soins et alliance thérapeutique**

Les opposants au PDS estiment qu'ils constituent des « internements à domicile, spoliant la sincérité de la relation de confiance recherchée par les soignants », un « outil gestionnaire pour désengorger les hôpitaux qui souffrent de la pénurie et du manque de lit ».

Les soignants ne semblent pas partager cette opinion, mais plutôt juger que l'absence de consentement initial n'empêche pas l'établissement d'une relation de confiance, propice à l'émergence d'une alliance thérapeutique (26).

L'Unafam s'est montrée « sensible à cette forme d'alliance thérapeutique » après avoir soulevé la question du ressenti des patients vis-à-vis des PDS. Dans un article paru en 2018 (19), l'Unafam rapporte en effet que dans 75 % des cas, les soins ambulatoires sans consentement ne posent pas de problème aux patients. Soit d'emblée parce que le patient a compris qu'il était malade et qu'il avait besoin de soins ou parce qu'il a positivement voyant dans ces soins ambulatoires sans consentement un « sésame » pour quitter l'hôpital. Soit après une première période pendant laquelle le patient a trouvé la mesure injustifiée puis, avec l'amélioration de son état, il s'en est accommodé sans problème, même si l'absence d'insight persistait et que les soins étaient suivis tout en disant qu'ils n'étaient acceptés que par obligation. Dans 25 % des cas, cette contrainte est mal vécue, entraînant le chagrin ou plus souvent la colère du patient, puisque considérée comme une privation de liberté.

### **4. Données de la littérature**

#### **a. A l'étranger**

Des dispositifs équivalents aux PDS existent à l'étranger, depuis parfois assez longtemps (dès les années 1980 aux Etats-Unis et en Australie, depuis 2008 en Angleterre (27)). Divers termes sont utilisés pour évoquer les PDS: « community treatment order », « involuntary outpatient treatment », « involuntary outpatient commitment », « supervised community treatment », « extended leave », « extended release », ou encore « supervised discharge ».

La revue de la littérature internationale sur ce sujet récent et d'actualité ne permet pour l'instant pas de conclure à l'efficacité escomptée de la part de ces dispositifs (28–31).

En 2006, R. Churchill et al. ont effectué une première revue de la littérature où ils avaient rassemblé les 72 études alors disponibles sur le sujet (32). Ces données furent mises à jour plus récemment, en 2013, par D. Maughan et al. (30) qui avaient alors identifié 18 autres

études. Les trois seules études randomisées recensées vont nettement dans le sens d'un désintérêt pour ce type de soins, arguant l'absence de résultats aussi bien cliniques que thérapeutiques en termes de réduction du recours à l'hospitalisation, d'utilisation des services de santé ou plus généralement de bénéfices pour la personne malade.

Les deux premiers essais contrôlés randomisés réalisés par M. Swartz et J-D. Swanson et al. puis par H-J. Steadman et al. datent d'il y a près de 20 ans (respectivement 1999 et 2001) et ont tous deux été réalisés aux Etats-Unis.

La plus récente étude OCTET conduite en Angleterre (*Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial*) (33) est un essai contrôlé randomisé de 333 patients souffrant de psychose, âgés de 18 à 65 ans et ayant été admis en SSC en hospitalisation complète. Les patients ont été assignés de façon randomisée en 2 groupes au moment de leur sortie : 166 patients sont sortis en PDSa, et 167 en soins libres. A 12 mois, il n'y avait absolument aucune différence entre les proportions de ré-hospitalisations (36 % dans les deux groupes) ni dans la durée écoulée depuis la sortie jusqu'à la réadmission. La durée totale d'hospitalisation n'était pas non plus significativement différente avec 41,5 jours pour les patients sortis en PDSa et 48 jours pour les patients sortis en soins libres. L'étude OCTET confirmait donc les résultats des deux précédents essais contrôlés randomisés américains, et concluait que les PDSa ne remplissaient pas leur mission principale de réduction des rechutes et des ré-hospitalisations, questionnant clairement l'utilisation de cette nouvelle modalité de soins.

## **b. En France**

En France, nos recherches ne nous ont permis de retrouver que peu de travaux ayant évalué les PDSa depuis leur création.

*Une première étude descriptive fut publiée en janvier 2015 par M. Coldefy* (2), maître de recherche à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Ce travail s'appuyait sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), et présentait des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi. Sur les 77 000 patients pris en charge en psychiatrie sans leur consentement en 2012, 26 000 étaient suivis en PDSa (soit plus d'un tiers des patients recevant des soins sans consentement). La diffusion nationale de la mesure dans les établissements de santé spécialisés en psychiatrie était rapide puisqu'un an seulement après sa mise en œuvre, 91 % des hôpitaux accueillant

des patients en SSC utilisaient les PDSa. L'utilisation de cet outil thérapeutique était toutefois très variable en fonction des territoires géographiques.

En moyenne sur l'année 2012, les patients en PDSa étaient hospitalisés plus longtemps que les autres patients non consentants : 64 jours en moyenne pour les patients en PDSa, 42 jours pour les autres patients en SSC, et 53 jours en moyenne pour la file active totale (hospitalisations sans consentement et libres confondues). Cela était en partie dû au fait que, contrairement au groupe majoritaire des patients uniquement hospitalisés à temps plein, souvent hospitalisés une seule fois dans l'année, les patients en PDSa connaissaient des épisodes d'hospitalisation pluriels au cours de l'année (rechutes ou non compliance au PDSa, mais également stratégie thérapeutique d'hospitalisations séquentielles).

Par ailleurs, le suivi ambulatoire des patients en PDSa semblait valorisé par des prises en charge plus diversifiées, notamment en CMP (consultations médicales et également paramédicales, participation aux activités de CATTP, suivi social, liens avec la médecine somatique).

*Une autre étude observationnelle a été menée en 2013 au sein des 148 secteurs psychiatriques pour adultes d'Île de France* et a donné lieu à une publication en août 2015 (12). Elle venait compléter les premiers résultats de M. Coldefy au travers d'une analyse des pratiques.

Plus de 93 % des secteurs en Île-de-France avaient recours aux PDSa au moment de l'enquête. En revanche, la proportion des PDSa par rapport à l'ensemble des SSC au moment de l'étude était assez faible : les PDSa en SPDT représentaient seulement 7 % de la totalité des SPDT, tandis que les PDSa en SPDRE représentaient 20 % des SPDRE.

Contrairement aux autres études internationales, ce travail observait de bons résultats au niveau du devenir et du déroulement des PDSa : les professionnels rapportaient que les PDSa se déroulaient comme prévu dans 8 cas sur 10 (en termes de consultations, VAD et prise des traitements) et les échelles cliniques de sévérité clinique, d'observance, de dangerosité pour soi ou pour autrui objectivaient toutes les quatre une amélioration très significative entre le début du PDS et le moment de l'étude.

Une des limites de cette étude résidait toutefois dans son design, exclusivement descriptif et sans groupe contrôle, ne permettant pas une randomisation qui aurait été nécessaire pour affirmer la supériorité du PDSa sur d'autres types de prise en charge.

Un autre récent travail (2016) a été réalisé par une interne Bordelaise (A. Lafossas) dans le cadre de sa thèse : « *Le programme de soins: étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre Hospitalier Charles Perrens* » (26).

Cette étude descriptive montrait quant à elle des résultats qui s'accordaient avec les données internationales, à savoir notamment que les bénéfices attendus du PDSa en termes de réduction du nombre de ré-hospitalisations ne semblent pas se confirmer. Une réduction des durées d'hospitalisation était en revanche mise en évidence lorsque les patients étaient ré-hospitalisés dans le cadre d'un PDSa.

La prévalence élevée et la durée de la mesure de PDSa (de plusieurs mois à plusieurs années) étaient cohérentes par rapport aux données de la littérature.

La principale indication mise en évidence dans le recours au PDSa était l'amélioration de l'observance thérapeutique (médicamenteuse ou des consultations de suivi). La bonne adhésion au suivi et au traitement représentait également le principal motif de levée de la mesure.

Les trois travaux suscités relevaient que le profil type des patients bénéficiant d'un PDSa comporte les mêmes caractéristiques que celui des patients hospitalisés sans leur consentement: une population essentiellement masculine (60 %), âgée en moyenne d'une quarantaine d'années et souffrant de troubles psychiatriques sévères (surreprésentation des troubles psychotiques), isolée sur le plan sociofamilial et dans une situation socioprofessionnelle précaire ou inexistante.

## **5. Intérêt de ce travail**

A notre connaissance, depuis sa création en 2011, aucune étude sur cette nouvelle disposition de la loi des soins sans consentement n'a été réalisée en région Centre.

Pourtant, un document publié en février 2017 a attiré notre attention sur les PDSa et motivé la rédaction de ce travail de thèse. *D. Jacquat et D. Robiliard*, rapporteurs de la *mission de l'Assemblée Nationale d'évaluation de la loi de 2013 sur les soins psychiatriques sans consentement*, ont en effet rédigé un rapport d'information, dans lequel ils dressent un état des lieux des tendances significatives des soins sans consentement. Les deux députés suscités

ont rédigé ce texte après s'être saisis de l'imminence de la publication de nouveaux travaux de M. Coldefy, de l'IRDES (34).

D. Jacquat et D. Robiliard se sont en effet appuyés sur un travail publié en février 2017 par *M. Coldefy*, et qui visait à *analyser l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie quatre ans après la mise en place de la loi en 2011* (27).

Les caractéristiques mises en lumière par les rapporteurs tenaient :

- à la population prise en charge ;
- *à l'augmentation de la file active des patients suivis en soins sans consentement ;*
- et à la banalisation du recours aux procédures d'urgence.

Ce deuxième point concerne plus particulièrement notre sujet d'étude. S'agissant des évolutions observées depuis 2011, la mission s'est en effet interrogée sur la *progression significative du nombre de patients suivis en soins sans consentement* (92 000 en 2015 versus 77 000, rappelons-le, en 2012) au regard de la file active des patients de plus de 16 ans suivis en psychiatrie (1,7 million en 2015) : respectivement + 15,9 % et + 4,9 % entre 2012 et 2015. Cette augmentation serait principalement due à un « *effet stock* » *des patients dont la prise en charge au titre des PDSa excède une année. En 2015, on estime à près de 37 000 le nombre personnes ayant fait l'objet d'une prise en charge dans le cadre ambulatoire, soit 40 % du nombre total de personnes en SSC* (alors que les PDSa concernaient, comme nous l'évoquions plus tôt, 22 000 des 77 000 patients pris en charge en psychiatrie sans leur consentement en 2012).

Parallèlement à cette augmentation significative du nombre de patients suivis en SSC, les rapporteurs ont relevé une augmentation de la durée du PDSa ainsi que de la durée moyenne d'hospitalisation.

S'ils déclarent qu'il est encore tôt pour douter de l'efficacité des PDSa sur l'amélioration de l'état de santé des patients, les rapporteurs estiment qu'*il importe de davantage documenter le recours à ces formes de prise en charge*. Pour la mission, il apparaît nécessaire de faire évoluer les systèmes d'information hospitaliers pour déterminer si la durée moyenne d'hospitalisation résulte plus d'une stratégie de soins (hospitalisations séquentielles) que d'un arrêt du PDSa commandé par une rechute du patient (« ré-hospitalisations »). Au demeurant, la mission *préconise une enquête exhaustive portant sur le recours aux PDSa et l'efficacité de cette prise en charge*.

Ainsi les rapporteurs ont émis dans leur rapport des recommandations, dont 3 concernaient les PDSa (34) :

### *Évaluer l'efficacité des programmes de soins*

- Recommandation n° 3 : identifier dans le cadre du RIM-P le début et la fin d'un programme de soins.
- Recommandation n° 4 : mettre en place une étude portant sur le recours aux programmes de soins et l'efficacité de cette prise en charge.
- Recommandation n° 5 : redynamiser les commissions départementales de suivi psychiatrique par :
  - le contrôle de la situation des personnes faisant l'objet PDS d'une durée supérieure à un an ;
  - l'exploitation des données statistiques portant sur les PDS.

Pour M. Coldefy également, une réelle évaluation des dispositions mises en place par la loi du 5 juillet 2011 s'avère d'autant plus nécessaire que ces nouvelles dispositions touchent aux libertés individuelles des personnes. L'extension d'une forme diffuse de contrainte aux soins au sein du lieu de vie de la personne peut constituer une atteinte aux libertés individuelles et aux droits de la personne à laquelle il faut veiller. Ces mesures au caractère exceptionnel doivent être proportionnelles au bénéfice attendu pour la personne, d'autant plus dans un contexte d'évolution préconisée des relations entre médecins et patients vers une plus grande participation des personnes aux choix de leurs traitements (27) .

Nous nous proposons donc au travers de notre étude de préciser dans un premier temps la place des PDSa parmi les patients hospitalisés en SSC au CHRU de Tours.

Puis, comme le préconisaient les députés D. Jacquat et D. Robiliard dans leur recommandation n° 4, nous tenterons d'évaluer les critères (à la fois socio démographiques et cliniques) qui caractérisent le recours à ce mode de prise en charge, et enfin, nous tenterons d'en évaluer des éléments d'efficacité.

## II. Objectifs

- L'objectif principal de cette étude était de tenter d'identifier les critères de recours aux PDSa chez les patients admis en SSC.
- Les objectifs secondaires étaient :
  - D'évaluer la place des PDSa parmi l'ensemble des admissions en SSC dans les différents secteurs du CHRU de Tours ;
  - D'évaluer l'efficacité du recours aux PDSa.

## III. Méthodes

### 1. Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, mono centrique, rétrospective, et comparative, analysant les pratiques relatives à l'application de la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 19 septembre 2013 au sein du CHRU de Tours.

Après un premier travail descriptif de la place des PDSa dans les secteurs du CHRU de Tours, nous avons comparé les données recueillies rétrospectivement d'un premier groupe de patients admis en SSC et sortis d'hospitalisation en PDSa (**groupe PDSa**), avec les données d'un deuxième groupe de patients également admis en SSC mais dont la mesure de SSC avait été levée avant la sortie d'hospitalisation (**groupe Levée**).

Cette étude attrait donc aux patients admis en SSC au sein des services intra hospitaliers du CHRU de Tours, sur une période de 4 mois allant du 01/01/2017 au 30/04/2017, et dont nous avons effectué le suivi individuel pendant un an à compter de la date d'admission.

## 2. Population cible

Tous les patients majeurs, admis entre le 01/01/2017 et le 30/04/2017 en SSC (quel que soit le mode d'admission initial : SPDT, SPDTU, SPPI, SPDRE) dans une des unités sectorielles du pôle de psychiatrie adulte du CHRU de Tours ont été inclus.

Rappelons que les services intra hospitaliers de psychiatrie adulte des différents secteurs du CHRU de Tours se répartissent au sein de trois structures :

- l'hôpital Bretonneau (situé proche du centre-ville) : service de *psychiatrie D* ;
- l'hôpital Trousseau (situé au sud de Tours, sur la commune de Chambray les Tours) : les services de *psychiatrie A* et *psychiatrie B*, ainsi que le service des urgences psychiatriques localisé au sein même du service des urgences générales ;
- et la Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU) (située au nord de Tours, sur la commune de Saint Cyr sur Loire).

Une période d'hospitalisation de 72 heures minimum devait être observée (durée nécessaire à l'établissement éventuel d'un PDS).

Ont été exclus de l'étude tous les patients :

- Hors secteur, ne relevant pas du CHRU de Tours ;
- Transférés dans une autre établissement hospitalier (UHSA, UMD), avant que l'hospitalisation ne soit terminée.

## 3. Recrutement des patients

Nous avons effectué le recrutement de nos effectifs et notre recueil de données rétrospectivement et dans le respect de l'anonymat des patients pour les deux groupes considérés.

En ce qui concerne le recrutement de nos effectifs, nous nous sommes tout d'abord rendus au service de la Direction de la Psychiatrie (situé à l'Hôpital Bretonneau), où nous avons consulté les listes bimensuelles de l'ensemble des patients en SSC sur les secteurs du CHRU de Tours.

Ce travail nous a permis de recruter du 01/01/2017 au 30/04/2017, des effectifs de 41 patients dans le groupe PDSa et 50 patients dans le groupe Levée.

#### 4. Recueil de données

Une fois nos effectifs constitués, nous avons par la suite effectué notre recueil de données en consultant de façon parallèle deux bases de données distinctes :

- Les certificats (admission, 24h, 72h, saisine, mensuels, levée) en lien avec la mesure de SSC de tous les patients inclus dans l'étude ;
- Les dossiers informatisés de chacun des patients inclus dans l'étude.

#### 5. Paramètres étudiés

Les critères de jugement choisis pour répondre à nos objectifs sont les suivants :

##### 1. Place des PDSa dans les différents secteurs du CHRU de Tours :

- Description des *taux de recours aux PDSa* en fonction des secteurs ;
- Description de la *durée des SSC* dans les groupes PDSa et Levée.

##### 2. Critères de mise en place des PDSa :

- *Critères sociodémographiques :*
  - Age ;
  - Sexe ;
  - Situation socio-professionnelle (statut marital, mode de vie, statut professionnel, existence éventuelle d'une mesure de protection des biens).
- *Critères cliniques en lien avec l'hospitalisation :*
  - Mode d'admission (SPDT, SPDTU, SPPI, SPDRE) ;
  - Durée de l'hospitalisation complète et sous une autre forme;
  - Intervalle de temps depuis la dernière hospitalisation ;
  - Déroulé de l'hospitalisation (chambre d'isolement, fugue(s), autorisation(s) de sortie) ;
  - Diagnostic ;
  - Mise en place d'un traitement neuroleptique retard.

- *Critères cliniques en lien avec les antécédents psychiatriques :*
  - Suivi psychiatrique antérieur ;
  - Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie en SSC ;
  - Antécédent de PDSa ;
  - Antécédent de mauvaise observance du suivi thérapeutique ambulatoire ;
  - Antécédent de violence, d'hétéro-agressivité (problématiques judiciaires, incarcérations, gardes à vue, séjour en UMD...) ;
  - Antécédent d'auto agressivité, de tentative de suicide ;
  - Comorbidités (addiction, trouble de personnalité) ;
  - Antécédent de passage aux urgences psychiatriques dans l'année.

La mise en évidence de différences socio démographiques et/ou cliniques statistiquement significatives permettrait de mieux caractériser la population ciblée par cette mesure de soins psychiatriques ambulatoires au sein du CHRU de Tours.

### 3. Efficacité du recours aux PDSa :

- *Critères en lien avec l'évolution du suivi ambulatoire :*
  - Observance des consultations médicales ambulatoires ;
  - Activités thérapeutiques ambulatoires programmées à la sortie d'hospitalisation (suivie infirmier régulier, CATTP, HDJ).
- *Critères en lien avec les rechutes :*
  - Nombre de ré hospitalisations dans un délai d'un an après la date d'admission initiale ;
  - Durée moyenne des ré hospitalisations ;
  - Motifs des ré hospitalisations (rechutes ou hospitalisations séquentielles).

## 6. Analyse statistique

L'ensemble des données recueillies a été enregistré dans le logiciel Microsoft Excel® avant analyse statistique. Les statistiques descriptives ont été faites en pourcentages et effectifs pour les variables qualitatives, en moyennes et médianes pour les variables quantitatives.

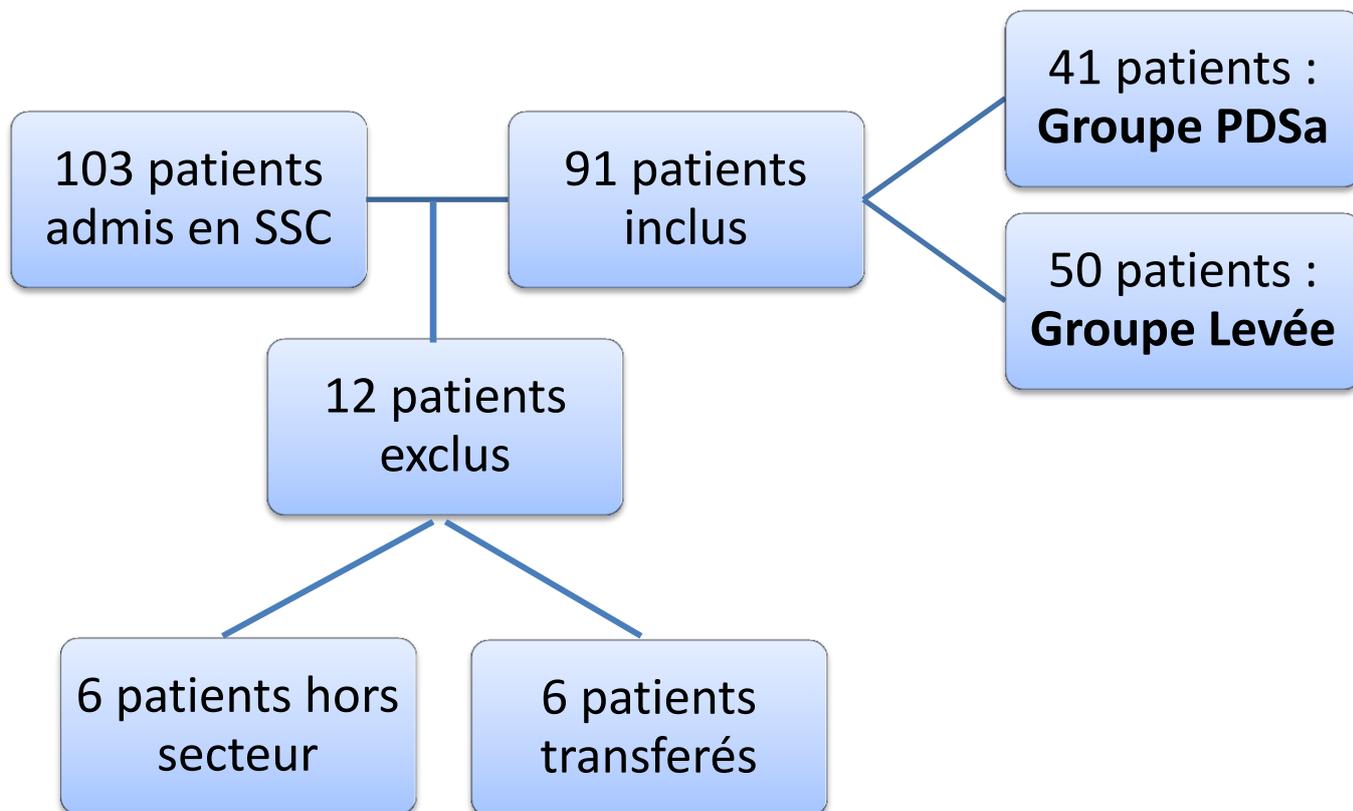
Les analyses statistiques univariées ont été réalisées à l'aide du logiciel BiostaTGV®. Pour toutes les statistiques nous avons retenu le seuil de significativité bilatéral  $p \leq 0,05$ . Nous avons utilisé :

- Pour déterminer l'association entre des variables qualitatives : des tests du Chi<sup>2</sup> ( $\chi^2$ ) et de Fisher (F) (un test de Fisher était utilisé en cas d'effectifs théoriques inférieurs ou égaux à 5 dans au moins une des cases du tableau croisé) ;
- Pour déterminer l'association entre deux variables quantitatives : test de Student (T);

## IV. Résultats

### 1. Diagramme des flux

Figure 1 : Diagramme des flux



A l'issue de notre travail de recueil de données, nous dénombrons 91 patients répondant à nos critères d'inclusion.

41 de ces patients bénéficiaient de la mise en place d'un PDSa au terme de leur hospitalisation tandis que pour 50 patients la mesure de SSC était levée durant l'hospitalisation.

## 2. Description de la place des programmes de soins ambulatoires dans les différents secteurs du CHRU de Tours

### a. Recours aux programmes de soins ambulatoires

Tableau 1 : Taux de recours aux PDS ambulatoires en fonction des secteurs

	Total Hospitalisations en SSC	Groupe PDSa	Groupe Levée	PDSa/Total SSC
<b>Nombre de séjours</b>				
<i>Psychiatrie A</i>	27	12	15	44,4%
<i>Psychiatrie B</i>	20	6	14	30%
<i>CPU</i>	22	11	11	50%
<i>Psychiatrie D</i>	22	12	10	54,6%
<i>Total</i>	91	41	50	45,1%

*SSC = Soins Sans Consentement*

L'étude des taux de recours aux PDSa en fonction des unités sectorielles du CHRU de Tours montre des taux de recours à cette mesure assez variables. En effet, le taux de recours aux PDSa variait de 30 % à 54,6 % selon les unités (respectivement Psychiatrie B et Psychiatrie D). Dans les deux autres unités, les taux de recours aux PDSa étaient de 44,4 % (Psychiatrie A) et 50 % (CPU).

**Au total, 45,1 % des patients admis en SSC sont sortis d'hospitalisation en PDS ambulatoire.**

Figure 2 : Illustration du recours aux PDS ambulatoires en fonction des secteurs

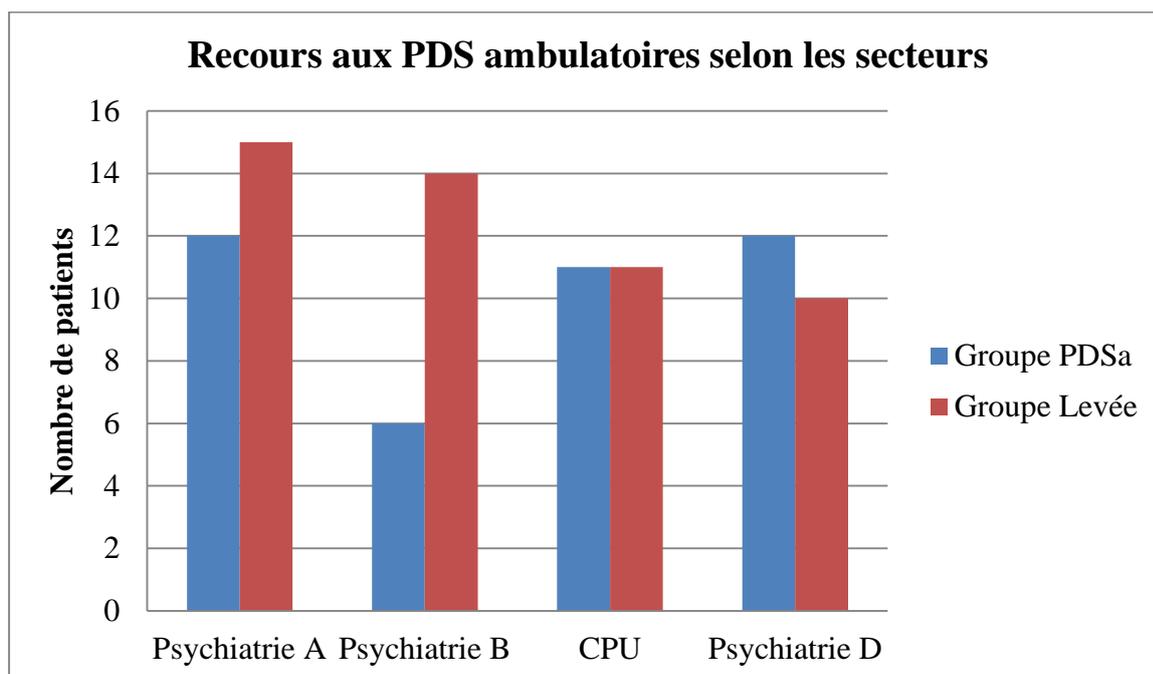
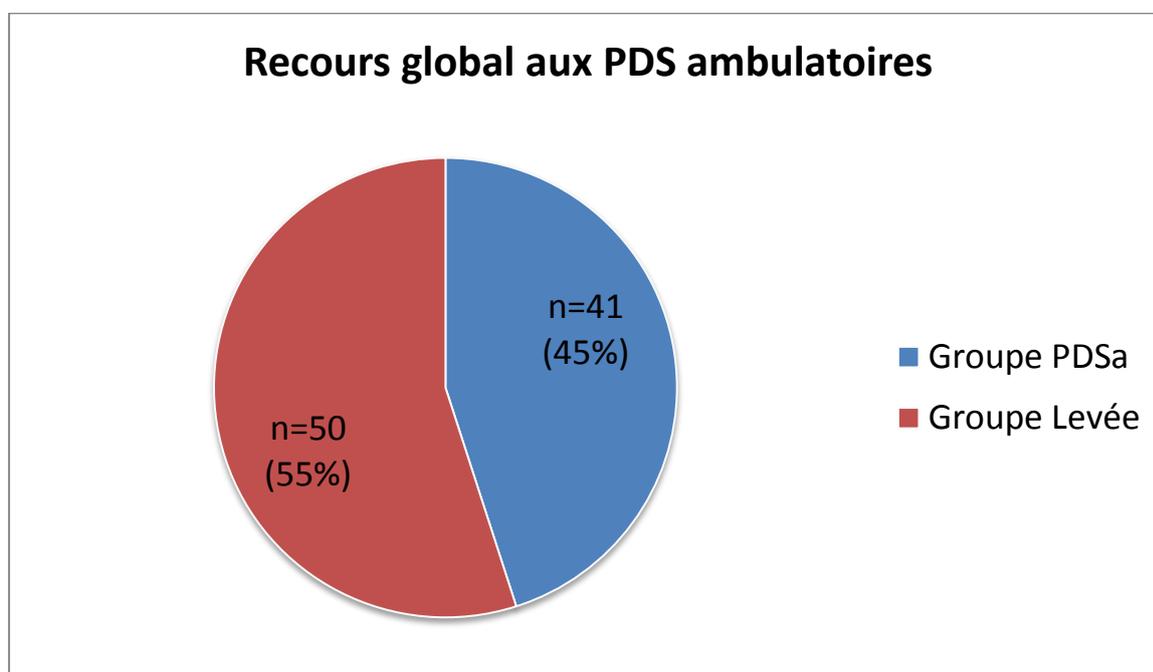
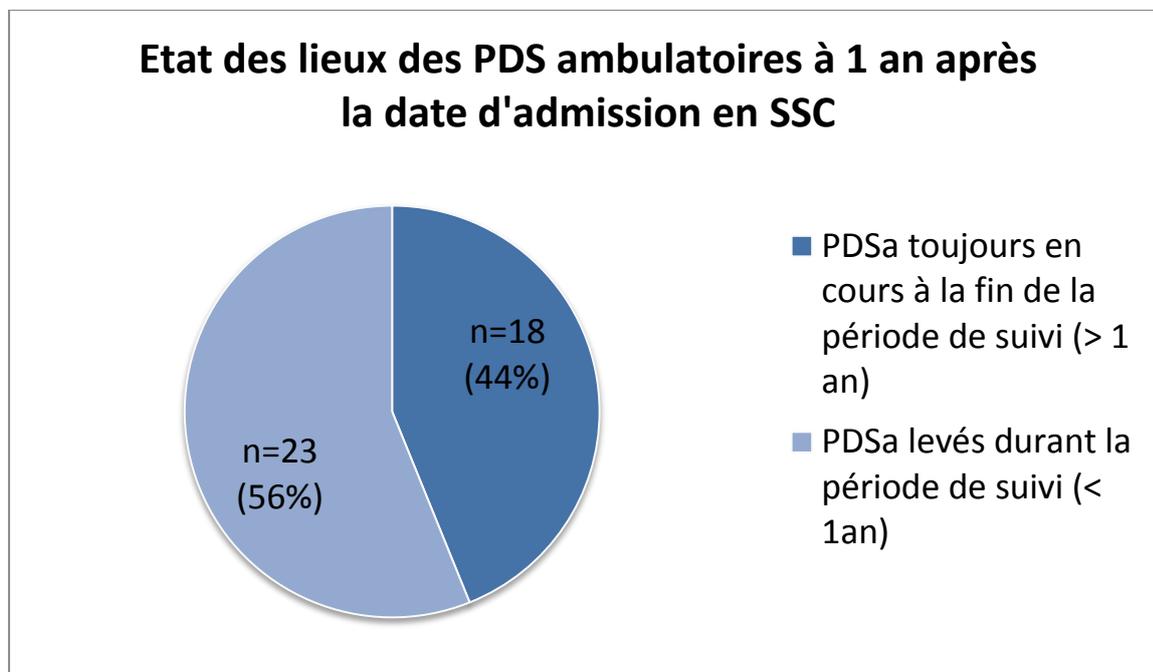


Figure 3 : Illustration du recours global aux PDS ambulatoires dans les secteurs du CHRU de Tours



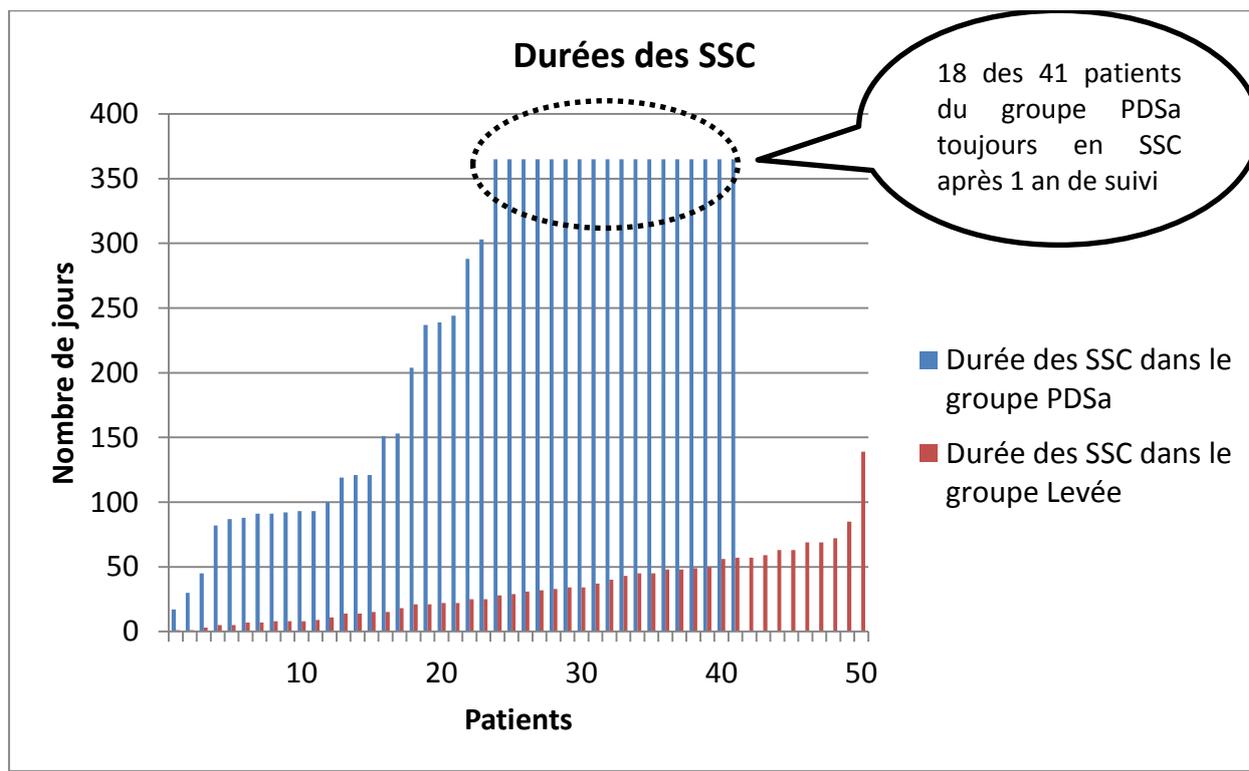
## b. Durée des soins sans consentement en ambulatoire

Figure 4 : Etat des lieux des PDSa (n=41) à la fin de la période d'observation (1 an après l'admission en SSC)



Parmi les 41 patients sortis d'hospitalisation en PDSa, 18 d'entre eux, soit 44 %, étaient toujours pris en charge sans leur consentement un an après leur date d'admission initiale en SSC dans une des unités sectorielles du CHRU de Tours.

Figure 5 : Illustration des durées des SSC par patient dans les groupe PDSa et Levée



La figure 5 présentée ci-dessus illustre la supériorité manifeste de la durée des SSC chez les patients sortis d'hospitalisation en PDSa (qui représentent des modalités thérapeutiques sur le long terme) par rapport aux patients dont la mesure est levée durant l'hospitalisation.

### 3. Critères de mise en place des programmes de soins ambulatoires

#### a. Caractéristiques socio démographiques

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques

	Groupe PDSa (n=41)	Groupe Levée (n=50)	Valeur statistique observée	p-value
<b>Age moyen (ans)</b>	40,8	42,2	T = -0,410	0,683
<b>Sexe</b>			$\chi^2 = 0,670$	0,413
Hommes	28 (68,3%)	30 (60%)		
Femmes	13 (31,7%)	20 (40%)		
<b>Statut marital</b> (NR = 0 en PDSa et 1 en SL)			F = 0,989	0,989
Célibataire	31 (75,6%)	34 (68%)		
Marié/Pacsé	5 (12,2%)	6 (12%)		
Concubinage	2 (4,9%)	4 (8%)		
Divorcé	2 (4,9%)	3 (6%)		
Veuf	1 (2,4%)	2 (4%)		
<b>Statut professionnel</b> (NR = 0 en PDSa et 2 en SL)			F = 0,393	0,393
Sans emploi	22 (53,7%)	20 (40%)		
Retraité	6 (14,6%)	7 (14%)		
En activité	5 (12,2%)	14 (28%)		
En invalidité	4 (9,8%)	4 (8%)		
Etudiant/Formation	4 (9,8%)	3 (6%)		
<b>Mode de vie</b> (NR = 0 en PDSa et 0 en SL)			F = 0,459	0,459
Vit seul	24 (58,5%)	22 (44%)		
Vit avec conjoint ou famille	15 (36,6%)	21 (42%)		
Foyer d'hébergement ou institution	1 (2,4%)	4 (8%)		
Autres	1 (2,4%)	1 (2%)		
Sans domicile fixe	0 (0%)	2 (4%)		
<b>Mesure de protection des biens</b> (NR = 0 en PDSa et 2 en SL)			F = 0,567	0,567
Aucune	36 (87,8%)	38 (72%)		
Curatelle	5 (12,2%)	7 (14%)		
Tutelle	0 (0%)	2 (4%)		
Sauvegarde de justice	0 (0%)	1 (2%)		
<b>Allocation Adultes Handicapés</b> (NR = 0 en PDSa et 0 en SL)	15 (36,6%)	12 (24%)	$\chi^2 = 1,710$	0,191

NR = Non Renseigné

### **Age**

Les mêmes profils d'âge ont été retrouvés dans les deux groupes d'étude avec des moyennes de 40,8 ans dans le groupe PDSa et 42,2 ans dans le groupe Levée ( $T = -0,410$  ;  $p = 0,683$ ).

### **Sexe**

La répartition des sexes montrait une proportion plus élevée d'hommes dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée avec des taux respectifs de 68,3 % et 60 %. Cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative ( $\chi^2 = 0,670$  ;  $p = 0,413$ ). Dans nos deux groupes d'étude, les femmes étaient minoritairement représentées avec des taux de 31,7 % dans le groupe PDSa contre 40 % dans le groupe Levée.

### **Statut marital**

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les deux groupes concernant le statut marital ( $F = 0,989$  ;  $p = 0,989$ ). La majorité des patients était célibataire, avec un taux supérieur dans le groupe PDSa : 75,6 % dans le groupe PDSa contre 68 % dans le groupe Levée. Les taux de patients mariés étaient superposables (12,2 % dans le groupe PDSa et 12 % dans le groupe Levée). Dans nos deux groupes, les taux de patients en concubinage, divorcés ou veufs étaient minoritaires.

### **Statut professionnel**

Statistiquement, il n'y avait pas de différence significative en terme de répartition des statuts professionnels entre les groupes PDSa et Levée ( $F = 0,393$  ;  $p = 0,393$ ). L'absence d'emploi prédominait dans les deux groupes mais était toutefois supérieur dans le groupe PDSa : 51,3 % dans le groupe PDSa et 40 % dans le groupe Levée. La proportion de retraités était quasiment identique avec 14,6 % dans le groupe PDSa et 14 % dans le groupe Levée. On dénombrait 9,8% de patients en invalidité professionnelle dans le groupe PDSa et 8 % dans le groupe Levée. Les étudiants représentaient 9,8 % du groupe PDSa et 6 % du groupe Levée.

### **Mode de vie**

Là encore, nous ne mettons pas en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes d'étude ( $F = 0,459$  ;  $p = 0,459$ ). La majeure partie des patients vivaient seuls, et cette caractéristique était davantage marquée dans le groupe PDSa ; 58,5 % des patients, contre 44 % dans le groupe Levée. Le second mode de vie le plus fréquemment rencontré dans les deux groupes était la vie avec le conjoint ou la famille (36,6 % dans le groupe PDSa et 42 % dans le groupe Levée). Les autres modes de vie (foyer d'hébergement, institution ou SDF) étaient minoritaires dans les deux groupes.

### **Mesure de protection des biens**

La majeure partie des patients ne bénéficiait pas de mesure de protection des biens, et cette proportion était plus élevée dans le groupe PDSa : 87,8 % contre 72 % dans le groupe Levée. Seulement 5 patients (12,2 %) du groupe PDSa étaient sous curatelle contre 7 patients (14 %) dans le groupe Levée. Aucun patient du groupe PDSa ne bénéficiait de tutelle ni de sauvegarde de justice contre respectivement 2 patients (4 %) et 1 patient (2 %) du groupe Levée.

La comparaison statistique ne montrait une nouvelle fois pas de différence significative ( $F = 0,567$  ;  $p = 0,567$ ).

### **Allocation Adultes Handicapés**

La proportion de patients bénéficiant de l'AAH était plus élevée dans le groupe PDSa (36,6 % contre 24 % dans le groupe Levée), mais cette différence n'était pas statistiquement significative ( $\chi^2 = 1,710$  ;  $p = 0,191$ ).

**Au total, il ressort que le groupe PDSa semble marqué par une proportion plus élevée d'hommes vivant dans des conditions socio démographiques plus précaires (plus de célibataires, sans emploi, vivant seuls et bénéficiant de l'AAH) que le groupe Levée.**

**Toutefois, ces constatations ne s'accompagnent pas de signification statistique.**

## b. Paramètres en lien avec l'hospitalisation

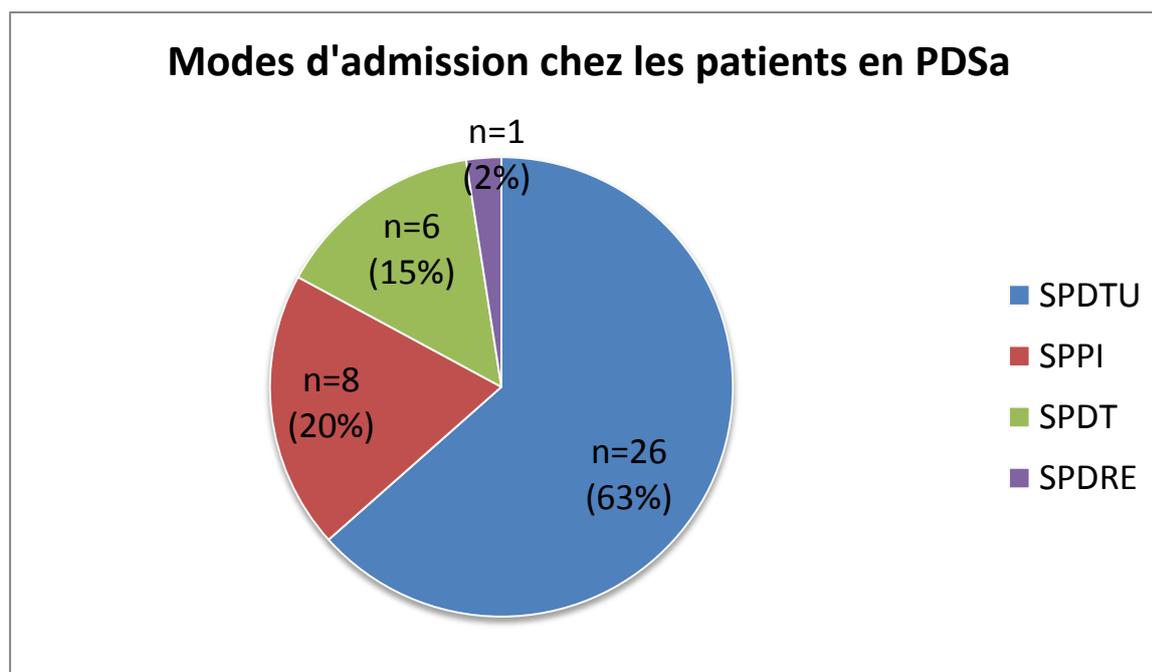
### Modes d'hospitalisation

Tableau 3 : Comparaison des modes d'hospitalisation

	Groupe PDSa (n=41)	Groupe Levée (n=50)	Valeur statistique observée	p-value
<b>Mode d'hospitalisation</b>			F = 0,143	0,143
SPDTU	26 (63,4%)	41 (82%)	$\chi^2 = 4,007$	<b>0,045</b>
SPPI	8 (19,5%)	6 (12%)	$\chi^2 = 0,977$	0,323
SPDT	6 (14,6%)	2 (4%)	F = 0,134	0,134
SPDRE	1 (2,4%)	1 (2%)	F = 1	1

*SPDTU = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence ; SPDT = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ; SPPI = Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent ; SPDRE = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat.*

Figure 6 : Illustration des proportions de chaque mode d'admission dans le groupe PDSa.



Dans nos deux groupes d'études, la quasi-totalité des hospitalisations s'effectuait en Soins sur Décision du Directeur d'Etablissement (SPDTU + SPDT + SPPI). Un seul patient était hospitalisé en SPDRE dans le groupe PDSa (2,4 %) comme dans le groupe Levée (2 %).

Si les admissions en SPDTU étaient les plus représentées dans nos deux populations, nous retrouvions un taux d'admission selon ce même mode significativement plus faible dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée ( $\chi^2 = 4,007$  ;  $p = 0,045$ ) avec des taux respectifs de 63,4 % et 82 %.

En revanche, les taux d'admission en SPPI et SPDT étaient plus élevés dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée. 19,5 % des patients étaient admis en SPPI et 14,6 % en SPDT dans le groupe PDSa, contre respectivement 12 % et 4 % dans le groupe Levée. Ces différences ne s'accompagnaient toutefois pas d'une significativité statistique ( $\chi^2 = 0,977$  ;  $p = 0,323$  pour les SPPI et  $F = 0,134$  ;  $p = 0,134$  pour les SPDT).

**Au total, le groupe PDSa semble marqué par une proportion plus élevée de SPPI et SPDT que dans le groupe Levée.**

**Bien que les PDSa soient majoritairement mis en place dans le cadre d'une mesure de SPDTU, cette mesure est significativement moins représentative que dans le groupe Levée.**

## Déroulé de l'hospitalisation

Tableau 4 : Comparaison des données concernant l'hospitalisation

	Groupe PDSa (n=41)	Groupe Levée (n=50)	Valeur statistique observée	p-value
<b>Intervalle de temps depuis la dernière hospitalisation</b> (NR = 0 en PDSa et 3 en SL)			F = 0,831	0,831
<i>&lt;1 mois</i>	6 (14,6%)	7 (14%)		
<i>1 à 3 mois</i>	3 (7,3%)	3 (6%)		
<i>3 à 6 mois</i>	6 (14,6%)	3 (6%)		
<i>6 mois à 1 an</i>	4 (9,8%)	4 (8%)		
<i>1 à 2 ans</i>	5 (12,2%)	3 (6%)		
<i>&gt;2ans</i>	11 (26,8%)	15 (30%)		
<b>Recours à la chambre d'isolement</b>	16 (39%)	16 (32%)	$\chi^2 = 0,488$	0,485
<b>Fugue(s)</b>	6 (14,6%)	10 (20%)	$\chi^2 = 0,448$	0,503
<b>Autorisation(s) de sortie</b>	36 (87,8%)	30 (60%)	$\chi^2 = 8,741$	<b>0,003</b>
<b>NAP à la sortie</b>	19 (46,3%)	12 (24%)	$\chi^2 = 5,006$	<b>0,025</b>

*NR = Non Renseigné ; NAP = Neuroleptique à Action Prolongée*

#### Intervalle de temps depuis la dernière hospitalisation

L'intervalle de temps depuis la dernière hospitalisation ne semble pas être un critère de décision de mise en place des PDSa. Comme présenté dans le tableau 4, nous ne mettons en évidence pas de différence entre les groupes PDSa et Levée en ce qui concerne ce paramètre ( $F = 0,831$  ;  $p = 0,831$ ).

#### Isolement

De la même façon, même si la proportion d'utilisation de la chambre d'isolement était légèrement plus élevée dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée (respectivement 39 % et 32 %), il ne semble pas que ce critère soit non plus décisif dans la mise en place des PDSa. En effet, d'un point de vue statistique, nous ne mettons pas en évidence de différence significative ( $\chi^2 = 0,488$  ;  $p = 0,485$ ).

#### Fugue(s)

Nous avons relevé une légère diminution des taux de fugues dans le groupe PDSa (14,6 %) par rapport au groupe Levée (20 %). Ce résultat n'avait cependant pas de significativité statistique ( $\chi^2 = 0,448$  ;  $p = 0,503$ ).

#### Autorisation(s) de sortie

La proportion d'autorisation(s) de sortie était significativement supérieure dans le groupe PDSa ( $\chi^2 = 8,741$  ;  $p = 0,003$ ). Nous constatons en effet 87,8 % de patients ayant bénéficié d'autorisation(s) de sortie durant leur hospitalisation dans le groupe PDSa contre 60 % dans le groupe Levée.

#### Neuroleptique à Action Prolongée

La prescription d'une NAP à la sortie d'hospitalisation était significativement plus élevée dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée ( $\chi^2 = 5,006$  ;  $p = 0,025$ ) avec respectivement 46,3 % et 24 % de patients concernés dans nos deux groupes d'étude.

**Au total, il ressort qu'il existe un lien entre mise en place d'un PDSa et réalisation d'autorisation(s) de sortie durant l'hospitalisation, ainsi que prescription d'une NAP à la sortie.**

## Durée d'hospitalisation

Figure 7 : Comparaison des durées d'hospitalisation

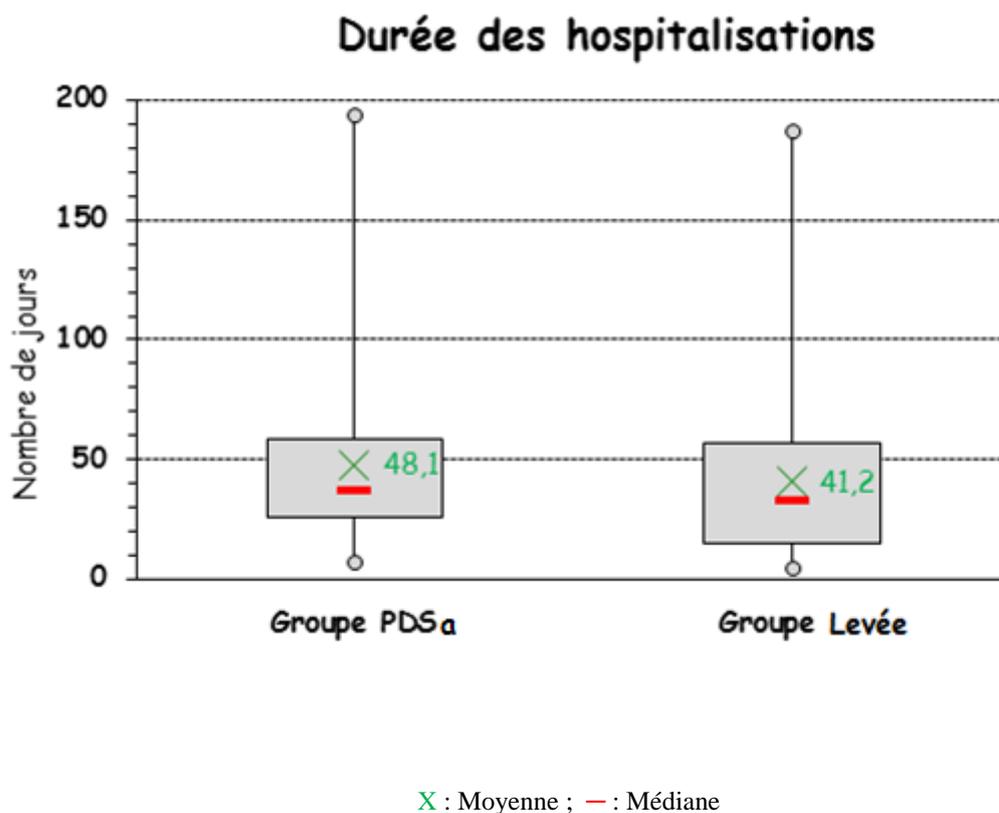


Tableau 5 : Comparaison des durées d'hospitalisation

	Min	Moyenne	Médiane	Quartile inférieur	Quartile supérieur	Max	Valeur statistique observée	p-value
<b>Groupe PDSa (jours)</b>	8,0	48,1	37,0	26,0	59,0	194,0	T = 0,925	0,358
<b>Groupe Levée (jours)</b>	5,0	41,2	33,0	15,0	57,0	187,0		

### Durée d'hospitalisation

Comme nous le présentons dans la figure 7 et le tableau 5, les durées moyenne et médiane d'hospitalisation à temps complet étaient plus élevées dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée. Les durées moyennes s'élevaient en effet respectivement à 48,1 jours et 41,2 jours, tandis que les durées médianes étaient respectivement de 37 et 33 jours.

La comparaison statistique de ces valeurs ne mettait cependant pas en évidence de différence significative ( $T = 0,925$  ;  $p = 0,358$ ).

**Au total, il semble que le groupe PDSa soit marqué par des durées d'hospitalisation plus élevées que dans le groupe Levée.**

**Toutefois, ce constat ne s'accompagne pas de signification statistique.**

## Diagnostic

**Tableau 6** : Comparaison des diagnostics principaux documentés dans les dossiers selon la CIM-10 (chapitre 05)

	Groupe PDSa (n=41)	Groupe Levée (n=50)	Valeur statistique observée	p-value
<b>F10-F19</b>	0 (0%)	1 (2%)	F = 1	1
<b>F20-F29</b>	27 (65,9%)	27 (54%)	$\chi^2 = 1,312$	0,252
<b>F30-F39</b>				
	<i>F30-F31</i> 11 (26,8%)	9 (18%)	$\chi^2 = 1,024$	0,312
	<i>F32</i> 0 (0%)	6 (12%)	F = 0,031	<b>0,031</b>
<b>F40-F48</b>	1 (2,4%)	3 (6%)	F = 0,624	0,624
<b>F60-F69</b>	1 (2,4%)	3 (6%)	F = 0,624	0,624
<b>Autres</b>	1 (2,4%)	1 (2%)	F = 1	1

*F10-F19* : Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ;

*F20-F29* : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ;

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

- *F30-F31* : Episode maniaque -Trouble affectif bipolaire ;
- *F32* : Episodes dépressifs ;

*F40-F48* : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ;

*F60-F69* : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

La comparaison des diagnostics principaux (selon la CIM-10) des patients des groupes PDSa et Levée montrait dans ces deux groupes une nette prédominance de troubles schizophréniques ou psychotiques ainsi que des troubles de l'humeur de type épisodes maniaques et troubles bipolaires. Ce constat était d'autant plus marqué dans le groupe PDSa (92,7 % des patients concernés par une des deux catégories diagnostiques suscitées). Nous retrouvions en effet les proportions diagnostiques suivantes :

- 65,9 % (27 patients) de *Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants* (F20-F29) dans le groupe PDSa contre 54 % (27 patients) dans le groupe Levée;
- Et 26,8 % (11 patients) de *Troubles de l'humeur de type Episode maniaque* (F30) et *Trouble affectif bipolaire* (F31) dans le groupe PDSa contre 18 % (9 patients) dans le groupe Levée.

Ces différences entre les groupes PDSa et Levée n'étaient pas statistiquement significatives (respectivement  $\chi^2 = 1,312$  ;  $p = 0,252$  et  $\chi^2 = 1,024$  ;  $p = 0,312$ ).

Les autres diagnostics principaux étaient minoritaires dans les deux groupes. Les taux de ces autres diagnostics étaient moins élevés dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée :

- Les *Troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives* (F10-F19) ne représentaient le diagnostic principal d'aucun patient du groupe PDSa et d'1 seul patient du groupe Levée (2 %).
- Les *Episodes dépressifs* (F32) ne représentaient le diagnostic principal d'aucun patient du groupe PDSa tandis qu'ils concernaient 6 patients (12 %) du groupe Levée. Cette différence était d'ailleurs caractérisée par une signification statistique ( $F = 0,031$  ;  $p = 0,031$ ).
- Les *Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes* (F40-F48) et les *Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte* (F60-F69) concernaient des proportions faibles et similaires dans les deux groupes étudiés, avec respectivement 1 patient (2,4 %) dans le groupe PDSa et 3 patients (6%) dans le groupe Levée. Les différences entre les deux groupes n'étaient pas statistiquement significatives ( $F = 0,624$  ;  $p = 0,624$ ).

**Au total, il ressort que la mise en place de PDSa concerne principalement les personnes souffrant des troubles psychiatriques les plus sévères (troubles schizophréniques ou psychotiques et troubles bipolaires). Toutefois, ces constatations ne s'accompagnent pas de signification statistique.**

**Si les épisodes dépressifs peuvent représenter les diagnostics principaux de certaines admissions en SSC, ils ne constituent pas un critère de mise en place de PDSa, voire même à l'inverse, un critère de « non mise en place » de PDSa.**

### c. Paramètres en lien avec les antécédents psychiatriques

Tableau 7: Comparaison des antécédents psychiatriques

	Groupe PDSa (n=41)	Groupe Levée (n=50)	Valeur statistique observée	p-value
<b>Suivi psychiatrique antérieur</b>	31 (75,6%)	39 (76%)	$\chi^2 = 0,073$	0,788
<i>Mauvaise observance du suivi thérapeutique ambulatoire</i>	30 / 31 (soit 96,8% des 31 patients suivis)	29 / 39 (soit 74,4% des 39 patients suivis)	F = 0,018	<b>0,018</b>
<b>Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie en SSC</b>	26 (63,4%)	21 (42%)	$\chi^2 = 4,137$	<b>0,042</b>
<b>Antécédent de PDS</b>	13 (31,7%)	7 (14%)	$\chi^2 = 4,112$	<b>0,042</b>
<b>Violence, hétéro-agressivité</b>	6 (14,6%)	6 (12%)	$\chi^2 = 0,137$	0,712
<b>Auto-agressivité, tentative de suicide</b>	11 (26,8%)	16 (32%)	$\chi^2 = 0,289$	0,591
<b>Comorbidités</b>				
Addiction	14 (34,1%)	22 (44%)	$\chi^2 = 0,915$	0,339
Trouble de personnalité	4 (9,8%)	11 (22%)	F = 0,159	0,159
<b>Passage aux urgences psychiatriques dans l'année</b>	24 (58,5%)	22 (44%)	$\chi^2 = 1,904$	0,168

### **Suivi psychiatrique antérieur**

Les proportions de suivi psychiatrique antérieur étaient superposables dans les deux groupes avec 75,6 % dans le groupe PDSa et 76 % dans le groupe Levée ( $\chi^2 = 0,073$  ;  $p = 0,788$ ).

En revanche la mauvaise observance de ce suivi psychiatrique ambulatoire était significativement plus élevée dans le groupe PDSa dans lequel elle concernait 96,8 % des patients suivis contre 74,4 % des patients du groupe Levée ( $F = 0,018$  ;  $p = 0,018$ ).

### **Antécédent d'hospitalisation en soins sans consentement**

Nous observons une proportion significativement plus élevée d'antécédent en psychiatrie en SSC dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée avec respectivement 63,4 % contre 42 % des patients ( $\chi^2 = 4,137$  ;  $p = 0,042$ ).

### **Antécédent de programme de soins**

Nous observons également une proportion significativement plus élevée d'antécédent de PDS dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée avec respectivement 31,7 % contre 14 % des patients concernés par cette mesure par le passé ( $\chi^2 = 4,112$  ;  $p = 0,042$ ).

### **Antécédent de violence, hétéro-agressivité**

Nous ne mettons pas en évidence de différence significative ( $\chi^2 = 0,137$  ;  $p = 0,712$ ) en terme d'antécédent documenté de violence ou d'hétéro-agressivité. Cela concernait 6 patients du groupe PDSa (14,6 %) et également 6 patients du groupe Levée (12 %).

### **Antécédent d'auto-agressivité, de tentative de suicide**

De même, nous ne mettons pas en évidence de différence significative ( $\chi^2 = 0,289$  ;  $p = 0,591$ ) en terme d'antécédent documenté d'auto-agressivité. Cela concernait 11 patients du groupe PDSa (26,8 %) et 16 patients du groupe Levée (32 %).

### **Comorbidités**

Nous retrouvons des taux de comorbidités psychiatriques plus faibles dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée, sans que cela ne soit statistiquement significatif :

- 34,1 % des patients souffraient d'une addiction à une substance psycho active dans le groupe PDSa contre 44 % dans le groupe Levée ( $\chi^2 = 0,915$  ;  $p = 0,339$ ) ;
- 9,8 % des patients avaient un trouble de la personnalité dans le groupe PDSa contre 22 % dans le groupe Levée ( $F = 0,159$  ;  $p = 0,159$ ).

### **Antécédent de passage aux urgences psychiatriques dans l'année précédant l'admission en soins sans consentement**

Davantage de patients du groupe PDSa (58,5 %) s'étaient présentés aux urgences psychiatriques dans l'année précédant leur hospitalisation par rapport aux patients du groupe Levée (44 %). Ce constat ne s'accompagnait toutefois pas d'une signification statistique ( $\chi^2 = 1,904$  ;  $p = 0,168$ ).

**Au total, il ressort qu'il existe un lien entre mise en place de PDSa et antécédent de mauvaise observance du suivi ambulatoire, antécédent d'hospitalisation complète en psychiatrie en SSC et antécédent de PDS.**

**Le fait que les patients aient été admis aux urgences psychiatriques dans l'année précédant l'hospitalisation pourrait également être un facteur de recours aux PDSa.**

#### 4. Efficacité des programmes de soins ambulatoires

##### a. Paramètres en lien avec l'évolution du suivi ambulatoire

Tableau 8 : Comparaison des suivis ambulatoires

	Groupe PDSa (n=41)	Groupe Levée (n=50)	Valeur statistique observée	p-value
<b>Activités ambulatoires programmées à la sortie d'hospitalisation</b>				
<i>Suivi IDE régulier (NR=1 Groupe PDSa et NR=5 Groupe Levée)</i>	11 (27,5%)	4 (8,9%)	F = 0,044	<b>0,044</b>
<i>CATTP, HDJ (NR=1 Groupe PDSa et NR=5 Groupe Levée)</i>	8 (20%)	6 (13,3%)	$\chi^2 = 0,684$	0,408
<b>Observance du suivi ambulatoire</b>				
<i>Observance des consultations médicales (NR=1 Groupe PDSa et NR=5 Groupe Levée)</i>	34 (85%)	18 (40%)	$\chi^2 = 18,055$	<b>&lt; 0,001</b>

NR = Non Renseigné ; IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

Les patients du groupe PDSa (85 %) honoraient significativement davantage ( $\chi^2 = 18,055$  ;  $p < 0,001$ ) les consultations médicales planifiées au CMP à la sortie de l'hospitalisation par rapport aux patients du groupe Levée (40 %).

Un suivi infirmier régulier (entretiens, VAD, délivrance du traitement) était significativement plus fréquemment planifié ( $F = 0,044$  ;  $p = 0,044$ ) pour les patients du groupe PDSa (27,5 %) que pour ceux du groupe Levée (8,9 %).

Il était également plus fréquemment planifié des activités ambulatoires de type CATTP / HDJ pour les patients du groupe PDSa (20 %) que pour les patients du groupe Levée (13,3 %). Cette donnée n'était toutefois pas significative d'un point de vue statistique ( $\chi^2 = 0,684$  ;  $p = 0,408$ ).

**Au total, il ressort qu'il existe un lien entre mise en place de PDSa et amélioration de l'observance du suivi ambulatoire. De plus nous mettons en évidence un lien entre mise en place des PDSa et augmentation de l'offre de soins proposés à la sortie d'hospitalisation.**

## b. Paramètres en lien avec les rechutes

Tableau 9 : Comparaison des taux et des durées moyennes de ré hospitalisations (délai d'un an après la date d'admission initiale)

	Groupe PDSa (n=41)	Groupe Levée (n=50)	Valeur statistique observée	p-value
<b>Nombre de patients ré-hospitalisés</b>	17 (41,5%)	24 (48%)	$\chi^2 = 0,389$	0,533
<b>Nombre moyen de ré-hospitalisation par patient</b>	0,78	1,02	T = -0,789	0,433
<b>Durée des ré-hospitalisations (jours)</b>			T = 1,670	0,104
<i>Moyenne</i>	45,2	23,4		
<i>Médiane</i>	25,5	14		
<b>Motif de ré-hospitalisation</b>				
<i>Nombre de patients réadmis en hospitalisations séquentielles</i>	1 (2,4%)	2 (4%)	F = 1	1
<i>Nombre de patients réadmis pour rechute</i>	17 (41,5%)	23 (46%)	$\chi^2 = 0,188$	0,664

### **Taux de ré-hospitalisation**

Le taux de ré-hospitalisation était plus faible dans le groupe PDSa, où il s'élevait à 41,5 % (17 patients), que dans le groupe Levée où il était de 48 % (24 patients). Ce constat ne s'accompagnait cependant pas d'une significativité statistique ( $\chi^2 = 0,389$  ;  $p = 0,533$ ).

### **Nombre moyen de ré-hospitalisation**

Le nombre moyen de ré-hospitalisation par patient était également inférieur dans le groupe PDSa (0,78) que dans le groupe Levée (1,02), mais là encore sans que ce résultat ne soit statistiquement significatif ( $T = -0,789$  ;  $p = 0,433$ ).

### **Durée des ré-hospitalisations**

La durée moyenne des ré-hospitalisations étaient en revanche supérieures dans le groupe PDSa où elle atteignait 45,2 jours (médiane = 25,5 jours). La durée moyenne des ré-hospitalisations était quant à elle de 23,4 jours dans le groupe Levée (médiane = 14 jours). Ce résultat n'était pas statistiquement significatif ( $T = 1,670$  ;  $p = 0,104$ ).

### **Motif des ré-hospitalisations**

Durant la période de suivi, les 17 patients du groupe PDSa ayant été ré-hospitalisés ont tous été réadmis au moins à une reprise en raison d'une rechute. 1 seul de ces 17 patients avait également été réadmis dans le cadre d'une hospitalisation programmée (séquentielle).

Dans le groupe Levée, 23 des 24 patients ayant été ré-hospitalisés ont été réadmis au moins une fois en raison d'une rechute. 2 de ces 24 patients ont été réadmis de façon programmée (hospitalisation séquentielle).

Nous ne mettons pas en évidence de lien entre mise en place d'un PDSa et motif des ré-hospitalisations ( $\chi^2 = 0,188$  ;  $p = 0,664$ ).

**Au total, il semble ressortir de notre étude que la mise en place de PDSa s'accompagne d'une légère réduction du taux et du nombre moyen de ré-hospitalisations. En revanche il semble exister une tendance à l'augmentation de la durée des ré-hospitalisations chez les patients en PDSa. Ces constats demandent toutefois à être confirmés puisqu'ils ne sont pas statistiquement significatifs.**

## **V. Discussion**

### **1. Place des programmes de soins ambulatoires au CHRU de Tours**

#### **a. Variabilité de recours aux programmes de soins ambulatoires**

Déjà dans son premier rapport de 2015 (2), M. Coldefy soulignait une utilisation variable des PDSa selon les territoires mais également une diffusion variable de ces pratiques auprès des professionnels et des établissements. A l'échelle nationale, 34 % des patients pris en charge sans leur consentement ont été suivis en PDSa en 2012 (soit 26 600) et 40 % en 2015 (soit 37 000 patients) (27). Dans les départements de l'Aude, de la Haute-Corse, de l'Eure, des Landes, de la Haute-Saône et de la Saône-et-Loire, moins de 10 % des patients pris en charge sans leur consentement ont été intégrés dans un PDSa. A l'inverse, dans l'Ain, la Manche, la Mayenne, la Meuse, l'Oise et les Hautes-Pyrénées, plus de 60 % des patients ont eu accès à ce type de soins.

Nos premiers résultats descriptifs confirment ces tendances au recours variable à cette mesure en fonction des professionnels au sein d'un même établissement. En effet, aux extrêmes, les taux de recours aux PDSa variaient de 30 % à 54,6 % en fonction des secteurs du CHRU de Tours.

De manière globale, le recours aux PDSa au CHRU de Tours se situe entre les pratiques extrêmes décrites par M. Coldefy (< 10 % et > 60 %) et paraît s'inscrire dans la moyenne nationale : 45,1 % à Tours contre, rappelons-le, 40 % en France. A. Lafossas retrouvait dans son travail de thèse de 2016 exactement la même proportion de 45 % de recours aux PDSa à Bordeaux (26).

Au vu de ces résultats et de la variabilité de l'utilisation des PDSa en fonction des praticiens, il nous paraîtrait intéressant dans un prochain travail de nous interroger sur les facteurs liés au processus décisionnel qui poussent les psychiatres à recourir, ou non, à cette modalité de soins. Nous pourrions pour cela élaborer un questionnaire à destination des praticiens qui reprendrait divers critères cliniques comme ceux décrits dans notre étude (facteurs sociodémographiques, antécédents, diagnostic, facteurs liés aux soins...), mais également des critères d'ordre éthique qui rentraient en compte dans la mise en place des PDSa (tenter de construire une alliance thérapeutique, une relation de soins ; donner un cadre contenant et protecteur au patient ; viser à terme son autonomie ; tenter de lui faire accepter sa maladie et la nécessité d'un traitement...).

## **b. Augmentation de la durée des soins sans consentement**

Comme nous l'avons vu, 44 % des patients sortis d'hospitalisation en PDSa au CHRU de Tours étaient toujours pris en charge sans leur consentement un an après leur date d'admission initiale. L'étude réalisée en Île-de-France par G. Vidon deux ans après la mise en place de la loi (12) estimait la durée moyenne de ces programmes, en fonction du mode légal, de 12 à 22 mois.

L'augmentation de la durée de la « contrainte » hors des murs de l'hôpital, avec les PDSa qui représentent des modalités thérapeutiques sur le long terme, fait mécaniquement augmenter le nombre de patients pris en charge sans leur consentement plus rapidement que l'augmentation de la file active suivie en psychiatrie (27). On parle, comme nous le décrivions en introduction, d'« effet-stock », le nombre de personnes concernées par des SSC se trouvant en effet automatiquement augmenté chaque année. Cette évolution pose à la fois des questions éthiques en termes de droits et de respect des libertés individuelles mais aussi en termes de réalité pratique de mise en œuvre, notamment en ce qui concernent les réintégrations.

Ce dernier constat amène deux autres interrogations. La première est celle de savoir si les soignants travaillant en psychiatrie ont réellement les moyens logistiques de suivre une population ambulatoire de malades dont le nombre grandit chaque année un peu plus, à une époque où les moyens attribués à la Santé se font de plus en plus pauvres ? La seconde, celle de savoir si la loi leur offre un cadre suffisamment clair pour leur permettre de faire respecter le PDSa ? La question singulière de la réintégration en hospitalisation complète en cas de non-respect du PDSa se pose notamment. En effet, il existe un vide juridique concernant les modalités des mises en œuvre de ces réhospitalisations. De plus, en quoi répondent-elles aux objectifs implicitement fixés par la loi, c'est-à-dire donner un cadre, sécuriser les soins, accompagner le patient ? Les réflexions qui gouvernent la décision pratique de réintégration sont dépendantes de ces enjeux (36).

## **2. Critères de mise en place des programmes de soins ambulatoires**

### **a. Caractéristiques socio démographiques**

Le profil des patients inclus dans notre étude et bénéficiant de PDSa est cohérent avec les données de la littérature (2,12,17), à savoir une très nette majorité d'hommes (68,3 %) avoisinant les 40 ans, dont les trois quarts sont célibataires, plus de la moitié vit seule, et dont seulement 12,2 % ont une activité professionnelle. Même si ces caractéristiques étaient plus marquées dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée, nous ne mettons pas en évidence de critères socio-démographiques statistiquement significatifs pour la mise en place de PDS ambulatoires chez les patients admis en SSC. A. Lafossas retrouvait des résultats similaires (26) mais son étude montrait quant à elle que l'âge des patients faisait partie des critères rentrant en compte dans la décision de mise en place d'un PDSa avec des patients significativement plus jeunes bénéficiant de PDSa (36 ans *vs* 45 ans ;  $p = 0,027$ ), ce qui ne ressortait pas dans notre étude (40,8 ans *vs* 42,2 ans ;  $p = 0,483$ ).

### **b. Paramètres en lien avec l'hospitalisation**

#### **Mode d'hospitalisation**

Selon notre analyse, le mode d'admission semble constituer un des critères de décision du recours aux PDSa. En effet, le taux de SPDTU était significativement plus faible dans le groupe PDSa que dans le groupe Levée (63,4% *vs* 82% ;  $p = 0,045$ ), alors que les taux de SPPI et SPDT y étaient plus élevés (respectivement 19,5 % *vs* 12 % et 14,6 % *vs* 4 %). Comme dans d'autres travaux, nous avons donc vu dans notre étude qu'à Tours, le SPDTU reste le mode de soins majoritaire de la population sortant en PDSa (26).

Par ailleurs, comme nous le retrouvions dans la littérature française, la majeure partie des patients de notre étude sortis en PDSa était initialement admise en SDDE (SPDT, SPDTU, SPPI) (17). Mais cette proportion de patients admis en SDDE était toutefois bien plus élevée dans notre travail, car nous n'avons relevé qu'un seul patient hospitalisé en SPDRE dans le groupe PDSa (2,4 %) alors que les proportions de SPDRE avoisinent davantage le quart de la population en PDSa dans d'autres études (26). Ce constat à l'échelle tourangelle est toutefois en accord avec l'étude menée par T. Houstin aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours (35). Ce dernier ne relevait en effet, sur un groupe de 66 patients hospitalisés en SSC depuis le service des urgences (du 01 janvier au 31 mars 2016), qu'un seul patient admis en SPDRE, soit 1,5 % seulement de l'ensemble des patients admis en SSC.

## Diagnostic

Chez tous les patients admis en SSC (groupe PDSa et groupe Levée), nous retrouvons une nette prédominance des troubles schizophréniques ou psychotiques ainsi que des troubles de l'humeur de type épisodes maniaques et troubles bipolaires. En accord avec les données de la littérature nationale et internationale, ce constat était d'autant plus marqué dans le groupe PDSa (92,7 % vs 72 %, des patients concernés par une des catégories diagnostiques suscitées). La mise en place de PDSa semble donc concerner principalement les personnes souffrant des troubles psychiatriques les plus sévères, même si contrairement à A. Lafossas (26), nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien significatif entre ces diagnostics et la décision du recours à un PDSa.

En revanche, les PDSa sont significativement moins fréquemment utilisés dans le cas de troubles dépressifs ( $p = 0,031$ ), la prise en charge sans consentement en établissement de santé de ces patients se limitant le plus souvent à l'épisode hospitalier. Le diagnostic principal d'épisode dépressif pourrait même à l'inverse constituer un critère de « non mise en place » de PDSa, puisque rappelons le, aucun patient du groupe PDSa ne se voyait attribué ce diagnostic, tandis qu'il concernait 6 patients (12 %) du groupe Levée. La surreprésentation des épisodes dépressifs chez les patients sortis en soins libres pourrait s'expliquer par une meilleure adhésion aux soins de cette population de patients une fois l'épisode aigu passé, avec donc une moins grande nécessité d'étayage et de mise en place d'un PDSa. Ce constat a également été mis en évidence par M. Coldefy (dans son premier rapport de 2015) et A. Lafossas (2,26).

La très faible représentation des troubles de la personnalité dans le groupe PDSa semble assez logique puisque le non-respect du suivi ambulatoire (fréquemment rencontré chez cette population de patients) conduirait à des réintégrations itératives. Or, nous savons que les va-et-vient incessants de ces patients (notamment les états limites) n'apportent que peu ou pas de bénéfices thérapeutiques. De même que les hospitalisations de longue durée, avec un risque élevé d'hospitalisme.

Les patients pour lesquels nous choisissons de proposer un PDSa sont à priori les cas les plus sévères, avec un rapport altéré à la réalité et un faible insight.

### **Déroulé de l'hospitalisation**

Les seuls éléments du déroulé de l'hospitalisation ayant un impact significatif sur l'instauration de PDSa sont la réalisation d'autorisation(s) de sortie durant l'hospitalisation (87 % vs 60 % ;  $p = 0,003$ ), ainsi que la prescription d'une NAP à la sortie (46,3 % vs 24 % ;  $p = 0,025$ ).

Ces constats paraissent logiques, notamment la mise en place d'une NAP, puisque comme nous l'avons décrit, les PDSa sont dans la grande majorité des cas destinés à des patients souffrant de troubles schizophréniques ou psychotiques ayant pour la plupart des antécédents d'inobservance thérapeutique. Les NAP sont en conséquence un outil indispensable pour favoriser l'observance thérapeutique et lutter contre les arrêts de traitement intempestifs.

Sur l'ensemble de notre population d'étude, l'instauration d'un PDSa à la sortie de l'hôpital ne semblait pas avoir de lien significatif avec la durée d'hospitalisation ( $p = 0,358$ ). Ceci était également le constat de notre collègue bordelaise (26). Il aurait pourtant été possible de supposer que le fait de mettre en place un PDSa permette de proposer une sortie plus rapide à des patients partiellement stabilisés cliniquement, mais qui auraient séjourné plus longtemps à l'hôpital en l'absence de cette modalité de soins. Mais d'un autre côté, si la mise en place de PDS concerne les patients souffrant des troubles psychiatriques les plus sévères pour lesquels l'obtention d'une rémission est parfois longue et périlleuse, il n'est pas non plus illogique d'observer dans notre étude (bien que ces résultats n'aient pas de significativité statistique,  $p = 0,358$ ) des durées moyennes d'hospitalisation un peu plus élevées dans le groupe PDSa (48,1 jours vs 41,2 jours).

### **c. Paramètres en lien avec les antécédents psychiatriques**

L'étude des antécédents psychiatriques nous a montré que les PDSa sont destinés aux patients ayant des antécédents d'hospitalisations multiples, notamment en SSC (63 % vs 42 % ;  $p = 0,042$ ), connus pour des ruptures thérapeutiques et donc une faible adhésion aux soins (96,6 % vs 74,4 % ;  $p = 0,018$ ) et une tendance à fréquenter plus fréquemment le service des urgences psychiatriques (58,5 % vs 44 % ;  $p = 0,168$ ). Ces éléments sont en accord avec les données de la littérature (12,17,26) et avec notre précédent constat concernant l'instauration des PDSa chez les patients souffrant des troubles psychiatriques les plus sévères (troubles psychotiques et bipolaires) et à l'insight faible. Nous avons également mis en évidence un lien entre le recours aux PDSa et le fait que les patients aient déjà été suivis selon cette modalité thérapeutique par le passé (31,7 % vs 14 % ;  $p = 0,042$ ).

Parmi les patients dont les données étaient renseignées, les comorbidités psychiatriques de type addictions et troubles de la personnalité n'avaient en revanche pas de lien avec la mise en place des PDSa. Ces comorbidités avaient même tendance à être plus faiblement représentées chez les patients sortis en PDSa que chez ceux sortis en soins libres (addictions : 34,1 % vs 44 % ; troubles de la personnalité :  $p = 0,339$ , et 9,8 % vs 22 % ;  $p = 0,159$ ). Les fréquences des comorbidités addictives et des troubles de la personnalité retrouvées dans notre étude chez les patients du groupe PDSa étaient cohérentes avec les chiffres retrouvés dans les autres travaux Français (12,17,26).

Le lien entre PDS et logique sécuritaire, que nous évoquions en introduction, ne semble pas si évident au vu de nos résultats, puisque parmi les patients admis en SSC dont les données étaient renseignées, les antécédents d'hétéro agressivité ne représentaient pas un critère de mise en place des PDSa (14,6 % vs 12 % ;  $p = 0,712$ ). Si A. Lafossas retrouvait quant à elle une majorité (74 %) de patients en PDSa ayant été considérés dangereux pour autrui à un moment de leur vie (26), nous ne faisons donc pas ce constat dans notre étude.

Par ailleurs, les antécédents de gestes auto agressifs ne constituaient pas non plus un critère de mise en place des PDSa, ce qui paraît cohérent avec nos premiers résultats montrant une absence d'utilisation des PDSa pour les épisodes dépressifs et les troubles de la personnalité.

### **3. Efficacité des programmes de soins ambulatoires**

#### **a. Offre de soins et observance du suivi ambulatoire**

A leur sortie, les patients intégrés à un PDSa bénéficient d'un suivi ambulatoire renforcé. Comme nous l'avons vu, les patients sortis en PDSa ont des taux programmés de suivi environ deux à trois fois supérieurs à ceux observés pour les patients hospitalisés en SSC mais sortis en soins libres (soins à domicile, entretiens infirmiers, délivrance du traitement : 27,5 % vs 8,9 % ;  $p = 0,044$  ; et CATTP / HDJ : 20 % vs 13,3 % ;  $p = 0,408$ ). Cet accès plus important aux différentes modalités de soins pour les patients en PDSa est en accord avec les données nationales décrites par M. Coldefy dans son rapport de février 2017 (27).

L'observance du suivi médical ambulatoire est également améliorée par la mise en place de PDSa avec notamment, comme nous l'avons décrit, un taux d'observance renseigné des consultations plus de deux fois supérieur chez les patients en PDSa (85 % vs 40% ;  $p < 0,001$ ).

Enfin, les soignants de leur côté semblent quant à eux voir les PDSa comme un étayage complémentaire, permettant l'établissement d'une relation de confiance, propice à l'émergence d'une alliance thérapeutique (26).

### **b. Rechutes**

Nous venons donc de voir que l'offre de soins à destination des patients en PDSa s'accompagne d'une plus grande intensité de ces soins mesurée en taux d'observance du suivi ambulatoire. Cette intensité des soins s'observe également pour les prises en charge hospitalière à temps complet.

En effet, dans notre étude les réintégrations des patients en PDSa sont à l'origine d'hospitalisations ayant tendance à être plus longues en moyenne (45,2 jours) que les hospitalisations contraintes « de novo » c'est-à-dire non précédées de SSC en ambulatoire (23,4 jours). Ceci confirme les constatations faites au niveau national par M. Coldefy (27) qui décrit également un temps d'hospitalisation « contraint » supérieur à celui des personnes hors PDS.

En plus de cette tendance à l'augmentation des durées de ré-hospitalisation, la mise en place de PDSa ne s'accompagne pas dans notre étude d'une réduction du risque de ré-hospitalisation. Même si les taux et nombres moyens de ré-hospitalisations étaient légèrement réduits chez les patients en PDSa (respectivement 41,5 % vs 48 % et 0,78 vs 1,02), ces résultats étaient loin d'être significatifs (respectivement  $p = 0,533$  et  $p = 0,433$ ).

En améliorant le suivi ambulatoire, nous pouvions pourtant nous attendre à ce que les PDSa limitent le recours à l'hospitalisation. M. Coldefy s'interrogeait si ces ré-hospitalisations constituaient une composante des PDSa (hospitalisations séquentielles) justifiée par le niveau de sévérité des troubles, ou si elles correspondaient à des rechutes ou réintégrations en hospitalisation suite à son non-respect. Mais dans notre étude, les motifs de ré-hospitalisations renseignés ne montrent pas de différence significative, s'agissant des hospitalisations programmées (2,4 % vs 4 % ;  $p = 1$ ) ou des rechutes (41,5 % vs 46 % ;  $p = 0,664$ ), que les patients soient sortis en PDSa ou en soins libres

Ceci confirme les données internationales retrouvées par les trois essais contrôlés randomisés recensés à ce jour et que nous décrivions en introduction (étude OCTET et les deux précédents essais contrôlés randomisés américains) à savoir : aucune différence significative entre les proportions de ré-hospitalisations, ni dans la durée écoulée depuis la sortie jusqu'à la

réadmission, ni dans la durée totale d'hospitalisation entre les patients sortis en PDSa et les patients sortis en soins libres. L'étude OCTET concluait que les PDSa ne remplissaient pas leur mission principale de réduction des rechutes et des ré-hospitalisations, et questionnait l'utilisation de cette nouvelle modalité de soins.

H. K'ourio propose une autre vision que cette forme d'échec des PDSa qui ne permettraient pas d'atténuer la sévérité d'un épisode ultérieur ni de réduire les coûts de la santé mentale (36). Selon l'auteur, il s'agit là d'une analyse partielle et biaisée de la situation. Un patient mis en PDSa est a priori plus sévèrement malade et a une moins bonne conscience de l'intérêt des soins. H. K'ourio argumente que l'hospitalisation, loin d'être une perspective réjouissante, n'est pas un échec en soi, mais peut être envisagée comme une mobilisation pour l'amélioration d'un état de santé et non une « punition » en réponse à un contrat non honoré, comme un soin et non un échec du soin. Mobilisation de l'équipe soignante qui peut être à l'origine de la réintégration des patients, mais également mobilisation des patients eux-mêmes qui peuvent tout aussi bien être à l'initiative de leur propre réintégration. Les démarches pour reprendre les soins sont alors simplifiées et le lien, régulièrement mis à mal dans les maladies sévères concernées par le PDSa, est encouragé. H. K'ourio défend que le PDSa, au-delà de son aspect « coercitif », peut être contenant et protecteur et peut permettre d'établir une relation de confiance et de démontrer la fidélité de l'équipe de soins après la contrainte.

Un autre point important à souligner réside dans le fait que le maintien de la mesure de SSC sous forme de PDSa peut aussi rassurer l'entourage des patients, trop souvent culpabilisés par les demandes formulées de tiers, et leur permettre une autre forme d'interaction et d'accompagnement de leur proche. Cette mesure permet aux familles d'être moins dans l'opposition avec leur parent malade au quotidien, car elles ont une forme d'assurance que les soignants « veillent et surveillent ».

#### **4. Limites de l'étude**

La première limite de notre travail réside dans la période de suivi réduite à une année après la date d'admission initiale. Comme suggéré par M-S. Swartz et J-W. Swanson (37), il est légitime de penser qu'un PDSa bien suivi et surtout étendu dans le temps, pourra davantage se montrer efficace que d'autres programmes plus courts ou plus « légers », en termes de prise en charge. Il y aurait donc un intérêt à prolonger notre période de suivi afin d'obtenir des résultats plus représentatifs de l'efficacité des PDSa à plus long terme.

Deuxièmement, comme toute étude mono centrique, la représentativité de nos résultats à une échelle nationale pourrait être discutée puisqu'ils sont conditionnés par des spécificités intrinsèques au lieu de l'étude.

De même, si toute étude rétrospective comme la nôtre a l'avantage de faciliter le recueil des données, certaines informations incomplètes ou inexistantes n'étaient pas renseignées et non récupérables.

## **5. Perspectives**

Les données de la littérature ayant évalué l'impact des PDSa à l'étranger concluent à l'absence de résultats significatifs en ce qui concerne la réduction des rechutes et du recours à l'hospitalisation, l'utilisation des services de santé et de façon plus globale, en termes de bénéfice pour la personne.

En France, les données pour analyser l'efficacité des PDSa sont encore limitées. Pour affirmer la position thérapeutique de cette modalité de soins, des précisions devront être apportées en termes d'efficacité, en complétant les données actuelles par davantage d'études de bon niveau, notamment des essais contrôlés randomisés, afin d'évaluer le bénéfice des PDSa en termes de réduction de l'hospitalisation, d'observance du traitement, mais aussi et surtout en termes d'amélioration de l'état de santé, de degré de rétablissement et de qualité de vie des personnes, ainsi qu'en termes de satisfaction (27).

Concernant ce dernier point, rares sont les travaux ayant évalué la perception des PDSa par les personnes les ayant expérimentés. Pourtant, comme nous l'avons vu, l'extension des SSC en dehors de l'hôpital, parfois pour des durées longues, soulève des enjeux éthiques considérables. Il paraît donc indispensable de poursuivre les études permettant de connaître le point de vue des personnes directement concernées, d'autant plus dans le contexte actuel d'évolution recommandée des relations entre médecins et patients, vers une autonomisation et une plus grande participation de ces derniers aux choix de leurs traitements.

## VI. Conclusion

La loi du 30 juin 1838 a introduit la notion de SSC en psychiatrie. Ce texte ne sera modifié que le 27 juin 1990 par la loi Evin, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux : cette loi renforce le droit des malades soulignant le principe que l'hospitalisation libre doit demeurer la règle et que l'hospitalisation sans consentement constitue quant à elle une exception. La loi du 5 juillet 2011, qui réforme celle de 1990, a été rédigée dans un contexte ambigu après l'émergence de deux courants de pensée : le premier dit « libertaire », qui défend le renforcement des droits des malades mentaux, et le second plus « sécuritaire », en lien avec la stigmatisation de ces derniers et avec la volonté de renforcer la sécurité de la société face aux risques présentés par ces patients. La loi du 5 juillet 2011 instaure une nouvelle modalité de soin : les soins ambulatoires sans consentement, sous la forme de PDS.

Notre revue de littérature internationale concluait qu'aucune preuve réelle d'efficacité de ce type de soins n'avait été montrée par rapport aux soins ambulatoires libres en termes de rechute. En France, le nombre d'études sur les PDSa était limité à seulement quelques travaux. Un rapport d'information publié en février 2017 par la mission d'évaluation sur les SSC de l'Assemblée Nationale, préconisait une enquête exhaustive portant sur le recours aux PDSa et l'efficacité de cette prise en charge. L'objectif de notre travail était de répondre à ces recommandations, à l'échelle du CHRU de Tours.

Si aucun critère n'encadre pour l'instant de façon précise la mise en place des PDS ambulatoires, certains critères de recours à cette modalité de soins ressortent de notre travail : le mode légal d'admission, la réalisation d'autorisation(s) de sortie durant le séjour et la prescription d'une NAP à la sortie, le diagnostic de troubles psychotiques et bipolaires, ainsi que les antécédents d'hospitalisation en SSC, de PDSa, et d'inobservance du suivi thérapeutique. En termes d'efficacité, nous avons mis en évidence qu'à leur sortie, les patients intégrés en PDSa ont une prise en charge ambulatoire renforcée et une meilleure observance de leur suivi. En revanche, il semblait ressortir que les PDSa n'apportent pas de bénéfice au patient en termes de rechutes, c'est-à-dire de ré-hospitalisations et de durée d'hospitalisation.

La généralisation de ce type de travail sur l'ensemble du territoire, comme le recommandent les députés D. Jacquat et D. Robiliard, permettrait de déboucher sur une analyse représentative du recours et de l'efficacité des PDSa et éventuellement sur des règles de bonne pratique, voire sur une conférence de consensus qui permettrait d'optimiser l'utilisation de cette méthode de soins.

## VII. Bibliographie

1. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel de la République française du 5 mars 2002.
2. Coldefy M, Tartour T, Nestrige C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. IRDES, Questions d'économie de la santé. 2015;(205):1-8.
3. Jonas C, Vaiva G, Pignon B. Sémiologie du consentement. EMC Psychiatr. 2015;12(3):1-11 [Article 37-901-A-70].
4. Massé G, Zwingenberger M. Les sorties d'essai : évolution et perspectives. Inf Psychiatr. 2006;82(6):481-93.
5. République française. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal officiel de la République française du 29 septembre 2013.
6. République française. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal officiel de la République française du 6 juillet 2011.
7. Lagarde V, Msellati A. Les effets du programme de soin sur le processus thérapeutique. Inf Psychiatr. 2017;93(5):381-6.
8. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 «relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge». Ann méd psychol. 2012;170:211-5.
9. République française. Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Article 2. Journal officiel de la République française du 19 juillet 2011.
10. République française. Article R3211-1. Code de la santé publique.
11. Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. EMC Psychiatr. 2014;11(4):1-16 [Article 37-901-A-15].
12. Vidon G, Hardy-Baylé M-C, Younès N. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. Inf Psychiatr. 2015; 91(7):602-7.
13. République française. Article L3211-2-1. Code de la santé publique.
14. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. Ann méd psychol. 2014;172(9):766-71.

15. Senon J-L. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *Inf psychiatr.* 2005;81(7):627-34.
16. Le texte officiel du discours présidentiel. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. *J. Fr. Psychiatr.* 2010;3(38):25-7.
17. Jolivet L. *Le programme de soin, une nouvelle perspective du soin en psychiatrie: outil juridique ? : Outil thérapeutique ?* [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2015.
18. Theron S. De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration de soins ambulatoires sans consentement. *Rev. droit sanit. soc.* 2010;6:1088-101.
19. De Guerry M, Viateau J. Soins ambulatoires sans consentement, paroles de familles de l'Unafam. *Ann méd psychol.* 2018;176(4):418-20.
20. Geyer S. Le programme de soin : de la dépendance à l'autonomie ? *Cliniques.* 2014;2(8):106-21.
21. Panfili J-M. Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement : un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique. *Vie sociale et traitements.* 2013;2(118):104-9.
22. Jonas C. L'hospitalisation sans consentement des malades mentaux décidément sous l'œil du Conseil constitutionnel (Commentaire de la décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012). *Médecine & Droit.* 2012;2012(117):179-81.
23. Guibet-Lafaye C. Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *Inf Psychiatr.* 2014;90(7):575-82.
24. Alamowitch N. Les programmes de soins ambulatoires contraints dans le cadre de la loi de 2011, modifiée. Point de vue de la direction. *Ann méd psychol.* 2018;176(4):416-7.
25. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 [En ligne]. [Consulté le 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-235-.105519.html>
26. Lafossas A. *Le programme de soins: étude des pratiques dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte du centre Hospitalier Charles Perrens.* [Thèse d'exercice]. Bordeaux: UFR des Sciences Médicales; 2016.
27. Coldefy M, Lapalus D, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *IRDES, Questions d'économie de la santé.* 2017;(22):1-8.
28. Burns T, Rugkåsa J, Yeeles K, Catty J. Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care. *Programme Grants Appl Res* 2016;4(21).

29. Castells-Aulet L, Hernández-Viadel M, Jiménez-Martos J, Cañete-Nicolás C, Bellido-Rodríguez C, Calabuig-Crespo R, et al. Impact of involuntary out-patient commitment on reducing hospital services: 2-year follow-up. *Psychiatri. bull.* 2015;39(4):196-9.
30. Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(4):651-63.
31. Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. Coercion and compulsion in community mental health care. *Br. med. bull.* 2010;95(1):105-19.
32. Burns T, Molodynski A. Community treatment orders: background and implications of the OCTET trial. *Psychiatri. bull.* 2014;38(1):3-5.
33. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, Voysey M, Sinclair J, Priebe S. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;381(9878):1627-33.
34. Robiliard D, Jacquat D. N° 4486 - Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [En ligne]. Assemblée Nationale; 2017 [Consulté le 1 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>
35. Houstin T. *Impact de la création d'un centre psychiatrique d'accueil et de crise aux urgences générales du CHRU de Tours sur la prise en charge globale des patients.* [Thèse d'exercice]. Tours: Université François Rabelais; 2018.
36. K'ourio H, Trebalag A-K, Gay O, Gourevitch R. Les réintégrations en urgence lors de programme de soins : à propos d'une étude descriptive. *Ann méd psychol.* 2018;176(4):410-5.
37. Swartz M-S, Swanson J-W. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what's in the data? *The Canadian journal of psychiatry.* 2004;49(9):585-91.

**Vu, le Directeur de Thèse**  
Dr J.PALMA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Palma', is written over a set of horizontal lines. The signature is stylized and cursive.

**Vu, le Doyen**  
**De la Faculté de Médecine de Tours**  
**Tours, le**

## **RAMUS-HOUSTIN Malgorzata**

70 Pages – 9 Tableaux – 7 Figures

### **Résumé :**

**Introduction :** La loi du 5 juillet 2011 a introduit une nouvelle modalité de soins sans consentement (SSC) : les programmes de soins ambulatoires (PDSa). Le rapport d'information de la mission d'évaluation sur les SSC de l'Assemblée Nationale préconise une enquête exhaustive portant sur le recours et l'efficacité des PDS. L'objectif de notre travail était de répondre à ces recommandations, à l'échelle du CHRU de Tours.

**Méthodes :** Après une revue de la littérature, nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, comparative et monocentrique. Les critères d'inclusion étaient : tous les patients majeurs, admis entre le 01/01/2017 et le 30/04/2017 en SSC dans une des unités psychiatriques du CHRU de Tours. Après avoir décrit la place des PDSa, nous avons comparé les données socio démographiques et cliniques d'un premier groupe de 41 patients sortis d'hospitalisation en PDSa (*groupe PDSa*), avec celles d'un deuxième groupe de 50 patients sortis en soins libres (*groupe Levée*) pour tenter de définir des critères de mise en place des PDSa. Pour évaluer l'efficacité de cette mesure, nous avons ensuite comparé les données relatives au devenir de ces deux groupes un an après l'admission.

**Résultats :** Le taux global de recours aux PDSa était de 45,1%. Les critères de recours étaient : le mode d'admission, avec un taux de SPDTU significativement plus faible et des taux de SPPI et SPDT plus élevés dans le *groupe PDSa* ; la réalisation d'autorisation(s) de sortie durant l'hospitalisation ; la prescription d'un neuroleptique retard à la sortie ; le diagnostic, avec une surreprésentation des troubles psychotiques et bipolaires ; les antécédents de PDSa, d'hospitalisation(s) en SSC, et d'observance du suivi ambulatoire. Dans le *groupe PDSa*, l'observance du suivi médical ambulatoire était meilleure, ainsi que l'offre de soins proposée à la sortie d'hospitalisation. En revanche, les patients en PDSa n'étaient pas significativement moins ré-hospitalisés, et leurs durées moyennes de séjour lors des retours à l'hôpital étaient plus longues que celles des autres patients.

**Conclusion :** En répondant à de récentes recommandations parlementaires, ce travail participe à la documentation nationale du recours aux PDS et à l'évaluation de son efficacité. Il met en évidence des critères de mise en place de cette nouvelle modalité thérapeutique mais souligne aussi que son bénéfice, en termes de réduction des rechutes, reste à démontrer.

**Mots clés :** psychiatrie, loi du 5 juillet 2011, contrainte, programme de soins, soins sans consentement, soins ambulatoires.

### **Jury :**

Président du Jury :  
Directeur de thèse :  
Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON  
Docteur Joëlle PALMA  
Professeur Vincent CAMUS  
Professeur Jean-Louis SENON

**Date de soutenance :** Lundi 3 septembre 2018