



Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS), pour la recherche et la formation en santé mentale, EPSM Lille-Métropole
45 rue du Maréchal Lyautey, Résidence Europe– 59370 Mons en Baroeul
Tél : 03.20.43.71.00 fax : 03.20.96.32.10
e-mail : ccoms@epsm-lille-metropole.fr

Protocole d'étude

Enquête sur les hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur

En collaboration avec :



La fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale
(F2RSM)
3 rue Malpart, 59000 Lille



L'Association pour l'Évaluation et la Formation Continue
des Psychiatres (AEFCP)
81 rue Cazeaux-Cazalet, 33410 Cadillac-sur-Garonne



L'Association nationale pour la clinique, la recherche
et l'enseignement en psychiatrie (ANCRE PSY)
1 rue Cabanis Paris 14ème

PROMOTEUR

Le **CCOMS EPSM Lille-Métropole**, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale Lille-Métropole

Avec le soutien de : **F2RSM**, Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale, **ANCRE PSY**, Association Nationale pour la Clinique, la Recherche et l'Enseignement en Psychiatrie et l'**AEFCP**, Association pour l'Evaluation et la Formation Continue des Psychiatres.

RESPONSABLES SCIENTIFIQUES

ROELANDT Jean-Luc - Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service EPSM Lille-Métropole, Directeur du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

BRUN ROUSSEAU Hélène - Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac – Membre de l'ACFCP

CAROLI François - Psychiatre des Hôpitaux, CH Sainte-Anne, Paris – Président de l'ANCRE PSY

RESPONSABLES EPP

BAUCHERON Jean Pierre - Psychiatre des Hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille

BONNAN Paul - Psychiatre des Hôpitaux, Membre de l'ACFCP

DAOUD Véronique – Psychiatre des Hôpitaux, DIM, Ville Evrard, Neuilly-Sur-Marne

DEFROMONT Laurent - Psychiatre des Hôpitaux et Responsable du DIRM de l'EPSM Lille-Métropole

THALASSINOS Muriel, psychiatre des hôpitaux, Nanterre

TRIANAFYLLOU Michel - Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre

COORDINATEURS REGIONAUX

NORD PAS DE CALAIS :

DANEL Thierry - Praticien hospitalier, CHRU de Lille et Directeur du GIP Nord-Pas-De-Calais (F2RSM)

DEFROMONT Laurent - Psychiatre des Hôpitaux et Responsable du DIRM de l'EPSM Lille-Métropole

IVANEZ Frédéric – Praticien hospitalier, Tourcoing, EPSM Lille-Métropole

THEVENON GIGNAC Catherine - Psychiatre et Chef de Service, Tourcoing, EPSM Lille-Métropole

PACA :

BAUCHERON Jean Pierre - Psychiatre des Hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille

AQUITAINE :

BRUN ROUSSEAU Hélène - Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac (AAPIMEP)

ILE DE FRANCE :

CORNIC Françoise – Psychiatre, CH Sainte Anne, Paris

DAOUD Véronique – Psychiatre des Hôpitaux, DIM, Ville Evrard, Neuilly-Sur-Marne

TRIANAFYLLOU Michel - Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre

VELPRY Livia, Sociologue, Chargée études, DIM Ville Evrard, Neuilly Sur Marne

DEVELOPPEMENT, SUIVI ET MONITORING DE L'ETUDE

TASSONE - MONCHICOURT Christelle - Psychologue, Chargée de Mission, CCOMS, Lille

COMITE METHODOLOGIQUE

CARIA Aude - Responsable méthodologique, CCOMS Lille - Centre hospitalier Sainte Anne, Paris

CARPENTIER Véronique - Technicienne de l'information médicale au DIRM, EPSM Lille-Métropole

CHABAUX Francis - DIM, Poitiers

DUHAMEL Alain - Enseignant Université Lille 2, partenaire de la F2RSM

LEROUX Isabelle - DREES, Ministère de la santé

PORTEAU Christian - Technicien informatique au DIRM, EPSM Lille-Métropole

RHENTER Pauline - Politologue, chargée de mission CCOMS, Lille

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE PILOTAGE

ALEZRAH Charles–Président de CME, Psychiatre des Hôpitaux, Thuir BAUCHERON Jean Pierre – Psychiatre des Hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille

BRUN ROUSSEAU Hélène – Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac
CAROLI François – Psychiatre des Hôpitaux, CH Sainte-Anne, Paris
CHOMETTE Eric – Praticien hospitalier de santé publique, DIM Sainte Anne, Paris
COLDEFY Magali – Chargée d’étude à l’IRDEES
CORNIC Françoise – Psychiatre des Hôpitaux, CH Sainte-Anne, Paris
DANEL Thierry - Praticien hospitalier, CHRU de Lille et Président du GIP Nord-Pas-De-Calais (F2RSM)
DAOUD Véronique – Psychiatre des Hôpitaux, DIM, Ville Evrard, Neuilly-Sur-Marne
DEFROMONT Laurent - Psychiatre des Hôpitaux et Responsable du DIRM de l’EPSM Lille-Métropole
IVANEZ Frédéric – Praticien hospitalier, Tourcoing, EPSM Lille-Métropole
ELGHOZI Laurent – Praticien hospitalier, Président de l’association élus santé publique et territoire, Nanterre
ESCAIG Bertrand – Vice président de l’UNAFAM
ETHUIN Claude – Président de Nord mentalités FNAPSY
FINKELSTEIN Claude – Présidente de la FNAPSY
LAJUGIE Christine – Psychiatre des hôpitaux, Arment  res
ROELANDT Jean-Luc - Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service EPSM Lille-Métropole, Directeur du Centre collaborateur de l’OMS
pour la recherche et la formation en santé mentale
SENON Jean Louis – Psychiatre PU-PH, Poitiers
TASSONE - MONCHICOURT Christelle – Psychologue, Chargée de Mission, CCOMS, Lille
THALASSINOS Muriel – Psychiatre des hôpitaux, Nanterre
THEVENON GIGNAC Catherine - Psychiatre et Chef de Service, Tourcoing
THOMAS Pierre – Psychiatre, Professeur CHRU de Lille
TORRES Dolores – Psychiatre des hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille
TRIANAFYLLOU Michel – Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre
VELPRY Livia – Sociologue, Chargée   tudes, DIM Ville Evrard, Neuilly Sur Marne
ZAGURY Daniel – Psychiatre des Hôpitaux, expert judiciaire, Ville Evrard, Bondy

SOMMAIRE

- 1. Etat de la question et objectifs de la recherche**
- 2. Population concernée**
- 3. Méthode d'observation ou d'investigation retenue**
- 4. Origine et nature des données nominatives recueillies**
- 5. Mode de circulation des données**
- 6. Durée et modalités d'organisation de la recherche**
- 7. Méthode d'analyse des données**
- 8. Justification du nombre de sujets ou d'analyse de puissance**

1. Etat de la question et objectifs de la recherche

Depuis plus de dix ans, les hospitalisations en psychiatrie générale sont en nette augmentation, avec une hausse constatée de plus de 74% de 1989 à 2003¹. Cette hausse concerne donc à la fois les hospitalisations libres (HL) et les hospitalisations sans consentement - les hospitalisations à la demande d'un Tiers (HDT) et les hospitalisations d'office (HO).

L'évolution des données concernant les Hospitalisations Sans Consentement en France permet de mettre en évidence quelques tendances.

En 2003, 76 814 Hospitalisations Sans Consentement (HO et HDT) ont été prononcées : elles représentent 12,7% des hospitalisations totales en psychiatrie (proportion en légère augmentation depuis 2000 où elle n'atteignait que 11,8%).

Les HDT sont majoritaires (représentant 87% des HSC) avec une forte croissance depuis plusieurs années (de 103% entre 1992 et 2001). Plus de 60% des HO et environ 35% des HDT sont prononcées selon des procédures d'urgence.

	1992	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre d'HDT	31 057	49 112	53 044	54 320	55 814	55 886	ND	64 573
Nombre d'HDT d'urgence (proportion des mesures d'urgence parmi les HDT)	ND	14 776 (30,1%)	15 637 (29,5%)	18 359 (33,8%)	20 898 (37,4%)	22 615 (40,5%)	ND	27 888 (43,2%)
Nombre d'HO	6 631	7 475	8 595	9 107	8 775	8 975	ND	10 314
Nombre d'HO d'urgence (proportion des mesures d'urgence parmi les HO)	ND	5 136 (68,7%)	5 342 (62,2%)	5 548 (60,9%)	5 845 (66,6%)	5 904 (65,8%)	ND	6713 (65,1%)
Total du nombre des HSC	37 688 8,3% des HP	60 687 10,9% des HP	65 580	66 593	71 731 11,8% des HP	72 519	ND	76 856 12,7% des HP
Nombre d'HL	416 304	496 074	ND	ND	ND	ND	ND	528 309

ND = NON DISPONIBLE

Sources : Direction générale de la santé (DGS) – Rapports d'activités des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques – 2003

Nous observons chaque année une hausse des hospitalisations psychiatriques mais il est nécessaire d'être prudent dans l'analyse de ces chiffres : il est impossible à la lecture des résultats de déterminer s'il s'agit d'une augmentation du

¹ Coldefy M. & Salines E., Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités, Etudes et Résultats, n° 342, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, octobre 2004

nombre de patients ou une augmentation du nombre d'hospitalisations pour ces mêmes malades (un même usager peut être comptabilisé deux fois et plus s'il a nécessité plusieurs fois d'être hospitalisé selon ces mesures dans l'année).

Par ailleurs, on observe une grande disparité du nombre d'HSC entre les départements² ; en 2003 :

-dans l'Oise, les HSC représentent 32% des hospitalisations totales en psychiatrie

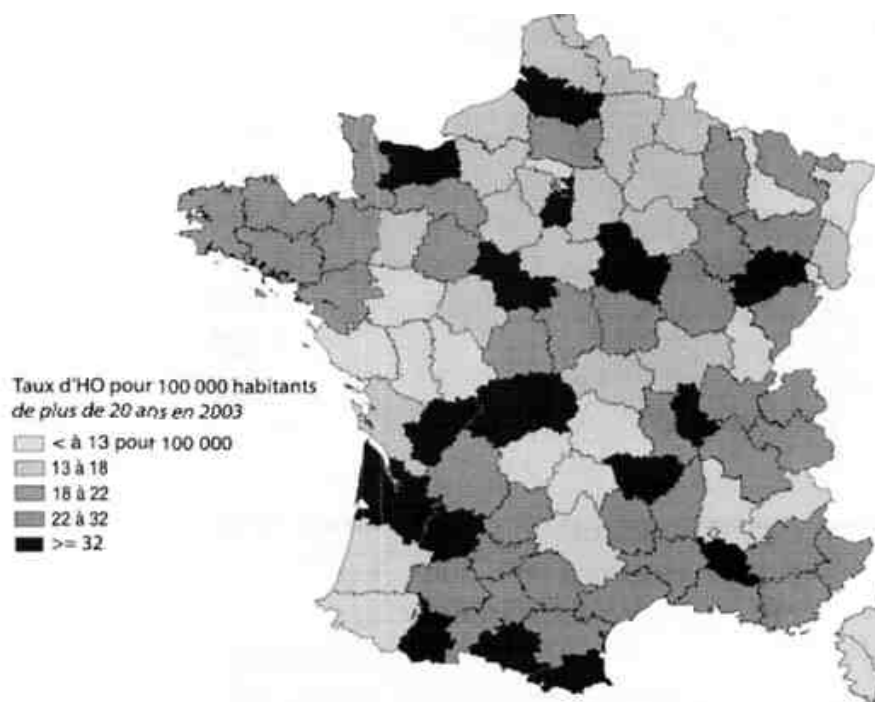
-dans les Hauts de Seine, 30%

Tandis que :

-dans les Hautes Alpes, 3%

-en Haute Garonne,5%

Taux d'Hospitalisation d'Office pour 100 000 habitants de plus de 20 ans en 2003



Source :
Rapport
d'activité
des
CDPH
2003,
INSEE –

Estimations localisées de population 2003

Des explications ont pu être émises par diverses instances : la Direction Générale de la Santé (DGS)³, les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)⁴ et les professionnels de santé^{5 6}. Les principales peuvent être résumées ainsi :

- Le contexte sociologique et politique local : pratiques municipales et ressources locales différentes, taille des villes, niveau de proximité entre l'élu et le citoyen, relations entre les services sécuritaires et ceux de santé mentale ;

² Circulaire de la DGS du 1^{er} août 2006 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 2005

³ Circulaire de la DGS du 24 mai 2004, transmettant le bilan des rapports d'activité pour les années 2000 et 2001 et réalisant une synthèse des rapports sur la période 1992-2001

⁴ Inspection générale des Affaires Sociales, rapport mai 2005, propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

⁵ Rhenter P., Actes de la journée d'étude de Grenoble, 13 mars 2007, le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale, in Elus, santé publique et territoires

⁶ Coldefy M., 2007, les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : évolutions et disparités géographiques départementales, in la prise en charge de la santé mentale recueil d'études statistiques

- L'augmentation plus générale du recours aux soins psychiatriques ;
- La comptabilisation du nombre d'actes sans prise en compte du nombre de personnes plusieurs fois hospitalisées sous contrainte dans la même année ;
- Le recours plus fréquent aux hospitalisations psychiatriques en situation de crise avec le développement de l'activité ambulatoire ;
- La complexité de la mesure d'HDT (qui nécessite d'obtenir deux certificats émanant de médecins généralistes extérieurs à l'établissement) ;
- Le relâchement des activités de prévention et du travail au plus près du lieu de vie des patients lié à la diminution des moyens de psychiatrie ;
- La meilleure connaissance des mesures auprès des services d'accueil des urgences (surtout en milieu rural) depuis la rénovation de la loi de 1838 par la loi du 27 Juin 1990 (modifiée par la loi du 4 mars 2002), la banalisation de l'utilisation des procédures d'urgence ;
- La confusion entre dangerosité et état pathologique entretenue par la loi qui détermine ces deux critères comme étant décisifs au déclenchement d'une HO sans préciser lequel de ces deux critères est prioritaire (le danger ou la nécessité de soins ?) ;
- La préoccupation plus importante de l'entourage, lequel demanderait une implication plus forte des milieux de soins.

Ces interprétations ne suffisent pas à comprendre les disparités importantes des taux d'hospitalisations en psychiatrie. Elles méritent donc d'être analysées à la lumière des pratiques sociales, culturelles et psychiatriques des départements et des pratiques des secteurs de psychiatrie.

Le but de la présente étude est de tester si l'origine de cette disparité réside essentiellement dans les fonctionnements du recours aux médecins généralistes, dans le rôle des familles, des préfets, des maires et des équipes de psychiatrie locales ; en d'autres termes, si elle était corrélée à l'environnement du patient et à la définition de l'ordre public par les acteurs de proximité – s'il existe des « cultures locales » de la contrainte différentes suivant les départements.

L'exploration des pratiques de l'HO nous semble particulièrement pertinente : elle doit révéler l'implication dans son processus d'acteurs très divers du champs soignant d'une part et du maintien de l'ordre public d'autre part, et leurs représentations du danger.

Les objectifs sont :

- d'analyser les modalités des hospitalisations d'office dans les secteurs et départements des régions d'enquête ;
- d'étudier le devenir des personnes hospitalisées sous ce mode ;
- de mettre en évidence des pratiques permettant une stricte adéquation de ces mesures aux situations qui la justifient ;
- de promouvoir à partir de ces données une politique de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) de l'Hospitalisation d'Office par l'élaboration de principes de bonnes pratiques ;
- de créer un référentiel sur les préventions des HO.

1. Population concernée

Le CCOMS⁷, en collaboration avec l'ANCRE PSY⁸, l'ACFCP⁹ et la F2RSM¹⁰ du Nord-Pas-de-Calais, proposent la mise en place d'une étude descriptive puis prospective à cinq ans concernant les hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

La présente étude concerne donc uniquement les hospitalisations d'office. En moyenne, par an, il en est recensé 8000 à 9000 en France. Pour des raisons de faisabilité, sera étudié ici le devenir de personnes entrées en HO sur l'année **2009-2010** dans les secteurs volontaires avec suivi des dossiers sur cinq ans.

Les personnes seront recrutées au sein des Hôpitaux Psychiatriques et des services de psychiatrie des hôpitaux généraux dans les quatre régions d'enquête : Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Critère d'inclusion

Le protocole concerne toutes les personnes entrant en HO quel que soit leur secteur d'origine, et y compris les SDF. Par HO on entend : HO déclenchée par un arrêté préfectoral ou par un arrêté provisoire émanant d'un maire.

Critère de non-inclusion

Les personnes prises en charge par les services pénitentiaires et celles bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité pénale pour troubles mentaux ne sont pas incluses.

2. Méthode d'observation ou d'investigation retenue

L'étude : « Enquête sur les hospitalisations d'office dans quatre régions françaises : Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur » comporte deux phases :

Une phase descriptive :

Analyse sur un an de la population et des modalités de décision d'entrée en HO dans quatre régions françaises afin d'obtenir :

- o une description des profils psychiatriques et socio démographiques des personnes entrant en HO
- o une étude de l'environnement local
- o une connaissance de l'avis des différents acteurs de l'HO : patients, psychiatres ayant établi l'HO, personnels soignants, entourage, médecins ou psychiatres traitants et élus locaux.

Une phase de suivi longitudinal de cohorte :

Etude du devenir des personnes hospitalisées d'office sur cinq ans. Chaque année pendant cinq ans :

- o Recueil des données épidémiologiques en routine (données complémentaires du RIM-PSY¹¹) afin de suivre le parcours de personnes ayant été hospitalisées d'office, en fonction des profils dégagés dans la première phase d'enquête.
- o Etude des résultats en regard des typologies des pratiques en matière de l'hospitalisation sans consentement mis en évidence par la DREES¹² et des spécificités locales identifiées dans la première phase (données sanitaires, sociales, ...).

Pour chaque secteur d'enquête volontaire faisant partie des quatre régions (Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur), les données seront recueillies par des enquêteurs formés à la passation. Les outils sont des échelles (MINI, BPRS, EGF) et des questionnaires (questionnaire d'entrée interrogeant patients, psychiatres ayant

⁷ CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale Lille-Métropole

⁸ ANCRE PSY : Association Nationale pour la Clinique, la Recherche et l'Enseignement en Psychiatrie

⁹ ACFCP : Association pour les Congrès et la Formation Continue des Psychiatres

¹⁰ F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

¹¹ RIM-Psy : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

¹² DREES : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

établi l'HO, personnels soignants, entourage, médecins ou psychiatres traitants et élus locaux et questionnaire de suivi à un an interpellant uniquement le psychiatre). Ils couvrent différents aspects notamment, les motifs d'entrée, les antécédents psychiatriques et délictueux ou encore l'autonomie sociale (voir encadré).

Les certificats médicaux et préfectoraux seront également étudiés au travers un logiciel d'analyse lexical, le logiciel ALCESTE.

Le suivi de cette population pendant cinq ans est basé sur les données RIM-Psy qui nous permettront d'obtenir des données à la fois sociodémographiques et cliniques.

L'hypothèse générale d'enquête est la suivante :

La variabilité de recours à l'HO n'est pas en rapport avec la sévérité des troubles présentés par les patients mais le fait de pratiques et d'habitudes locales. L'analyse contextuelle des hospitalisations d'office peut permettre des actions de prévention des situations à l'origine d'une hospitalisation d'office.

Les mesures seront donc effectuées à l'inclusion puis tous les 12 mois **pendant cinq ans**. Le temps **d'inclusion est de un an**. Il concerne toutes les personnes entrant en HO dans le secteur d'enquête (voir critère d'inclusion et de non-inclusion). Le consentement éclairé du patient est indispensable à l'étude afin de garantir le respect des droits des personnes ; les refus seront documentés par les données RIM-Psy.

Différents acteurs qui connaissent la personne en HO ou qui ont participé à la mise en œuvre de cette mesure seront sollicités. Il est tout aussi important de connaître l'opinion du psychiatre qui a procédé au certificat des premières 24 heures que celui des membres de l'équipe soignante qui s'occupe quotidiennement du patient, de sa famille, du médecin généraliste ou du psychiatre traitant et voire de l'élu local qui a réalisé l'arrêt municipal.

Ces différents avis vont permettre de mieux appréhender les motifs de l'hospitalisation d'office et d'évaluer quelles auraient pu être les alternatives à celle-ci.

Critères de jugement

Critère de jugement principal : obtenir une description des profils psychiatriques à partir de l'outil clinique MINI.

Critères secondaires : tous les autres paramètres permettant d'établir des profils cliniques plus approfondis (diagnostic clinicien CIM 10, évaluation BPRS, EGF), des profils socio démographiques (données RIM Psy et autres données socio démographiques), de qualifier le contexte local (indicateurs tels que : équipement sanitaire, contexte sociologique et politique...), de suivre le parcours de soins du patient (étude des antécédents et suivi sur 5 ans), et d'étudier le point de vue et l'implication de chacun des acteurs de l'HO (du médecin ayant établi le certificat d'entrée à l'entourage proche du patient).

Outils d'enquêtes

Echelles

Le MINI : Mini International Psychiatric Interview (version 5) (annexe)

Le MINI est basé sur les critères diagnostiques définis dans la Classification Internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé ; classification qui repose sur une synthèse de la littérature scientifique, un consensus international et une validation internationale des critères (nombreux tests dans divers pays). Il s'agit d'un questionnaire court et rapide à passer qui a une bonne sensibilité et spécificité. Il permet de réaliser des estimations diagnostiques utiles pour le calcul des **prévalences** (pourcentage de personnes présentant un trouble au moment de l'enquête).

L'évaluation de la symptomatologie sera donc effectuée grâce à cet outil - par l'enquêteur après recueil du consentement du patient et dans un délai maximum de 15 jours suivant la date d'entrée en HO - le MINI permet de repérer : troubles de

l'humeur, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, troubles liés à l'usage d'alcool et de drogues, troubles psychotiques et risque suicidaire.

La BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale (annexe)

La BPRS est une échelle de psychopathologie générale comportant 18 items et destinée initialement à mesurer la sévérité de l'atteinte symptomatique dans les psychoses fonctionnelles. L'intensité des items est cotée de 1 à 7. Le mode de passation habituel de la BPRS correspond à un examen psychiatrique classique ; cet outil sera donc coté par le psychiatre ayant fait l'entrée en HO dans un délai de 15 jours en fonction de l'arrivée du patient. La structure factorielle de la BPRS s'est révélée d'une remarquable stabilité au cours d'analyse de populations différentes.

L'EGF (DSM-IV-TR) : Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (annexe)

L'EGF permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'une personne sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Il est également rempli par le psychiatre ayant fait l'entrée en HO dans les 15 jours d'arrivée du patient.

Questionnaires

Deux questionnaires ont été conçus pour l'enquête. Ils ont été développés avec l'aide de nombreuses personnes : psychiatres, psychologues, infirmiers, membres des familles, (UNAFAM), membres des usagers (FNAPSY) et élus locaux. Ils ont été pré testés dans différents secteurs de psychiatrie volontaires : Lille-Est (59G21, JL Roelandt, L Defromont), Lille (CHRU, T Danel), Tourcoing (59G16, C Thevenon), Ile de France (14^{ème} arrondissement, F Caroli, F Cornic,) (DREES, I Leroux), Bordeaux (33G14, H Brun Rousseau), Nanterre (92G10, M Triantafyllou, M Thalassinos), Marseille (JP Baucheron), Ville Evrard - Neuilly Sur Marne (V Daoud, L Velpry).

Questionnaire d'entrée en HO (annexe)

Sont concernés : le médecin qui a établi le certificat d'entrée, le patient, un membre de l'entourage, un membre de l'équipe soignante, le médecin ou le psychiatre traitant et l'élu local qui a établi l'arrêté d'HO.

Partie 1

=> Partie A : La description socio-démographique du patient et de son recours aux soins

La fiche patient est une fiche de renseignement qui comprend à l'origine des informations sociodémographiques (âge, sexe, mode de vie, protection civile, ressources sociales, activité professionnelle etc.) et médicales (antériorité du recours aux secteurs, diagnostic...)

Cette fiche est à remplir à partir du dossier du patient par le service où a lieu l'hospitalisation à partir du consentement du patient.

=> Partie B : Des données relatives à l'état de santé connu de la personne et au moment de l'hospitalisation

Cette fiche comprend les antécédents psychiatriques de la personne, le trouble constaté de la personne ayant nécessité une hospitalisation (CIM 10), l'évaluation de la situation dangereuse de la personne après 24h d'observation, l'origine et prédictibilité du comportement dangereux.

Cette fiche est à remplir par le psychiatre ayant fait l'entrée en HO dans les 15 jours suivant le consentement du patient (+BPRS + EGF)

=> Partie C : Des données relatives à un membre de l'équipe soignante

Les représentations par rapport à l'hospitalisation et au devenir du patient sont recherchées.

Cette fiche est à remplir par les membres de l'équipe soignante ayant fait l'entrée en HO dans les 15 jours suivant le consentement du patient.

Partie 2

=> Partie D : Des données relatives à la personne

Cette fiche comprend des questions générales sur le vécu de l'hospitalisation, sur le ressenti par rapport à l'entourage, l'opinion sur l' « état dangereux » que le patient est censé avoir présenté (origine, prédictibilité..) et sur les projets après l'hospitalisation.

Cette fiche est à remplir par l'enquêteur lors d'un entretien avec le patient dans les 15 jours suivant le consentement (+ MINI).

Partie 3

=> Partie E : Des données relatives à la famille

Les questions posées concernent l'origine, l'histoire et l'évolution de l' « état dangereux » présenté par le proche.

Cette fiche est à remplir par un enquêteur lors d'un rendez-vous téléphonique avec un membre de la famille dans le mois suivant le consentement du patient.

=> Partie F / G : Des données relatives au médecin ou psychiatre traitant

Le questionnaire relatif au psychiatre ayant réalisé l'entrée en HO est repris pour le médecin ou psychiatre traitant qui suit habituellement le patient.

Cette fiche est à remplir par un enquêteur lors d'un rendez-vous téléphonique avec le médecin et/ou le psychiatre traitant dans le mois suivant le consentement du patient.

=> Partie H : Des données relatives à l' élu local

Cette fiche renseigne sur les motifs d'entrée en HO de la personne, si cette dernière était déjà connue des services municipaux, si elle avait fait l'objet d'un signalement ou encore si un Tiers ou les services psychiatriques ont été contactés.

Elle est à remplir par un enquêteur lors d'un rendez-vous téléphonique avec l' élu local ou son représentant dans le mois suivant le consentement du patient.

Questionnaire de suivi de l'hospitalisation T1 (+ 1 an) (annexe)

En fonction des prises en charge locales, la durée d'une hospitalisation sera très variable. Ce questionnaire permet de faire le point - avec le dernier psychiatre qui a suivi ou qui suit le patient - un an après l'hospitalisation d'office du patient. Il explore différentes dimensions : les bénéfices que le patient a pu tirer de l'hospitalisation (en terme d'amélioration symptomatique, de résolution de la situation de l' « état dangereux », d'impact au niveau professionnel, etc..), les raisons qui ont motivé une sortie ou qui ont nécessité une nouvelle hospitalisation.

Une fiche de refus (comprise dans les questionnaires)

Seront relevées les raisons qui motivent un refus des patients à participer à l'enquête et à identifier le profil de ces patients par le biais des données RIM-PSY. Ceci évitera le « bruit » que consisterait à ne sélectionner que des personnes ayant un profil spécifique et permettra d'illustrer ces refus.

RIM Psy (annexe)

Le suivi de cette population est basé sur les données RIM-Psy qui nous permettrons d'obtenir des données à la fois sociodémographiques et cliniques. Ce sera d'ailleurs le seul recueil d'informations que nous effectuerons au cas où la personne refuse de participer à l'enquête.

3. Origine et nature des données nominatives recueillies

Chaque questionnaire est saisi sur place via Internet à partir du logiciel SHINX¹³. L'accès est donc simplifié aux différents stades de l'étude pour les établissements qui ne doivent pas se munir du logiciel mais simplement avoir un accès Internet. Le système est donc utilisé pour collecter les données.

Les personnes sont identifiées par un code identifiant : une clé qui sera une variable code qui contient une valeur unique, attribuée lors de l'enregistrement de la réponse. L'identité complète de la personne n'est donc pas recueillie.

4. Mode de circulation des données

L'enquête sera publiée sur SphinxOnline à partir duquel différents paramètres vont être paramétrés et contrôlés, notamment l'utilisation d'indicateurs de saisie pour restreindre l'accès aux seules personnes habilitées à le faire. Une fois que le questionnaire a été rempli, l'opérateur de saisie ne peut revenir sur les réponses et ainsi ne pourra pas modifier les réponses. La liste de correspondance entre l'identité de la personne et le clé sera exclusivement détenue par les équipes locales. Le DIRM EPSM Lille-Métropole détiendra uniquement les clés d'identifications : il centralise donc les données non identifiantes. Il pourra également suivre le déroulement de la saisie et contacter si nécessaire les investigateurs en cas de non-concordance des données d'études recueillies au cours de la recherche avec celles des documents sources.

Les établissements sont copropriétaires avec le CCOMS - EPSM Lille-Métropole des données qu'ils ont recueillies. Une convention sera en ce sens établie entre les établissements participants à l'enquête, le CCOMS EPSM Lille-Métropole, ANCRE PSY et ACFCP.

5. Durée et modalités d'organisation de la recherche

Cette enquête sur les hospitalisations d'office se déroulera sur cinq ans. Elle se décline comme suit :

Phase descriptive

➤ **Recrutement des secteurs de psychiatrie – Juin 2008**

La participation des Secteurs Psychiatriques adultes se fera sur la base du volontariat, essentiellement dans quatre régions (Nord Pas de Calais, Aquitaine, Ile de France et Provence Alpes Cote d'Azur).

➤ **Formation des enquêteurs – Octobre 2008**

Une formation de 2 jours est prévue pour former les équipes d'enquêteurs aux outils. Elle sera organisée par les coordinateurs régionaux.

➤ **Inclusion des patients – Janvier 2008 à Janvier 2009**

La population d'étude inclura les personnes pour lesquelles une décision d'hospitalisation d'office a été prononcée par le préfet ou par le maire (hormis les D398 du Code de procédure pénal et L 3213-1 du code de la santé publique suite à un non lieu).

L'échantillon attendu est de 882 personnes. La période d'inclusion sera d'une année.

➤ **Déroulement de l'enquête**

A l'inclusion : (T0)

-Demande de consentement du patient (note d'information)

⇒ Si le patient accepte d'entrée dans l'étude : passation MINI, BPRS et questionnaire d'entrée (et données RIM Psy)

⇒ Si le patient refuse : récolte des données RIM-Psy et analyse des refus

-Contacts avec les autres enquêtés :

¹³ SPHINX est un éditeur de logiciels d'enquêtes et d'analyse statistique de données ; il permet principalement l'élaboration du questionnaire, la collecte des réponses, les analyses des données multi variées et les analyses des questions ouvertes

- ⇒ Si accord : passation questionnaire d'entrée
- ⇒ Si la personne refuse : analyse des refus

Une analyse des certificats médicaux rédigés dans le cadre de l'hospitalisation et des arrêtés préfectoraux d'entrée et de sortie sera réalisée grâce au logiciel ALCESTE¹⁴. Ce logiciel d'Analyse Lexicale par Contexte de Segment de Texte permet de dégager l'information essentielle contenue dans des données textuelles. Il est utilisé pour l'analyse d'entretiens, de questions ouvertes, d'enquêtes sociologiques, de recueil de textes divers. Cet outil qui utilise la méthode statistique de classification descendante hiérarchique permet principalement de repérer les mots et les phrases les plus significatifs, les segments répétés, et les concordances des mots les plus caractéristiques.

Un an après l'inclusion (T1)

Le dernier psychiatre qui suit ou qui a suivi le patient est contacté : passation questionnaire de suivi (et saisie des données RIM-Psy).

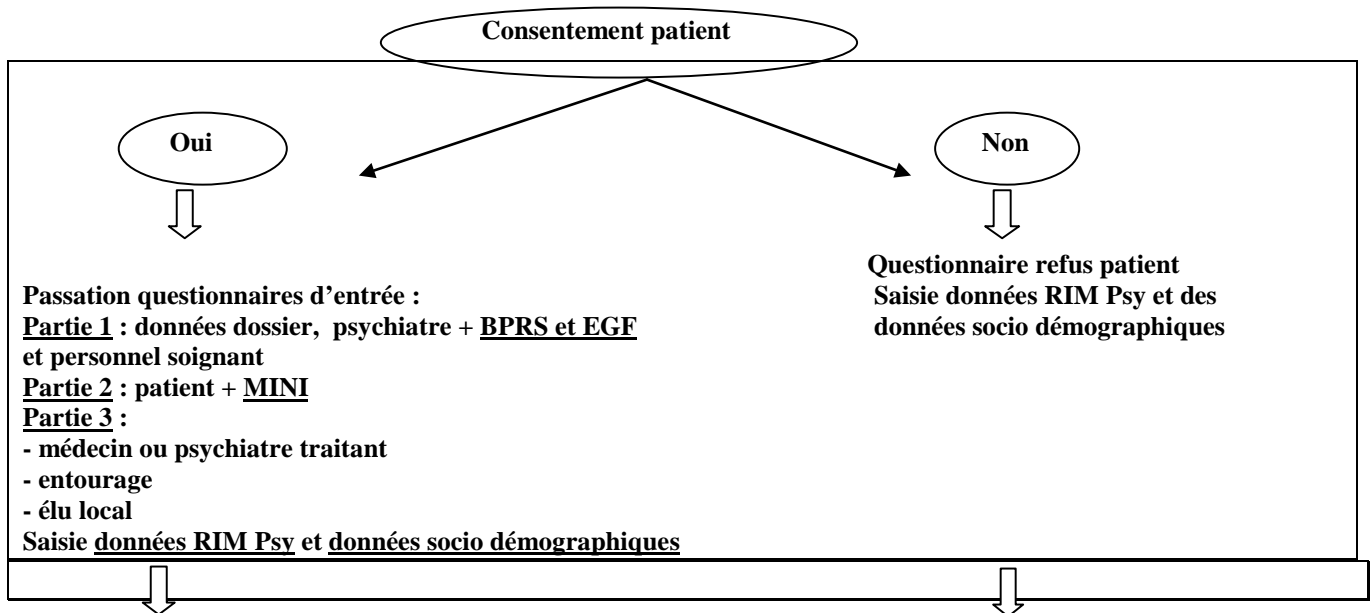
Pour les autres, seul l'enregistrement des données RIM-Psy et des certificats anonymisés est possible.

Phase de suivi (Février 2009 – Février 2014)

Chaque année pendant cinq ans, les données RIM Psy sont recueillies (une fois par an) pour suivre l'évolution du patient. Une Evaluation des Pratiques Professionnelles¹⁵ (EPP) sera mise en œuvre dans les secteurs concernés par l'étude. Elle pourra intégrer l'avis des acteurs de l'Hospitalisation d'Office (associations, patients, familles, élus). L'objectif est d'élaborer un référentiel de bonnes pratiques professionnelles pour l'HO.

Pour les patients ayant accepté de participer à l'enquête, le cas des perdus de vue sera documenté : chaque année, le psychiatre sera contacté à ce sujet.

T0 : inclusion des patients dans l'étude



¹⁴ ALCESTE a été développé par le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) avec le soutien de l'Agence Nationale pour la Valorisation de la Recherche (ANVAR) .

¹⁵ L'EPP d'un médecin ou de tout autre professionnel de santé est l'analyse que celui-ci peut faire de son activité clinique. Cette analyse se fait par rapport aux recommandations professionnelles disponibles existantes. De cette comparaison, doit résulter une amélioration des pratiques, au bénéfice du service rendu au patient. L'EPP est obligatoire pour tous les médecins depuis la loi du 13 août 2004)

T1

**Questionnaire de suivi à un an (psychiatre)
+ Saisie données RIM Psy**

E.P.P.

T2 T3 T4 T5

Saisie données RIM Psy

T1

+ Saisie données RIM Psy

E.P.P.

T2 T3 T4 T5

Saisie données RIM Psy

6. Méthode d'analyse des données

Les secteurs psychiatriques des quatre régions concernées seront répartis en 3 classes définies a priori :

- Secteur à bas niveau de HO : de 0 à moins de 10 pour 100000 habitants
- Secteur à moyen niveau de HO : de 10 à moins de 20
- Secteur à haut niveau : 20 et plus.

Ces classes ont été déterminées à partir des données du tableau « Départements concernés par l'enquête et taux de HO pour 100000 habitants » (source : rapport de secteurs de 2001) : la valeur 10 est le premier quartile (25% des départements ont un taux d'HO inférieur à 10), la valeur 20 est le 3ième quartile (25% des départements ont un taux d'HO supérieur à 20). Elles ont été validées par les experts psychiatres. La méthode d'analyse des données est la suivante :

Statistiques descriptives : les paramètres numériques seront décrits par leur moyenne, déviation standard et quartiles, les paramètres qualitatifs par les fréquences et intervalles de confiance à 95%. La normalité des paramètres numériques sera étudiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Analyse statistique :

Cette analyse concerne les 3 groupes : taux de HO bas, taux de HO moyen, taux élevé de HO. Les deux paragraphes ci-dessous concernent les caractéristiques « patients » qui selon les données épidémiologiques ne devraient pas être différentes selon les 3 groupes.

-Analyses bivariées : les groupes seront comparés selon les caractéristiques « patients » à l'aide d'analyse de la variance pour les variables numériques et du test du chi-deux pour les variables qualitatives ou binaires.

-Nous effectuerons une analyse factorielle discriminante pas à pas sur les variables dont le niveau de signification pour les analyse bivariées sera inférieur à 20%. Les variables sélectionnées, si elles existent, seront considérées comme variables d'ajustement pour les analyses suivantes.

Les paragraphes suivants concernent les variables explicatives : données relatives à la famille, l'équipe soignante et l'élú.

-Des analyses descriptives multivariées (Analyse en Composante Principale - Analyse des Correspondances Multiples) seront effectuées pour étudier les liaisons entre les variables. En cas de sous-groupes de variables fortement corrélées, le choix d'une variable représentant ce sous-groupe sera effectué à dire d'expert.

-Des analyses bivariées (variable explicatives et type de groupe) seront effectuées pour sélectionner un sous-groupe de cibles potentiellement discriminantes. Ces analyses seront éventuellement ajustées selon les variables patients du paragraphe 2.2. Nous utiliserons l'analyse de la variance, l'analyse de la covariance, le test de Mantel-Haenzel ou le test du chi-deux. Les variables dont le niveau de signification est inférieur à 20% seront sélectionnées pour l'analyse multivariées suivantes.

-Nous effectuerons une analyse factorielle discriminante pour déterminer parmi les variables sélectionnées à l'étape précédente, celles qui séparent le mieux possible les 3 groupes. Nous utiliserons la méthode pas à pas avec remise en cause (stepwise). La stabilité du sous-groupe de variables identifié sera analysée par la méthode du bootstrap.

-Les résultats de l'analyse discriminante seront comparés à ceux obtenus par la méthode des arbres de décision.

Analyse des données textuelles :

Une analyse des certificats médicaux rédigés dans le cadre de l'hospitalisation et des arrêtés préfectoraux d'entrée et de sortie sera réalisée grâce au logiciel ALCESTE¹⁶. Ce logiciel d'Analyse Lexicale par Contexte de Segment de Texte permet de dégager l'information essentielle contenue dans des données textuelles. Il est utilisé pour l'analyse d'entretiens, de questions ouvertes, d'enquêtes sociologiques, de recueil de textes divers. Cet outil qui utilise la méthode statistique de classification descendante hiérarchique permet principalement de repérer les mots et les phrases les plus significatifs, les segments répétés, et les concordances des mots les plus caractéristiques. Cette analyse permettra un recodage des données de l'ordonnance sous la forme de variables classiques (numériques / binaires / qualitatives) qui pourront être intégrées dans les analyses multivariées pour la recherche de différences entre les 3 groupes.

7. Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance.

Il s'agit d'une étude exploratoire. L'objectif principal est d'expliquer la variabilité des taux de HO, caractérisée par une variable qualitative à 3 niveaux (taux de HO bas, taux de HO moyen, taux élevé de HO par secteur concerné pour 100 000 habitants) à partir de variables numériques ou binaires caractérisant les éléments contextuels de la famille, de l'équipe soignante et des élus vis à vis de l'HO du patient. L'identification de ces variables sera effectuée à l'aide d'une analyse discriminante après élimination des variables non significatives par des analyses bivariées. D'après Concato et Peduzzi (Concatto 1995), il faut au moins 5 sujets par variables, de préférence 10. En considérant un nombre de 20 variables discriminantes, il faut 200 sujets par groupe.

Le tableau suivant donne pour chaque département, le taux d'HO pour 100000 habitants, le nombre d'habitants, le nombre d'HO total attendu dans le département et le nombre estimé de patients recrutés pour l'étude. L'hypothèse de calcul retient un pourcentage de 50% de secteurs participants (hypothèse pessimiste) et un pourcentage de refus de 50%.

Départements	Groupe	Taux d'HO (pour 100 000 hab)	Nb d'hab	Nb d'HO attendus	Nb d'HO enquêtés
Nord	Bas	7	2 571 987	180	45
Landes		9	346 315	31	8
Pyrénées-Atlantiques		8	618 895	50	12
Hautes Alpes		9	128 211	12	3
Paris		9	2 146 938	193	48
Seine et Marne		8	1 238 621	99	25
Val de Marne		9	1 261 180	114	28
Val d'Oise		9	1 133 742	102	26
Total					781
Pas de Calais	Moyen	11	1 452 590	160	40
Alpes-de-Haute-Provence		16	148 416	24	6
Alpes-Maritimes		19	1 046 710	199	50
Bouches-du-Rhône		12	1 882 633	226	56
Var		18	944 253	170	42
Yvelines		11	1 382 095	152	38
Hauts de Seine		15	1 486 724	223	56

¹⁶ ALCESTE a été développé par le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) avec le soutien de l'Agence Nationale pour la Valorisation de la Recherche (ANVAR) .

Total				1154	288
Dordogne	Elevé	23	397 212	91	23
Gironde		32	1 346 174	431	108
Lot et Garonne		24	313 540	75	19
Vaucluse		20	518 760	104	26
Essone		36	1 169 826	421	105
Seine Saint Denis		33	1 431 491	472	118
Total				1594	399

Dans le groupe à faible taux de HO, on pourra donc obtenir le nombre nécessaire de patients. Pour les autres groupes, tous les patients seront recrutés.

Référence : Concato J, Peduzzi P, Holford TR (1995), Feinstein AR. Importance of events per independent variable in proportional hazards analysis. I. Background, goals, and general strategy. J Clin Epidemiol, 48(12):1495-501.

Annexes