

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE

***LE DISPOSITIF DE SOINS INTENSIFS A DOMICILE DU SECTEUR
59G21.***

PRESENTATION ET ETUDE D'IMPACT.

Soutenu le 15 octobre 2012 à Amiens par Marianne RAMONET

Inter-région Nord Ouest

Directeur de Mémoire : Monsieur le Docteur J-L. ROELANDT

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE

LE DISPOSITIF DE SOINS INTENSIFS A DOMICILE DU SECTEUR

59G21.

PRESENTATION ET ETUDE D'IMPACT.

Soutenu le 15 octobre 2012 à Amiens par Marianne RAMONET

Directeur de Mémoire : Monsieur le Docteur J-L. ROELANDT

Marianne RAMONET

7, rue Louis Faure

59 000 Lille

marianne.ramonet@gmail.com

Remerciements

*Ce travail a été élaboré avec l'aide de la **Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du Nord Pas de Calais**, et spécialement grâce à Madame le Dr C-L. Charrel pour l'aide méthodologique, et à M. Génin pour l'analyse statistique.*

*Les données de l'étude ont été recueillies par le **Département d'Information et de Recherche Médicale (DIRM) de l'EPSM Lille Métropole**. Merci au Dr L. Defromont et à son équipe pour leur aide précieuse.*

Merci au Dr J-L. Roelandt pour la guidance et la direction de ce travail.

Je remercie particulièrement le personnel du dispositif SIIC et du secteur 59G21 et leur chef de pôle, le Dr L. Defromont pour leur accueil et leur réactivité au quotidien.

Sommaire

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
SOMMAIRE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS	7
TABLEAUX.....	7
SCHEMAS ET FIGURES.....	7
ABREVIATIONS	8
1. INTRODUCTION.	10
2. CONTEXTE.....	12
2.1. PRESENTATION DU DISPOSITIF DE SOINS INTENSIFS INTEGRES DANS LA CITE	12
2.1.1. <i>Composition de l'équipe</i>	12
2.1.2. <i>Missions et organisation du dispositif</i>	13
2.1.3. <i>Déroulement des prises en charge</i>	13
2.2. ILLUSTRATIONS CLINIQUES.....	15
2.2.1. <i>Madame B. : Les soins à domicile pour éviter une hospitalisation</i>	15
2.2.2. <i>Monsieur L : Les soins à domicile pour écourter une hospitalisation.</i>	17
3. MATERIEL ET METHODES	19
3.1. METHODOLOGIE	19
3.2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	20
3.3. RECUEIL DE DONNEES.	21
3.4. ANALYSE STATISTIQUE	22
4. RESULTATS.....	23
4.1. ETUDE DESCRIPTIVE DES PATIENTS PRIS EN CHARGE EN SIIC EN 2008.....	23
4.1.1. <i>Description socio démographiques</i>	23
3.1.1. <i>Description psychiatrique</i>	25
3.2. ETUDE D'IMPACT DE LA MISE EN PLACE DU SIIC SUR LES HOSPITALISATIONS DU SECTEUR.....	27
3.2.1. <i>Comparaison des durées moyennes de séjour.</i>	27
3.2.2. <i>Comparaison du nombre d'admissions par an et du nombre de réadmissions.</i>	28
3.2.3. <i>Comparaison de la Durée Moyenne de Séjour et du nombre d'admissions pour les hospitalisations sous contrainte.</i>	28

3.2.4.	<i>Comparaison des durées moyennes de séjour et du nombre d'admission par code diagnostic.</i>	30
3.2.5.	<i>Comparabilité des groupes</i>	36
4.	DISCUSSION	38
4.1.	PLACE DU SIIC DANS LA CLASSIFICATION DES EQUIPES MOBILES	38
4.2.	IMPACT DE LA MISE EN PLACE DU SIIC SUR LES HOSPITALISATIONS DU SECTEUR	41
4.3.	EVALUATION DES DISPOSITIFS DE CRISE	44
4.4.	BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE	47
5.	CONCLUSION	49
6.	BIBLIOGRAPHIE	50

Sommaire des tableaux et illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Comparaison des Durées Moyennes de séjour entre 2005 et 2008.....	28
Tableau 2 : Comparaison du Nombre d'admissions (N) et Durée Moyenne de Séjour (DMS) entre 2005 et 2008 en fonction du code diagnostic (CIM 10).....	35
Tableau 3 : Evolution des hospitalisations et des soins ambulatoires du secteur 59G21 de 1971 à 2010.	42

Schémas et figures

Figure 1 : Statut matrimonial des usagers du SIIC en 2008.....	24
Figure 2 : Statut socioprofessionnel des usagers du SIIC en 2008.	24
Figure 3 : Mode de vie des usagers du SIIC en 2008.....	24
Figure 4 : Répartition des codes diagnostics CIM-10 des usagers du SIIC en 2008	25
Figure 5 : Comparaison des durées moyennes de séjour en fonction du code diagnostic CIM-10 des usagers du SIIC en 2008.	26
Figure 6 : Répartition comparatives des codes diagnostics CIM-10 par mode de prise en charge (en %).	31
Figure 7 : Classification des équipes mobiles.	39

Abréviations

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

DIRM : Département d'Information et de Recherche Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ERIC : Equipe Rapide d'Intervention et de Crise

ESAT : Etablissement Spécialisé d'Aide par le Travail

HAD : Hospitalisation à Domicile

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

IC : Intervalle de Confiance

MDPH : Maison Départementale de la Personne Handicapée

Min : Valeur minimale

Max : Valeur maximale

Q1 : Valeur du premier quartile

Q3 : Valeur du dernier quartile

RCT : *Randomised Controled Trial* (Etude Randomisée Contrôlée)

RIMP : Recueil d'Informations Médicales Psychiatriques

RR : Risque Relatif

SIIC : Soins Intensifs Intégrés dans la Cité

1. Introduction.

Les soins à domicile en psychiatrie constituent une alternative à l'hospitalisation intéressante pour favoriser et maintenir l'autonomie des patients et leur lien avec leur milieu de vie habituel, mais aussi dans des perspectives médico-économiques [1]. Ils permettent aussi d'améliorer l'alliance thérapeutique et la qualité de vie des usagers [2]. Ils font l'objet d'une abondante littérature internationale que nous avons détaillée par un travail antérieur [3].

En France, les expériences de ce type sont hétérogènes [4] et peu lisibles au plan national. De plus, les divers dispositifs existants répondent à des appellations, objectifs et modèles théoriques différents, ce qui complexifie encore leur recensement. Enfin, depuis la loi du Cinq Juillet 2011 [5], ces dispositifs peuvent permettre la dispensation de soins ambulatoires sans consentement. Il semble donc important de rapporter les résultats d'expériences existantes, afin de les rendre plus lisibles et d'en améliorer les comparaisons et évaluations.

Ce que nous définissons comme soins intensifs à domicile sont des soins dispensés en ambulatoire par une équipe spécialisée, intervenant en général 7 jours par semaine et assurant une permanence des soins étendue, idéalement 24 heures sur 24, avec des passages infirmiers quotidiens et des visites médicales hebdomadaires [6]. Cette définition entre dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), régie par la circulaire du 30 mai 2000 [7], et celle de 2004, plus spécifique à son application en psychiatrie [8]. L'appellation soins intensifs à domicile est donc choisie pour la différencier du dispositif HAD, répondant à une dotation hospitalière en prix de journée. En effet, de nombreuses expériences françaises de soins à domicile ne correspondent pas à ce label.

Ce travail propose de présenter l'unité de soins intensifs à domicile alternatif à l'hospitalisation du secteur 59G21, nommée Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC). Cette unité fonctionne depuis février 2006. Elle comporte actuellement 12 places de soins à domicile et un dispositif mobile d'urgence. Les patients y sont admis à court terme (1 à 6 semaines). Il s'agit donc d'un dispositif répondant au modèle de l'intervention de crise à domicile [9], [10].

La description de ce dispositif sera couplée d'une étude de l'impact de sa mise en place sur les hospitalisations du secteur 59G21. Il s'agit d'une étude rétrospective comparative de type avant/après. L'objectif principal de cette étude est de démontrer que ce dispositif permet de diminuer la durée moyenne de séjour des patients. Les objectifs secondaires sont de prouver que le dispositif permet aussi de diminuer le nombre d'admissions, sans augmenter le taux de réadmission.

Dans un premier temps, ce travail décrira le fonctionnement de l'unité, et l'illustrera de deux vignettes cliniques. Ensuite, nous présenterons la méthodologie de l'étude d'impact et ses résultats, ainsi que ceux de l'étude descriptive de la file active du SIIC sur une année. Enfin, nous discuterons ces résultats et les mettrons en perspective à l'aide des données de la littérature internationale.

2. Contexte

2.1. Présentation du dispositif de Soins Intensifs Intégrés dans la Cité

Mis en place depuis février 2006 dans le secteur 59G21, le dispositif de Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC) est une équipe ambulatoire dédiée aux soins alternatifs à l'hospitalisation.

Le secteur 59G21 couvre une population de 84 193 habitants¹, répartie sur six communes en banlieue Est de Lille². Il accueillait en 2011 une file active de 2661 usagers³. L'unité SIIC s'articule au réseau de soins primaires (médecins généralistes, services des urgences) ainsi qu'aux autres dispositifs du secteur : unité d'hospitalisation, Centres Médico-Psychologiques, Centre d'Activités Thérapeutiques, unité d'Accueil Familial Thérapeutique Alternatif à l'Hospitalisation, foyer d'hébergement de moyen ou long séjour, appartements associatifs.

2.1.1. Composition de l'équipe

L'unité [11] est composée d'une « *équipe pluridisciplinaire [comportant] un praticien hospitalier référent, [...] un interne en psychiatrie à mi temps, [...] un cadre de santé, dix infirmiers [partageant leur activité avec l'unité d'Accueil Familial], [...] une éducatrice spécialisée à mi temps* » [10]. Un psychologue et une psychomotricienne peuvent intervenir à la demande. L'unité ne répond pas au label HAD, mais constitue une entité dépendant administrativement du CMP. Ainsi, les actes ne sont pas cotés en prix de journée mais en actes ambulatoires, et les médicaments ne sont pas dispensés par l'hôpital mais prescrits par les médecins généralistes des usagers et dispensés par leur pharmacie habituelle.

¹ Recensement INSEE 2008.

² Communes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Lesquin, Fâches Thumesnil, Ronchin.

³ Source : DIRM, EPSM Lille Métropole

A sa création, l'unité disposait de 6 places, elle en comptait 10 de 2007 à 2011, et 12 actuellement.

2.1.2. Missions et organisation du dispositif

L'activité des SIIC se divise en deux grandes missions. La première consiste en des suivis intensifs à domicile de courte durée (Durée Moyenne de Séjour de 11,7 jours en 2009 [11]), alternatifs à l'hospitalisation. La seconde concerne des consultations d'urgence pour la population du secteur adressée par les services d'urgences des hôpitaux locaux ou par les autres partenaires du réseau de soins, afin d'orienter les patients vers la structure de soins adéquate. L'unité est disponible 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7, avec une présence infirmière effective de 8 heures à 20 heures chaque jour, et une astreinte téléphonique infirmière et médicale la nuit.

Par ailleurs, l'équipe dispose d'un bureau dédié où le patient n'a pas accès, et où elle organise ses temps de transmissions infirmières, ainsi que la réunion de synthèse hebdomadaire de l'équipe.

2.1.3. Déroulement des prises en charge

Les admissions en SIIC peuvent se faire à la demande du psychiatre référent, de l'unité d'hospitalisation à temps complet, du médecin généraliste, d'un service d'urgences, de l'utilisateur lui-même ou de sa famille [11]. Les **indications** du programme sont larges, et ne visent pas une pathologie en particulier, mais toute exacerbation psychiatrique aiguë qui aurait nécessité une hospitalisation en l'absence du dispositif. Les **contre-indications** sont l'existence d'un risque suicidaire élevé avec imminence d'un passage à l'acte, les comportements hétéro-agressifs et l'indication d'une hospitalisation en milieu médical pour une pathologie organique. L'unité peut accueillir des patients sous contrainte (par le biais des sorties d'essai d'hospitalisations sans consentement avant juillet 2011, et de programmes de soins sans consentement actuellement), mais le contrat de soins est toujours élaboré en accord avec eux. Les contacts avec l'utilisateur ont lieu à son domicile, ou d'autres lieux de la communauté, ou, de manière exceptionnelle, dans un CMP.

Le plan de soins se déroule en **quatre phases principales** [11] :

- Le premier entretien d'évaluation détermine l'indication d'entrée en SIIC. Il a lieu au domicile du patient ou au CMP, et est effectué par un psychiatre et un membre de l'équipe des SIIC.
- Dans les 24 heures, le patient bénéficie d'un second entretien d'admission, à son domicile, en présence du médecin traitant (dans la mesure du possible) et des proches de l'utilisateur afin de programmer le projet de soins. Ce projet, réalisé sous la forme d'un emploi du temps, définit la fréquence des visites à domicile (quotidiennes ou biquotidiennes), le mode de dispensation du traitement médicamenteux (délivrance infirmière ou non), les prises en charge associées (entretiens psychologiques, psychomotricité, activités thérapeutiques, démarches sociales accompagnées), les entretiens psychiatriques. Il est réévalué de manière hebdomadaire.
- Le programme se déroule donc selon le plan effectué, mais l'utilisateur dispose du numéro de téléphone des infirmiers de l'équipe, disponible 24 heures sur 24, en cas de difficulté. Ainsi, le projet peut être réévalué dans une perspective de souplesse et d'adaptabilité.
- La sortie du dispositif est programmée après un allègement de la prise en charge (espacement des visites à domicile), et le relais s'organise par le biais d'une consultation triangulée avec l'unité qui prendra la suite des soins (infirmier référent du CMP, par exemple).

Le dispositif SIIC permet donc d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, d'effectuer un travail réactif et mobile, à court terme, en cas de décompensation psychiatrique aigüe, et de travailler avec les familles et proches des usagers, afin de favoriser la continuité des soins.

2.2. Illustrations cliniques

2.2.1. Madame B.: Les soins à domicile pour éviter une hospitalisation

Me B. est une femme de 38 ans, qui a bénéficié du dispositif SIIC en novembre 2009 pour une recrudescence dépressive et suicidaire dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent.

Les antécédents de cette patiente sont marqués par le suicide de son père en 2002, suite auquel elle aurait présenté un premier épisode dépressif, amélioré sans prise en charge spécialisée. Le premier contact avec le service a eu lieu en janvier 2009 par le biais des consultations du CMP où elle se présentait pour un fléchissement thymique évoluant depuis le printemps précédent, associé à une crise conjugale. Au cours des mois de janvier et mars 2009, elle avait été suivie en SIIC puis hospitalisée pour une tentative de suicide médicamenteuse.

Un traitement par Escitalopram à la dose de 20 mg par jour avait été instauré en février, ainsi qu'une anxiolyse par Bromazepam (1 comprimé par jour). Me B. bénéficiait également d'une psychothérapie et d'un suivi rapproché par un infirmier du CMP.

Il s'agit d'une femme mariée, mère de deux enfant alors âgés de 19 et 14 ans. Elle était en arrêt de travail au moment de l'épisode présenté.

Entre mars et novembre 2009, la patiente signalait un retour à un état de santé mentale satisfaisant, avec des absences aux rendez vous proposés. Un second épisode débute à cette date, dans les suites d'une rencontre familiale difficile pour la patiente, et ravivant, semble-t-il, des souvenirs traumatiques. Elle avait alors présenté une recrudescence dépressive associée à des idées suicidaires non scénarisées, ayant motivé la reprise de soins intensifs ambulatoires. Me B. est donc admise en SIIC le 9 novembre, et bénéficie d'entretiens infirmiers biquotidiens associés à une délivrance du traitement (étant donnés les antécédents d'intoxication médicamenteuse volontaire de la patiente et ses idées suicidaires). Elle recevait la visite d'un psychiatre de l'équipe deux fois par semaine, afin de réévaluer son état clinique, la thérapeutique médicamenteuse, et les modalités de la prise en charge.

Cliniquement, Me B. présentait une tristesse de l'humeur avec une incurie modérée, sans ralentissement psychomoteur. Elle mettait en avant une grande aboulie, mais sa présentation clinique contrastait avec la netteté de son intérieur. Me B. se plaignait de difficultés à se mobiliser et à entreprendre des activités de la vie quotidienne. L'adhésion à une démarche de soins ambulatoires classiques était difficile. Les idées suicidaires étaient floues, non scénarisées et partiellement critiquées. Par ailleurs, on ne notait pas d'élément d'intensité mélancolique, aucun élément délirant. Il existait des ruminations anxieuses importantes, en lien avec la problématique familiale récente. L'anxiolyse a consisté en la mise en place d'alprazolam 0,50 mg à raison de quatre comprimés par jour au départ, avec décroissance progressive. Par ailleurs, les entretiens de soutien et de psychothérapie ont permis à la patiente une prise de distance vis-à-vis de cette problématique.

Le dispositif SIIC a permis de rencontrer le mari de Me B. en dehors de ses heures de travail contraignantes. Ce dernier se montrait très inquiet de l'état de santé de son épouse. La crise conjugale ayant eu lieu l'année précédente rendait difficile la communication dans le couple. Cet élément a pu être amélioré par la présence de l'équipe qui a permis de rassurer M. B. Par ailleurs, le maintien à domicile a permis à Me B. de rester présente pour ses enfants.

L'état clinique de Me B. s'est progressivement amélioré. Les passages infirmiers ont pu s'espacer au bout d'une dizaine de jours, et le relais avec son équipe de secteur habituelle a eu lieu le premier décembre. Ce deuxième épisode dépressif en deux ans pose la question d'un trouble dépressif récurrent de type unipolaire. Le dispositif ambulatoire a permis à cette patiente connue du secteur d'éviter une hospitalisation, malgré la dégradation de son état clinique. De plus, il a permis de travailler avec l'entourage familial de Me B., et notamment de rassurer son mari. Les soins à domicile ont aussi permis à cette patiente de se maintenir dans son environnement habituel, et de poursuivre ses activités du quotidien. Ce point semble très important chez Me B., qui mettait en avant des difficultés à se mobiliser et à entreprendre des activités.

2.2.2. Monsieur L : Les soins à domicile pour écourter une hospitalisation.

La seconde vignette clinique est celle de Monsieur L. Il s'agit d'un homme de 36 ans, hospitalisé à la demande d'un tiers, dans un contexte de péril imminent, pour une décompensation délirante avec agitation psychomotrice.

Ses antécédents étaient marqués par une schizophrénie paranoïde d'évolution rémittente. Il avait présenté une première bouffée délirante aiguë à l'âge de 18 ans, pour laquelle il avait été hospitalisé plusieurs semaines hors de la région. Par la suite, il avait présenté une nouvelle décompensation, et une hospitalisation, mais était bien stabilisé par le traitement antipsychotique par Olanzapine 5 mg/jour prescrit par son médecin traitant.

Il vivait en concubinage, sans enfant, et bénéficiait du soutien de ses parents. Il était reconnu en qualité de travailleur handicapé par la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH) et travaillait dans un Etablissement Spécialisé d'Aide par le Travail (ESAT) au titre de sa schizophrénie. Il maintenait donc un équilibre stable.

L'épisode ayant mené à l'hospitalisation a débuté quelques semaines auparavant, avec des éléments persécutifs de mécanisme intuitif vis-à-vis de ses collègues et supérieurs au travail. Progressivement, les idées délirantes se sont étendues à l'entourage parental, et au voisinage, si bien que M. L. présentait à son admission un syndrome délirant paranoïde floride, associant ces éléments persécutifs à des thématiques plus anciennes de grandeur et de missions fantastiques, inspirées de ses nombreuses lectures de bandes dessinées de « super-héros ». Il décrivait des hallucinations intrapsychiques et auditives importantes. On notait une participation affective intense au délire, qui l'a conduit jusqu'à la démission de son poste de travail, une exaltation de l'humeur et une logorrhée, ainsi qu'une agitation psychomotrice importante. M. L. présentait aussi un syndrome dissociatif franc, avec troubles du cours de la pensée, diffluence verbale, barrages et bizarrerie du contact.

Le séjour hospitalier a permis l'augmentation de la posologie antipsychotique (Olanzapine 20 mg/jour) et anxiolytique, et la réalisation d'un entretien familial. La symptomatologie délirante et le contact se sont rapidement améliorés, et M. L. a pu critiquer partiellement le délire, faisant preuve de bonnes capacités d'*insight*.

Le patient est sorti après neuf jours d'hospitalisation, avec levée de la mesure de contrainte. Il a alors bénéficié du dispositif SIIC pendant dix jours. Au départ, le programme de soins comprenait deux visites à domicile par jour, ainsi qu'un programme d'activités thérapeutiques de type CATTP. Ayant une bonne observance médicamenteuse, il a pu gérer son traitement lui-même. L'anxiolytique a rapidement été diminuée et le patient a repris une prise en charge plus légère en ambulatoire (entretiens infirmiers, psychiatriques et activités thérapeutiques) ainsi qu'un projet de reprise d'une activité professionnelle en milieu protégé. Les éléments discordants, encore présents à la sortie d'hospitalisation, se sont nettement améliorés, bien que M. L. ait conservé une bizarrerie du contact résiduelle, et une tendance à la diffluence verbale.

Cette illustration montre donc que le dispositif SIIC a permis à M. L. une sortie anticipée de l'hôpital, une reprise d'activités thérapeutiques, et une réassurance dans son milieu de vie ordinaire. Ses préoccupations interprétatives vis-à-vis de son voisinage ont pu être travaillées de son domicile, et le soignant a pu cerner les intrications des symptômes délirants avec la réalité d'un cadre de vie particulièrement difficile, dans un quartier populaire de la banlieue lilloise. Le patient vivait en effet dans un contexte de grande promiscuité avec ses voisins, dans un habitat précaire. Il a donc pu confronter ses inquiétudes au regard du soignant et s'en saisir pour se rassurer ultérieurement. Il nous dira en effet, quelques mois plus tard, avoir réveillé une nuit sa compagne pour lui demander si elle aussi entendait des bruits dans la rue ou s'il s'agissait d'hallucinations auditives.

Ces deux illustrations permettent de rendre compte de la diversité du travail effectué par l'équipe SIIC. L'intervention à domicile permet aux soignants une meilleure compréhension des problématiques des patients, et une meilleure prise en compte de l'entourage. De plus, elle permet une approche flexible et personnalisée et évite les conséquences de l'hospitalisation, telles que la stigmatisation ou la rupture d'avec le milieu ordinaire.

3. Matériel et Méthodes

3.1. Méthodologie

La méthodologie et l'analyse statistique de ce travail ont été élaborées avec l'aide de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale du Nord Pas-de-Calais.

Ce travail propose une double étude. La première est descriptive et rétrospective, portant sur les caractéristiques sociodémographiques et psychiatriques des patients pris en charge par le dispositif SIIC du premier janvier au 31 décembre 2008.

La seconde partie consiste en une étude rétrospective comparant les données d'hospitalisation du secteur 59G21 avant et après la mise en place du dispositif SIIC en février 2006. Elle étudie donc les données sur deux ans : 2005 et 2008 (1^{er} janvier au 31 décembre).

Nous choisissons d'effectuer une étude d'impact indirecte, avec l'hypothèse que les modifications des profils d'hospitalisations entre 2005 et 2008 sont imputables à la mise en place du dispositif SIIC.

L'année 2008 a été choisie car le dispositif SIIC est passé de 7 places à 10 places en 2007, les données risquaient donc de ne pas être fiables pour cette année 2007. Par ailleurs, entre ces deux années, il n'y a pas eu d'autre modification notable du nombre de places dans le service ni de nouveaux partenariats susceptibles de biaiser les données concernant les hospitalisations.

Ont été inclus tous les patients admis dans l'unité du secteur au moins une fois en du premier janvier au 31 décembre 2005 ou du premier janvier au 31 décembre 2008. Les patients déjà admis aux premiers janvier des deux années ont donc été exclus.

3.2. Objectifs et hypothèses

L'objet de cette étude est l'unité de soins intensifs à domicile nommée SIIC du secteur 59G21, et plus précisément, les effets de sa mise en place sur les hospitalisations du secteur.

● **Les objectifs** de l'étude comparative sont les suivants :

- L'objectif principal est de démontrer que la prise en charge en SIIC permet **de diminuer la durée moyenne de séjour.**

- Les objectifs secondaires sont les suivants :

- montrer que la prise en charge en SIIC permet **de diminuer le nombre total d'hospitalisations dans l'année.**

- Montrer que la prise en charge en SIIC **n'augmente pas le nombre d'admissions** des patients.

- Evaluer l'effet de la prise en charge en SIIC sur les patients sous contrainte.

● **Les hypothèses** sont les suivantes :

- L'hypothèse principale de l'étude est que **la durée moyenne de séjour (par hospitalisation) a diminué entre 2005 et 2008 pour les patients tous codes diagnostics confondus.**

- Les hypothèses secondaires sont les suivantes :

Sachant que la durée moyenne de séjour est calculée comme suit :

$$\text{DMS} = \text{nombre de jours hospitalisés} / \text{nombre d'admissions.}$$

- le nombre total d'admissions par an a diminué entre 2005 et 2008.

- le nombre d'admission par patient et par an n'a pas évolué entre 2005 et 2008.

- La durée moyenne de séjour et le nombre d'admissions des patients hospitalisés sous contrainte a diminué entre 2005 et 2008(sous le mode de la sortie d'essai, loi de 1990).

- La durée moyenne de séjour et le nombre total d'admissions a diminué entre 2005 et 2008 spécifiquement pour les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères et chroniques, par patient et par catégorie diagnostique CIM 10 [12]: troubles psychotiques (F2), troubles bipolaires (F3 excepté F32⁴), troubles de personnalité (F6) et comorbidités addictologiques⁵ (F1).

3.3. Recueil de données.

Les données ont été recueillies après autorisation de la CNIL, par le DIRM de l'EPSM Lille-Métropole, à partir du RIM-Psy. Pour chaque patient hospitalisé en 2005 ou en 2008, les données suivantes ont été collectées :

- Le nombre d'hospitalisations dans l'année ;
- Le nombre total de jours passés à l'hôpital dans l'année ;
- Le code diagnostic principal ;
- La présence ou non d'au moins une hospitalisation en HO ou en HDT dans l'année (si le patient a été hospitalisé sous plusieurs régimes dans l'année, c'est la mesure de contrainte la plus « lourde » qui a été prise en considération) ;

⁴ Les troubles dépressifs, appartenant à la catégorie F32 de la classification CIM-10 ont été analysés en deux temps. Nous avons tous d'abord étudié l'ensemble de la catégorie « troubles de l'humeur » (F3) puis uniquement la catégorie F32. En effet, nous avons considéré, avec les auteurs de la littérature internationale, que les troubles dépressifs simples, hors troubles bipolaires ou unipolaires, de la catégorie F32, n'entraient pas dans les « troubles psychiatriques sévères », de part leur évolution pronostique classique et leurs besoins usuels de soins.

⁵ Les troubles addictologiques ont été inclus dans la catégorie des troubles psychiatriques sévères étant donné la fréquence des hospitalisations de personnes suivies pour des troubles psychiatriques associant une comorbidité addictologiques. Seuls les diagnostics principaux étaient renseignés. En excluant les troubles addictologiques, le risque était grand d'exclure des personnes suivies pour des troubles sévères. Nous avons donc choisi de les considérer dans cette catégorie.

- L'âge ;
- Le sexe ;
- Le statut matrimonial (marié/pacsé ; veuf/divorcé ; célibataire) ;
- La catégorie socio professionnelle (Actif en milieu ordinaire ; actif en milieu protégé ; Sans activité ; en recherche d'emploi) ;
- Le mode de vie (vit seul ; en couple ; avec des enfants ; dans sa famille ou en institution)

Les mêmes données ont été recueillies pour les patients admis en SIIC en 2008 (avec le nombre et la durée des prises en charges par le programme).

3.4. Analyse statistique

La comparaison des variables quantitatives entre 2005 et 2008 a été réalisée par le biais d'un test de *Student* de comparaison de moyennes pour échantillons indépendants. Lorsque les distributions du caractère quantitatif dans les deux groupes n'étaient pas issues d'une distribution gaussienne, un test de *Wilcoxon* (test non-paramétrique) a été utilisé. Il a permis de comparer la distribution du caractère quantitatif entre les deux groupes. (Cas des durées moyennes de séjours et du nombre moyen d'admission présentant des distributions très asymétriques).

L'étude du lien entre les caractères qualitatifs a été réalisée au moyen d'un test du *Khi-deux* d'indépendance de Pearson. Si les conditions d'application du test du *Khi-deux* n'étaient pas réunies, un test exact de *Fisher* a été utilisé.

Il a été utilisé, pour l'ensemble des tests statistiques, un risque de première espèce alpha de 5%.

4. Résultats

4.1. Etude descriptive des patients pris en charge en SIIC en 2008.

Du premier janvier au 31 décembre 2008, **116 patients** ont été pris en charge par le dispositif SIIC, pour un total de **152 séjours** d'une durée moyenne de **13,16 jours**. 16 patients ont été admis deux fois, 4 ont effectué 3 séjours en SIIC, 1 usager a fait 5 séjours, et enfin, 1 usager a fait 8 séjours. 81% des patients n'ont donc effectué qu'un seul séjour, contre 19% qui en ont effectué plusieurs (**19% de réadmissions**).

4.1.1. Description socio démographiques

La moyenne d'âge était de **38 ans**. Le patient le plus jeune avait 18 ans, le plus âgé avait 77 ans. On comptait 63% de femmes et 37% d'hommes, soit un ratio femmes/hommes de 1,7 pour un.

4.1.1.1. Statut matrimonial

Pour 15% des patients, les données concernant le statut matrimonial n'étaient pas disponibles (17 personnes). 32 patients étaient mariés ou pacsés (32%), 9 divorcés (9%), 54 étaient célibataires ou veufs (54%). Ces données sont reprise par la Figure 1 ci-dessous.

4.1.1.2. Statut socioprofessionnel

Le recueil de données renseignait le statut socioprofessionnel de 65% des usagers (76 personnes). 28 personnes travaillaient en milieu ordinaire (37%), 36 étaient sans activité ou demandeurs d'emploi (47%), et 12 étaient étudiants, femme au foyer ou retraités (16%) (cf. Figure 2 ci-dessous).

4.1.1.3. Mode de vie

Les données sur le mode de vie n'étaient disponibles que pour 81 personnes, soit 70% de l'échantillon. Parmi eux, 26 personnes vivaient seules (32%), 22 vivaient en couple (27%), et 33 vivaient en famille, soit 41% (avec enfants ou dans leur famille d'origine). Ces données sont résumées par la Figure 3 ci-dessous.

Figure 1 : Statut matrimonial des usagers du SIIC en 2008.

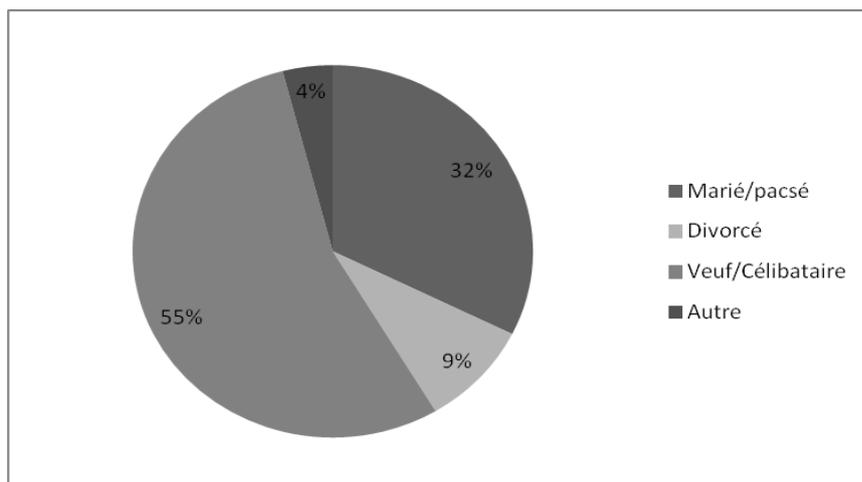


Figure 2 : Statut socioprofessionnel des usagers du SIIC en 2008.

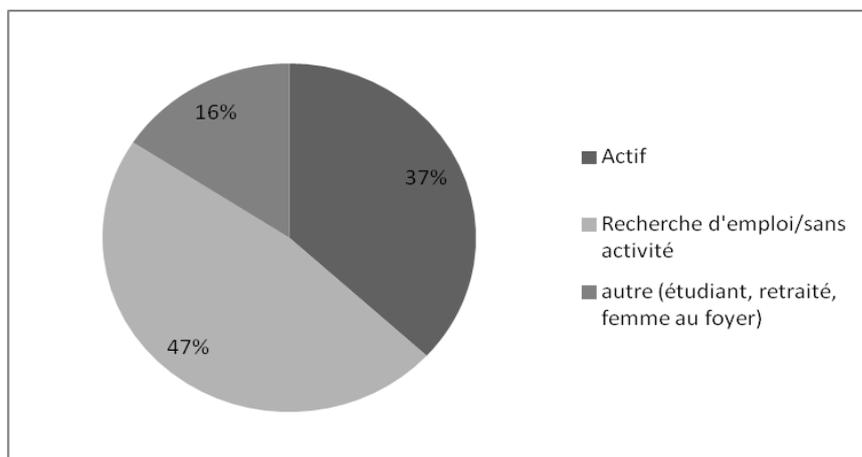
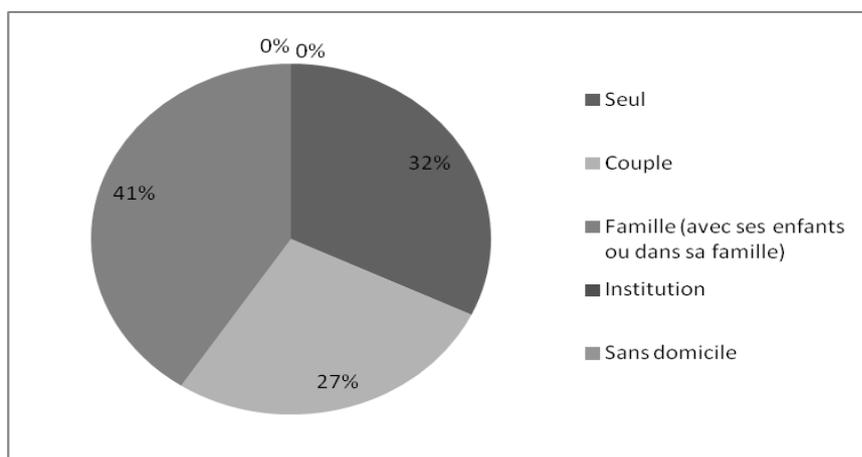


Figure 3 : Mode de vie des usagers du SIIC en 2008.

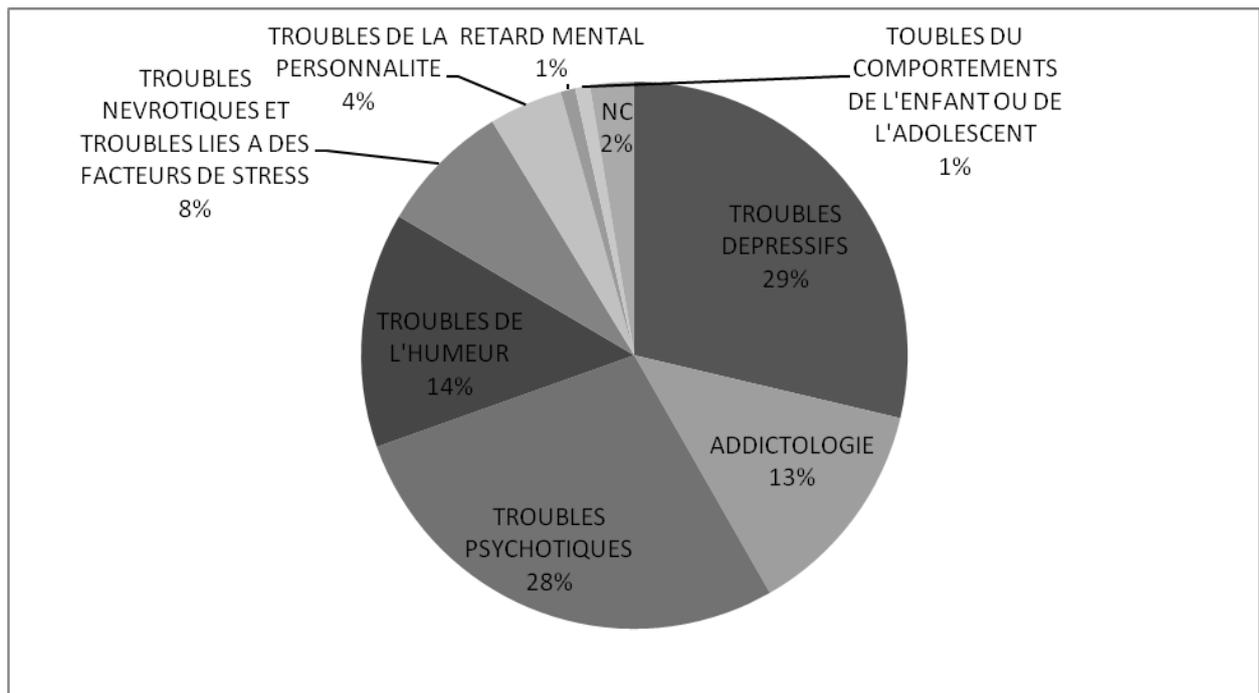


3.1.1. Description psychiatrique

3.1.1.1. Codes diagnostics

98% des codes diagnostics CIM-10 [12] principaux étaient disponibles. Les codes diagnostics secondaires étaient recueillis mais très rarement renseignés. Nous avons donc choisi de ne pas les inclure dans les résultats. L'échantillon comptait 43% de troubles de l'humeur, (29% de troubles dépressifs simples (codes F32) et 14% d'autres troubles de l'humeur (codes F3 sans F32)), 13% de troubles addictologiques, 28% de troubles psychotiques, 8% de troubles anxieux, 4% de troubles de la personnalité. On compte donc 59% de troubles psychiatriques sévères (troubles bipolaires + troubles psychotiques + troubles de la personnalité + troubles addictologiques), selon la définition adoptée p.20. Ces données sont résumées dans la Figure 4 ci-dessous.

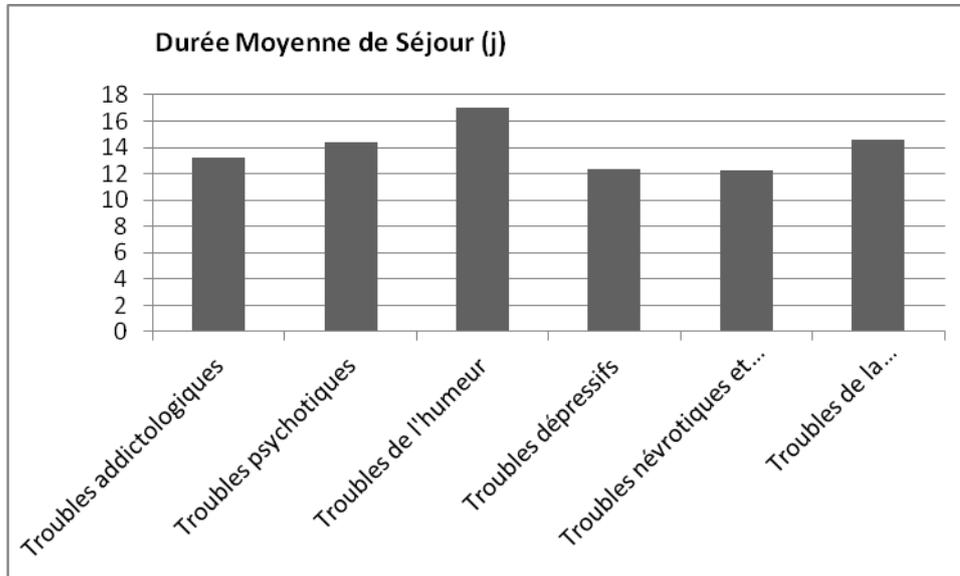
Figure 4 : Répartition des codes diagnostics CIM-10 des usagers du SIIC en 2008



NB : les « troubles de l'humeur » (F3) sont ici représentés sans les troubles dépressifs simples (F32), soit (F3-F32).

3.1.1.2. Durée moyenne de séjour en SIIC par code diagnostic :

Figure 5 : Comparaison des durées moyennes de séjour en fonction du code diagnostic CIM-10 des usagers du SIIC en 2008.



NB : Les troubles de l'humeur sont ici indiqués hors troubles dépressifs simples F32 (soit F3-F32).

Les patients admis en SIIC pour troubles dépressifs et troubles anxieux semblent rester moins longtemps dans le dispositif. Ce sont les patients atteints de troubles de l'humeur hors troubles dépressifs simples qui y restent plus longtemps. Notons que la méthodologie descriptive de cette partie de l'étude ne nous permet pas de conclure à une différence statistiquement significative.

3.1.1.3. Pourcentage de patients hospitalisés dans l'année :

69 patients sur les 116 pris en charge en SIIC ont été hospitalisés la même année (59,4%). Ce qui fait donc 40,60% des patients qui ne l'ont pas été. 29% des 239 patients hospitalisés en 2008 ont donc été admis en SIIC la même année.

3.1.1.4. Pourcentage de patients hospitalisés au moins une fois sous contrainte (HO/HDT)

Parmi les patients hospitalisés en 2008 et pris en charge par le SIIC, plus de la moitié l'ont été en Hospitalisation Libre (64%). Aucun patient pris en charge par le SIIC en 2008 n'avait été hospitalisé en Hospitalisation d'Office cette année là. 32 patients sur les 116 pris en charge en SIIC avaient été hospitalisés en HDT, ce qui fait un pourcentage de 27,5% du total des patients pris en charge en SIIC, et 46% des patients hospitalisés dans l'année et pris en charge par le SIIC.

3.2. Etude d'impact de la mise en place du SIIC sur les hospitalisations du secteur.

3.2.1. Comparaison des durées moyennes de séjour.

En 2005, 269 patients avaient été hospitalisés. Les données concernant les hospitalisations étaient disponibles pour 256 patients. Le nombre de jours passés à l'hôpital (dans l'année) était en moyenne de 12,26 jours [min 1- max 224], avec une médiane à 6,0 jours [Q1=3,0-Q3=13,5]. La durée moyenne par séjour était de 8,34 jours [déviati on standard=15,99], avec une médiane à 5,50 [Q1=3,0-Q3=9,0].

En 2008, on comptait 239 patients, dont 220 avaient des données complètes utilisables pour les durées de séjour. Le nombre de jours passés à l'hôpital (dans l'année) était en moyenne de 10,66 jours [min 1- max 182], avec une médiane à 5,0 jours [Q1=2,0-Q3=13,0]. La durée moyenne par séjour était de 6,80 jours [déviati on standard=8,99], avec une médiane à 4,00 [Q1=2,0-Q3=7,06].

Le test de comparaison de moyennes de *Wilcoxon* montre donc une diminution statistiquement significative de la durée moyenne de séjour entre les deux années avec $p=0,0109$. Ces données sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Comparaison des Durées Moyennes de séjour entre 2005 et 2008.

Année	N observé	N analysé	DMS Moyenne	Déviati on standard	Min	Q1	Médiane	Q3	Max	p
2005	269	256	8.35	15.99	0.50	3.00	5.50	9.00	224.00	0.0109
2008	239	220	6.81	8.99	0.50	2.00	4.00	7.06	75.00	

N= Nombre de séjours ; DMS= Durée Moyenne de Séjour (en jours) ; Min= Durée de séjour minimale ; Q1= premier quartile (25%) ; Q3= troisième quartile (75%) ; Max= Durée maximale ; p=différence statistique selon test de *Wilcoxon*.

3.2.2. Comparaison du nombre d'admissions par an et du nombre de réadmissions.

Entre 2005 et 2008, le nombre total d'admissions est passé de 269 à 239, soit une baisse de 11%.

En ce qui concerne le nombre moyen d'admission par patient et par an, en 2005, il y avait en moyenne 1,50 admission par patient, contre 1,55 en 2008. La médiane était de 1,00 pour les deux années [Pour les deux années : Q1=1,00 ; Q3=2,00]. Le teste de *Wilcoxon* donne donc $p=0,8051$. On n'observe donc pas de différence significative.

3.2.3. Comparaison de la Durée Moyenne de Séjour et du nombre d'admissions pour les hospitalisations sous contrainte.

3.2.3.1. Hospitalisations d'Office

En 2005, on comptait 12 patients hospitalisés d'office au moins une fois, soit 4,49% des patients hospitalisés dans l'année. En 2008, 8 patients avaient été admis en HO, soit 3,35%. Un test de *Khi-Deux* comparant ces deux pourcentages obtient un nombre $p=0,5085$, soit un résultat non significatif.

La durée moyenne de séjour était de 14,18 jours en 2005 [Déviation Standard=11,37], contre 17,44 en 2008 [Déviation Standard=18,97]. La médiane était de 9,25 en 2005 [Q1=7,00 ; Q3=22,00], contre 6,75 en 2008 [Q1=3,50 ; Q3=35,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,8488$, soit un résultat non significatif.**

3.2.3.2. Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

En 2005, 89 patients avaient été hospitalisés en HDT au moins une fois, soit 33,33% du total des admissions de l'année, contre 88 patients et 36,83% pour 2008. **Le test de Khi-Deux obtenait un résultat $p=0,4116$, soit aucune différence significative.**

La durée moyenne de séjour était de 8,58 jours en 2005 [Déviation Standard=11,61], contre 9,34 en 2008 [Déviation Standard=11,57]. La médiane était de 6,00 en 2005 [Q1=3,00 ; Q3=9,00], contre 5,50 en 2008 [Q1=3,00 ; Q3=12,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,8261$, soit un résultat non significatif.**

Pour les patients n'ayant été hospitalisé ni en HO ni en HDT, la durée moyenne de séjour était de 7,80 jours en 2005 [Déviation Standard=18,26], contre 4,60 en 2008 [Déviation Standard=4,32]. La médiane était de 5,00 en 2005 [Q1=2,40 ; Q3=8,00], contre 2,00 en 2008 [Q1=2,00 ; Q3=6,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,0010$, soit un résultat très significatif.**

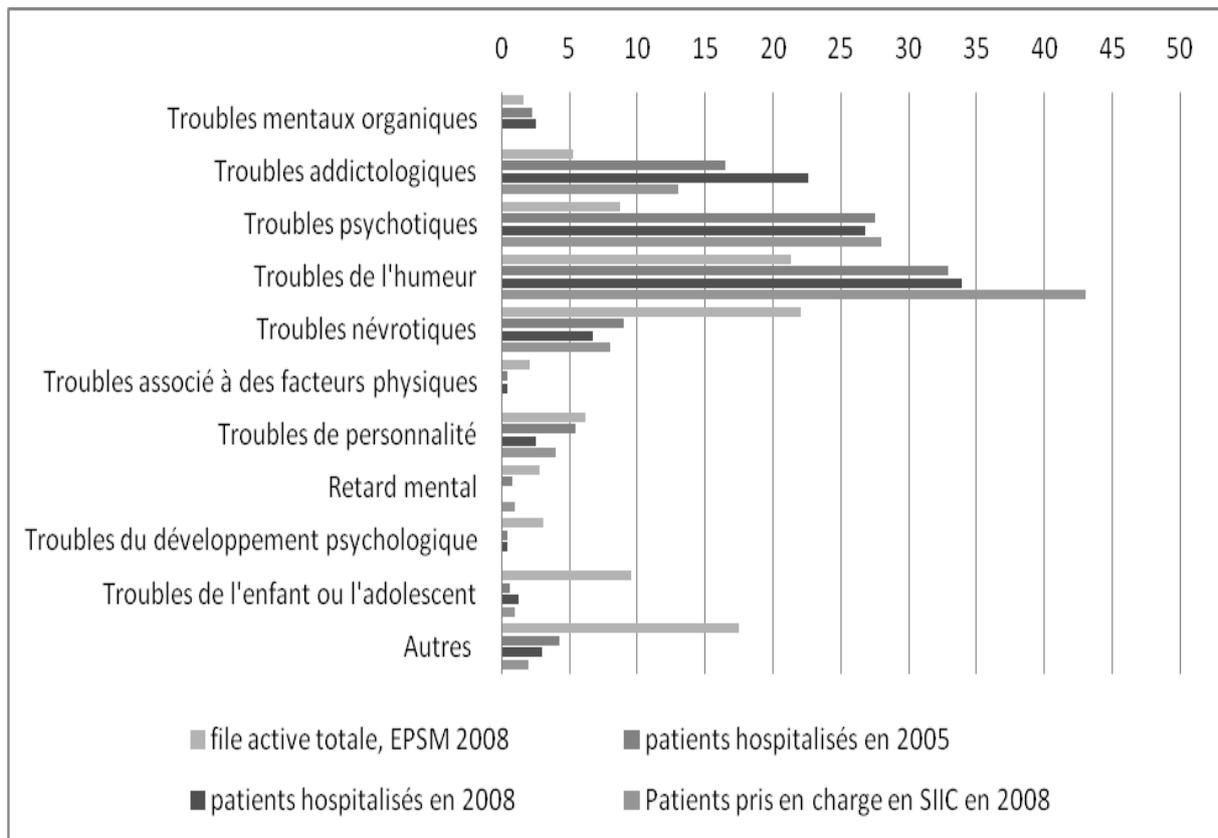
La diminution globale de la durée moyenne de séjour tient donc à une diminution de cette DMS chez les patients hospitalisés librement. Les personnes ayant été hospitalisé sous contrainte au moins une fois dans l'année ne sortent pas plus vite de l'hôpital en 2008 qu'en 2005. Cela infirme notre hypothèse selon laquelle tous les régimes d'hospitalisation seraient concernés par le dispositif SIIC. La nécessité d'hospitaliser sous contrainte concerne souvent des situations difficile et installée depuis longtemps, pour lesquelles les alternatives à l'hospitalisation sont donc moins facilement mises en place.

3.2.4. Comparaison des durées moyennes de séjour et du nombre d'admission par code diagnostic.

3.2.4.1. Description des échantillons.

La répartition des patients hospitalisés chaque année selon leur code diagnostic principal (codage CIM 10 [12]) est présentée dans le schéma ci-dessous. A titre indicatif, la même répartition pour les patients de l'échantillon SIIC et du total de la file active de l'EPSM Lille Métropole est aussi représentée (même si des études complémentaires seraient nécessaires pour conclure à des écarts statistiquement significatifs). On constate une forte proportion de troubles de l'humeur (32,93% en 2005, 33,89% en 2008), de troubles psychotiques (27,61% en 2005, 26,78% en 2008), et de troubles addictologiques (16,47% en 2005 et 22,59% en 2008). Enfin viennent les troubles anxieux et de l'adaptation (9,04% en 2005 contre 6,69% en 2008). Les troubles de personnalité (5,42% en 2005 contre 2,51% en 2008), et les autres catégories représentaient un trop faible échantillon pour effectuer une étude comparative. La comparaison de la durée moyenne de séjour et du nombre moyen d'admissions dans l'année selon le diagnostic n'a donc été effectuée que pour les quatre catégories suffisamment représentées : troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles addictologiques, troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress. Les résultats sont résumés dans le Tableau 2.

Figure 6 : Répartition comparatives des codes diagnostics CIM-10 par mode de prise en charge (en %).



Répartition indicative des codes diagnostics principaux des patients hospitalisés en 2005, en 2008, pris en charge en SIIC en 2008 et du total de la file active de l'EPSM Lille Métropole en 2008. Source : DIRM EPSM Lille Métropole.

3.2.4.2. Troubles addictologiques.

En 2005, 28 patients avaient été admis pour troubles addictologiques (F1). Pour 26 d'entre eux, les résultats étaient interprétables. En 2008, on en comptait 54, avec 48 résultats interprétables. Le nombre total d'admissions pour ce code diagnostique a donc augmenté de 92,8%. La DMS était de 5,95 jours en 2005 [déviation standard= 5,30 ; Min= 0,50 ; Max=23,00], contre 6,21 en 2008 [Déviation Standard=10,90 ; Min= 0,50 ; Max=75,00], la médiane était de 5,00 jours en 2005 [Q1=1,50 ; Q3=8,00] contre 3,97 en 2008 [Q1=2,00 ; Q3=6,00]. **Les résultats du test de Wilcoxon donnaient p=0,5605. Il n'y avait donc pas de différence significative pour les DMS de ce code diagnostique.**

Le nombre moyen d'admission par patient était de 1,50 en 2005 [Déviation Standard=0,92], contre 2,00 en 2008 [Déviation Standard=2,42]. La médiane était de 1,00 pour les deux années [Q1=1,00 ; Q3=2,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,4505$, soit un résultat non significatif.**

3.2.4.3. Troubles « psychotiques ».

En 2005, 73 patients avaient été admis pour troubles psychotiques (F2). Pour 72 d'entre eux, les résultats étaient interprétables. En 2008, on en comptait 64, avec 63 résultats interprétables. Le nombre total d'admissions a donc diminué de 12,3% entre 2005 et 2008. La DMS était de 9,56 jours en 2005 [déviation standard= 11,98 ; Min= 1,00 ; Max=91,00], contre 9,20 en 2008 [Déviation Standard=10,25 ; Min= 1,00 ; Max=48,00], la médiane était de 6,50 jours en 2005 [Q1=4,00 ; Q3=11,17] contre 5,00 jours en 2008 [Q1=3,00 ; Q3=13,50]. **Les résultats du test de Wilcoxon donnaient $p=0,4103$. Il n'y avait donc pas de différence significative pour les DMS de ce code diagnostic.**

Le nombre moyen d'admission par patient était de 1,59 en 2005 [Déviation Standard=1,08], contre 1,83 en 2008 [Déviation Standard=1,61]. La médiane était de 1,00 pour les deux années [Q1=1,00 ; Q3=2,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,5258$, soit un résultat non significatif.**

3.2.4.4. Troubles de l'humeur.

En 2005, 83 patients avaient été admis pour troubles de l'humeur (F3). Pour 80 d'entre eux, les résultats étaient interprétables. En 2008, on en comptait 81, avec 74 résultats interprétables. Le nombre d'admissions a donc diminué de 3,6% entre 2005 et 2008. La DMS était de 7,30 jours en 2005 [déviation standard= 6,16 ; Min= 0,50 ; Max=36,00], contre 5,78 jours en 2008 [Déviation Standard=6,87 ; Min= 0,50 ; Max=45,00], la médiane était de 6,00 jours en 2005 [Q1=3,00 ; Q3=9,00] contre 4,00 jours en 2008 [Q1=1,33 ; Q3=7,00]. **Les résultats du test de Wilcoxon étaient significatifs avec $p=0,0082$. On note donc une diminution de la durée moyenne de séjour entre 2005 et 2008 pour les troubles de l'humeur.**

Les troubles dépressifs (F32) représentent 21,37% du total des patients hospitalisés, et les deux tiers des patients ayant un diagnostic de trouble de l'humeur (F3). La DMS pour ces troubles dépressifs seuls baisse de 7,06 jours (Min= 1,00 ; Max= 28,00 ; Déviation Standard=5,68) à 5,36 jours (Min=0,50 ; Max=23,50 ; Déviation Standard= 4,99) entre 2005 et 2008, avec une médiane passant de 5,74 (Q1= 3,00 ; Q3= 9,00) à 4,00 jours (Q1= 2,00 ; Q3= 7,00). **Le teste de Wilcoxon effectué donne un résultat non statistiquement significatif avec $p=0,0622$.**

Pour les troubles de l'humeur sans les troubles dépressifs, le nombre moyen d'admission par patient était de 1,71 en 2005 [Déviation Standard=1,38], contre 1,21 en 2008 [Déviation Standard=0,56]. La médiane était de 1,00 pour les deux années [2005 : Q1=1,00 ; Q3=2,00], [2008 : Q1=1,00 ; Q3=1,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,1038$, soit un résultat non significatif.**

Pour les troubles dépressifs seuls (F32), le nombre moyen d'admission par patient était de 1,48 en 2005 [Déviation Standard=1,02], contre 1,23 en 2008 [Déviation Standard=0,51]. La médiane était de 1,00 pour les deux années [2005 : Q1=1,00 ; Q3=2,00], [2008 : Q1=1,00 ; Q3=1,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,3453$, soit un résultat non significatif.**

3.2.4.5. Troubles « névrotiques » et troubles liés à des facteurs de stress

En 2005, 29 patients avaient été admis pour troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress (F4). Pour 27 d'entre eux, les résultats étaient interprétables. En 2008, on en comptait 16, avec 13 résultats interprétables. Le nombre total d'admissions a donc diminué de 44,8% entre les deux années. La DMS était de 4,88 jours en 2005 [déviation standard= 4,66 ; Min= 1,00 ; Max=18,00], contre 3,52 en 2008 [Déviation Standard=2,55 ; Min= 1,00 ; Max=9,00], la médiane était de 3,00 jours en 2005 [Q1=2,00 ; Q3=6,00] contre 2,25 jours en 2008 [Q1=2,00 ; Q3=4,00]. **Les résultats du test de Wilcoxon donnaient $p=0,5822$. Il n'y avait donc pas de différence significative pour ce code diagnostique.**

Le nombre moyen d'admission par patient était de 1,24 en 2005 [Déviation Standard=0,58], contre 1,25 en 2008 [Déviation Standard=0,77]. La médiane était de 1,00

pour les deux années [2005 : Q1=1,00 ; Q3=2,00], [2008 : Q1=1,00 ; Q3=1,00]. **Le test de Wilcoxon donne donc $p=0,7365$, soit un résultat non significatif.**

Tableau 2 : Comparaison du Nombre d'admissions (N) et Durée Moyenne de Séjour (DMS) entre 2005 et 2008 en fonction du code diagnostic (CIM 10)

	2005	2008	Variation du d'admissions (en %)	P (test de <i>Wilcoxon</i>)
Troubles addictologiques				
N observé	28	54	+ 92,8%	
N	26	48		
DMS (j)	5,95	6,21		0,5605
Médiane (j)	5,00	3,97		
Troubles psychotiques				
N observé	73	64	- 12,3%	
N	72	63		
DMS (j)	9,56	9,20		0,4103
Médiane (j)	6,50	5,00		
Troubles de l'humeur				
N observé	83	80	- 3,6%	
N	80	74		
DMS (j)	7,50	5,78		0,0082
Médiane (j)	6,00	4,00		
Troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress				
N observé	29	16	- 44,8%	
N	27	13		
DMS (j)	4,88	3,52		0,5822
Médiane (j)	3,00	2,25		

3.2.5. Comparabilité des groupes

Les variables choisies pour évaluer la comparabilité des deux groupes de patients hospitalisés soit en 2005 soit en 2008 sont l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le statut marital et le mode de vie.

Concernant le sexe, on comptait 148 hommes et 121 femmes en 2005, contre 122 hommes et 117 femmes en 2008. **Le test de *Khi-deux* effectué donne $p=0,3705$, soit aucune différence significative.**

L'âge moyen des patients était de 36,64 ans en 2005 et de 37,56 ans en 2008. L'âge médian était de 35,45 ans [Q1=26,23 ; Q3=48,37] et de 36,35 ans en 2008 [Q1=26,97 ; Q3=47,88]. **Un test de comparaison de moyennes de *Student* a été effectué, donnant $p=0,5440$, soit un résultat non significatif.**

L'étude des données concernant mode de vie, catégorie socioprofessionnelle et statut matrimonial s'est heurtée à une grande variabilité du nombre de données renseignées. Nous avons donc choisi d'exclure la catégorie « non renseigné » de l'analyse statistique et de n'étudier que les données renseignées, afin d'améliorer la comparabilité des groupes.

Concernant le mode de vie, il manquait 19% des données en 2005, contre 43% en 2008. En excluant les données manquantes, on obtenait 35,02% de personnes vivant seules en 2005 contre 39,55% en 2008. 11,52% vivaient en couple en 2005, 12,69% en 2008. 22,58% vivaient seul ou en couple avec des enfants en 2005, contre 23,88% en 2008. 23,50% des patients de 2005 vivaient dans leur famille d'origine, contre 20,90 en 2008. 6,91% vivaient en institution, contre 2,99% en 2008. **Les groupes étaient donc comparables avec un test de *Khi-Deux* donnant $p=0,5719$.**

Pour la catégorie socioprofessionnelle, 18,96% des données manquaient en 2005, contre 46,86% en 2008. En 2005, 24,31% des patients travaillaient en milieu ordinaire, 1,38% en milieu protégé, 64,68% étaient sans activité (femme au foyer, retraité...), et 9,63% en recherche d'emploi. En 2008, on comptait 43,31% en milieu ordinaire, 0% en milieu protégé, 45,67% sans activité et 11,02% en recherche d'emploi. **Le test de *Khi-Deux* donne $p=0,0010$, soit un résultat très significatif.** En effet, il existe une forte diminution des

personnes sans activité entre 2005 et 2008, mais cette diminution peut être expliquée par une très forte diminution des données disponibles en 2008 (Cf. chapitre 4.4, p. 47).

Concernant le statut matrimonial, 8,55% des données manquaient en 2005, contre 30,13% en 2008. 22,76% des patients étaient mariés ou pacsé, contre 25,15% en 2008. 15,45% étaient divorcés en 2005 contre 18,56% en 2008. Enfin, 61,79% étaient veufs ou célibataires, contre 56,29% en 2008. **Le test de *Khi-Deux* montre donc une valeur de $p=0,5164$, soit non statistiquement significatif.** On considère donc les deux groupes comme comparables en termes de statu matrimonial.

4. Discussion

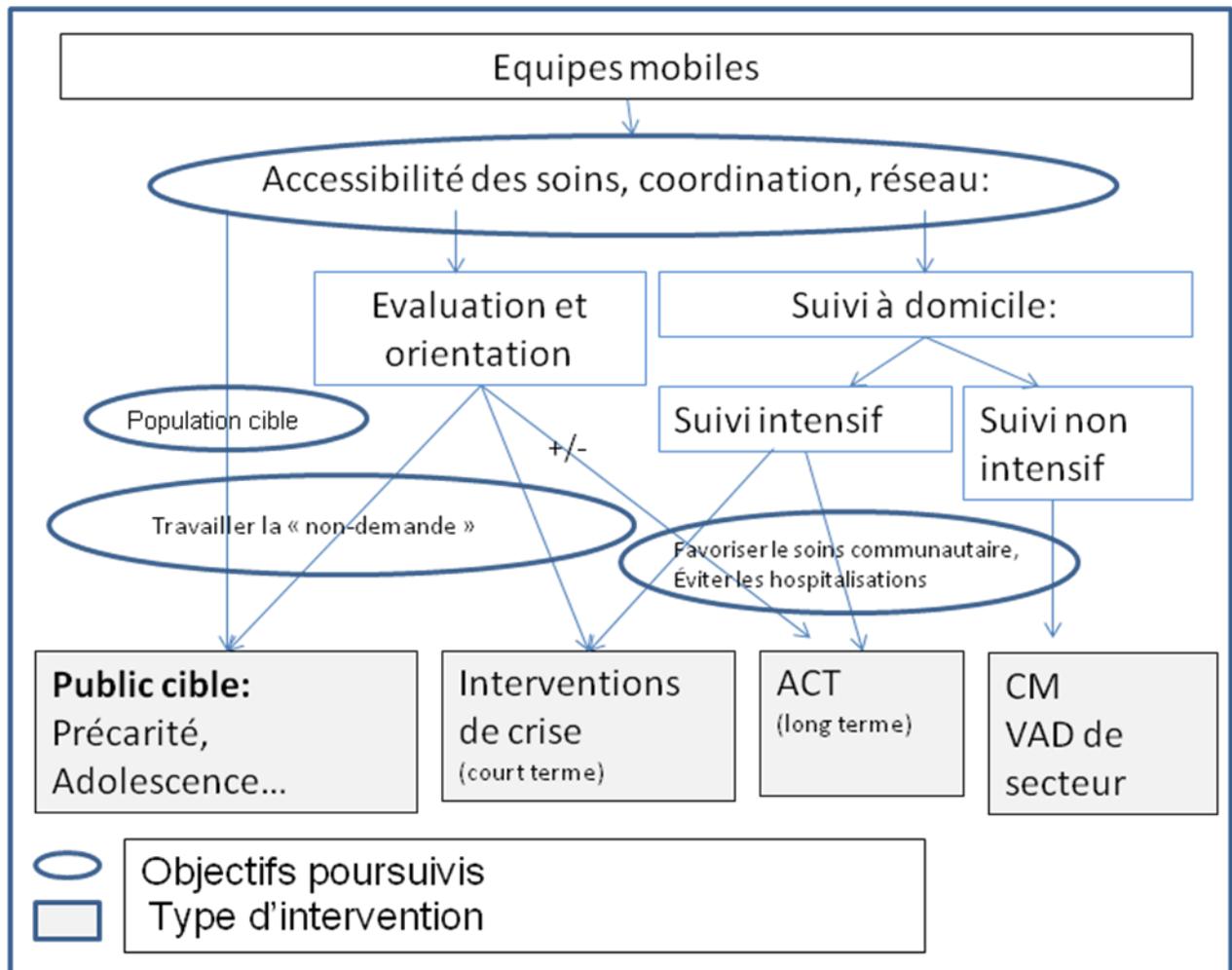
4.1. Place du SIIC dans la classification des équipes mobiles

La littérature internationale distingue deux grands types de soins intensifs à domicile [3] : des soins au long cours inspirés de *l'Assertive Community Treatment* [2], et des soins à court terme nommés « interventions de crise à domicile » [10]. En France, on voit se développer de nombreuses « équipes mobiles » [13], qui correspondent, soit à ces deux types de soins, soit à des équipes utilisant la mobilité pour améliorer l'accès aux soins. On peut citer les équipes mobiles « santé mentale et précarité » généralisées sur le territoire depuis 2005 [14]. Ces modèles se distinguent par leurs durées d'interventions, leurs objectifs, et surtout le fait que le traitement soit dispensé par l'équipe ou que cette dernière ne travaille que l'accès aux soins, et oriente ensuite l'utilisateur vers des filières de soins classiques. Ces distinctions peuvent être schématisées par la Figure 7.

Les équipes de crises à domicile sont des équipes pluridisciplinaires intervenant en général pour une durée de 6 semaines [3]. Elles ciblent des patients présentant une exacerbation aiguë d'un trouble psychiatrique sévère, dont l'intensité nécessiterait une hospitalisation en l'absence de ce dispositif. Le terme « crise » est donc utilisé au sens spécifique de « crise psychopathologique » de Séguin et al. [15]. La crise doit donc être considérée comme la survenue (ou non) d'un événement de vie entraînant un dépassement des mécanismes d'adaptation de la personne, et la résurgence de symptômes [16]. Ce type de crise nécessite une intervention et des soins médicaux urgents.

Les équipes de crises développent donc une disponibilité 24 heures sur 24 afin de répondre à ces exacerbations aiguës. Le programme se déroule en plusieurs étapes : évaluation, orientation vers le dispositif de soins le plus adaptés, gestion de la crise à domicile (par des passages pluriquotidiens, avec dispensation de traitements médicamenteux et soutien à l'entourage), et coordination du relais avec une structure de soins moins intensive [10], [17], [18].

Figure 7 : Classification des équipes mobiles.



VAD : Visite à Domicile ; ACT : *Assertive Community Treatment* ; CM : *Case Management*

Le dispositif SIIC répond donc à ce modèle de l'intervention de crise, puisqu'il s'agit bien d'une équipe pluridisciplinaire dédiée, intervenant à court terme pour des patients présentant une décompensation aiguë. Le programme de soins évalue et oriente la demande, puis pratique des visites à domicile tels que décrites dans la littérature internationale. La disponibilité du SIIC n'est toutefois pas égale à celle des programmes décrits, puisque, s'il existe une disponibilité téléphonique 24 heures sur 24, la mobilité physique n'est pas effective la nuit. Avec une durée moyenne de séjour de 13 jours, le SIIC s'inscrit bien dans un modèle de programme à court terme.

Au plan des indications, le SIIC prend en charge 28% de troubles psychotiques, 14% de troubles de l'humeur sans les troubles dépressifs simples, 29% de troubles dépressifs simples (F32). Les études de Rosetti *et al.* [19] et de Semal *et al.* [20], décrivant les dispositifs d'Hospitalisation à Domicile (HAD) au sein de secteurs psychiatriques, prenaient en charge des profils différents puisqu'une grande majorité des usagers inclus présentent des troubles psychotiques. On peut expliquer cette divergence par des modalités d'intervention et des indications différentes : les dispositifs décrits sont des programmes d'HAD d'une durée moyenne de 32 jours pour l'un, minimale d'un mois pour l'autre. Ces programmes visent donc des usagers présentant des troubles plus chroniques, et s'inscrivent moins dans une intervention d'urgence ou d'alternative à l'hospitalisation à court terme, mais plutôt comme des soins de suite à moyen terme. Le secteur 59G21 a, lui, développé un suivi intensif médico-éducatif au sein d'appartements associatifs, qui tient ce rôle à moyen et long terme.

L'étude de Robin *et al.* [21] à propos du dispositif intersectoriel ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise), intervenant à domicile pour une durée maximale d'un mois, inclut, quant à elle 11,3% de personnes souffrant de schizophrénie, 25,8% de troubles de l'humeur et 25,8% de troubles névrotiques et de la personnalité. Le profil de ce dispositif répond plus à des situations de crises au sens large, plutôt qu'à des crises psychopathologiques [15]. Cette remarque fait écho à celle de While *et al.* [22], à propos des indications des interventions de crise. Ces derniers remarquent qu'en pratique, les équipes de crise sont amenées à prendre en charge des patients présentant des troubles moins sévères et des situations de crise de toutes sortes, malgré leur indication spécifique concernant les exacerbations de troubles psychiatriques sévères [17].

Ainsi, le dispositif SIIC, prenant en charge 59% de patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, dont un tiers de patients souffrant de troubles psychotiques, et 14% de patients atteints de troubles de l'humeur (hors troubles dépressifs simples), répond à la définition des équipes de crise à domicile. Mais on voit aussi qu'il prend en charge un tiers de troubles dépressifs, 8% de troubles anxieux et 4% de troubles de la personnalité. Les remarques de While *et al.* s'appliquent donc aux SIIC. D'autant plus, comme signalé ci-dessous, que la diminution significative de la durée moyenne de séjour hospitalier touche uniquement les troubles de l'humeur. Ces troubles sont d'ailleurs sur représentés dans

l'échantillon des SIIC par rapport aux échantillons de patients hospitalisés (43% en SIIC contre 33% et 34% en 2005 et 2008), mais aussi par rapport à la file active totale de l'EPSM Lille Métropole en 2008 (21%, valeur donnée à titre indicatif dans la Figure 2).

Enfin, on peut noter un gradient entre les indications du dispositif ERIC [21] et celles des programmes d'HAD tels que présentés par Rosetti *et al.* [19] et Semal *et al.* [20], eu sein duquel le SIIC se placerait en intermédiaire. Cela souligne la disparité des modalités d'interventions, des indications et des durées de suivi des différentes équipes de soins à domicile en France.

Par ailleurs, concernant la faisabilité de ce type de programmes de soins, on peut remarquer que 32% des personnes suivies par les SIIC vivaient seuls, ce qui nous indique que ce type de suivi peut être effectué même en l'absence d'entourage immédiat à domicile. Ces données devraient être plus approfondies afin de déterminer si l'absence d'entourage constitue une contre-indication à ce type de programme en pratique. De plus, des études complémentaires sont nécessaires afin de comparer le mode de vie des personnes suivies en SIIC à celui des patients hospitalisés, voire de l'ensemble de la file active du secteur.

4.2. Impact de la mise en place du SIIC sur les hospitalisations du secteur.

Notre étude valide donc son hypothèse principale puisqu'entre 2005 et 2008 on observe une diminution statistiquement significative de la durée moyenne de séjour d'environ deux jours, passant de 8,35 jours à 6,81 jours, avec $p=0,0109$. Selon notre hypothèse de départ, cette diminution est imputable à la mise en place du dispositif SIIC. Le nombre global de séjours hospitaliers a diminué de 269 à 239 par an, soit 11% de moins. Par ailleurs, un tiers des patients hospitalisés dans l'année 2008 ont été admis en SIIC. Près de 60% de la file active du SIIC avait été hospitalisée dans l'année. Le dispositif SIIC permet donc de diminuer la durée de séjour plus qu'il n'évite les hospitalisations. Le SIIC semble donc représenter un soin de suite à court terme après un séjour hospitalier, permettant de raccourcir ce dernier.

Le chiffre de la DMS de départ était déjà un chiffre peu élevé, étant donné le nombre d'alternatives à l'hospitalisation disponibles sur le secteur 59G21, et notamment les appartements associatifs et autres foyers d'hébergement, autour desquels gravitent une équipe

d'accompagnement médico-social intensif à long terme, sur le modèle de *l'Assertive Community Treatment* [23]. L'organisation sectorielle permettait donc, avant 2005, d'avoir une DMS basse. En effet, le nombre moyen de jours passés à l'hôpital dans l'année (continu ou non) est passé en moyenne de 12,2 à 10,6 jours entre 2005 et 2008, pour une moyenne nationale de 41 jours en 2003 [24]. Le Tableau 3 ci-dessous résume les différents dispositifs mis en place par le secteur 59G21 depuis les années 1970, et leur impact sur les hospitalisations du secteur.

Tableau 3 : Evolution des hospitalisations et des soins ambulatoires du secteur 59G21 de 1971 à 2010.

	1971	1983 Lieu de vie Agora	1988 Résidence André Breton	2002 Familles d'Accueil thérapeutiques	2005 SIIC	2010
Nombre de personnes en soins	589	735	978	1677	1898	2572
Nombre de lits hospitaliers	292	172	34	26	26	12
Nombre d'admissions	145	300	407	384	300	260
Durée de séjour hospitalier (en jours)	+/- 213	133	25,7	14,5	8,35	6,81
Occupation des lits (lits/jour)	+/- 314	115	45	17,5	11,64	6,4
Nombre d'actes ambulatoires	0	2783	8139	23478	25008	48315
% du personnel travaillant dans la communauté (en %)	1	10	49	59	66	80

Source : Pôle 59G21- EPSM Lille Métropole.

Notre étude ne constate pas de différence concernant le nombre moyen d'admission par patient et par an, globalement ($p=0,8051$) et par code diagnostic. Cette donnée nous renseigne sur les réadmissions. Nous pouvons donc valider l'hypothèse que le SIIC n'a pas augmenté le nombre de réadmissions. Ceci nous rassure quant au risque des sorties trop rapides et insuffisamment étayées de l'hôpital, qui est l'apparition d'un « syndrome de la porte

tournante », consistant en une multiplication des aller-retour entre l'hôpital et la communauté [25].

La diminution de la durée moyenne de séjour concerne spécifiquement les troubles de l'humeur, puisque, dans l'analyse de la DMS par code diagnostic, seule cette catégorie obtient un résultat significatif (Cf. chapitre 4.1). Ce résultat ne corrobore pas l'hypothèse selon laquelle le dispositif SIIC éviterait spécifiquement les hospitalisations pour les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles sévères de la personnalité). Au contraire, le dispositif SIIC semblerait plutôt cibler des personnes atteintes de troubles de l'humeur en général, et de troubles dépressifs en particulier, comme le montrent la diminution significative de la DMS pour cette catégorie, mais aussi le profil des patients pris en charge en SIIC en 2008 (cf. chapitre 4.1). Mais nous avons déjà cité *While et al.* qui constatent le même phénomène en Angleterre [22]. Une étude plus détaillée de la DMS pour les troubles dépressifs seuls (F32) ne montre pas de diminution significative. Cette baisse de la DMS concernerait donc les troubles de l'humeur hors troubles dépressifs simples. Des études plus détaillées sont nécessaires afin d'affiner l'impact spécifique du SIIC sur la durée moyenne de séjour des personnes souffrant de troubles de l'humeur.

Par ailleurs, l'étude du nombre absolu d'admissions par code diagnostic montre une très forte augmentation des admissions pour troubles addictologiques entre 2005 et 2008 (92,8%), des admissions pour troubles de l'humeur stables (-3,6%), une diminution des admissions pour troubles psychotiques (-12,3%) et névrotiques (-44,8%). Cette augmentation des admissions de patients présentant des troubles addictologiques pourrait s'expliquer par une modification du codage des diagnostics, avec l'existence de comorbidités addictologiques importantes chez des patients souffrant de troubles de l'humeur ou de troubles psychotiques. On peut aussi émettre l'hypothèse d'un changement externe au service dans les filières de prise en charge des patients avec problématique addictologique. Par ailleurs, le dispositif SIIC semblerait diminuer spécifiquement le nombre d'admissions pour la catégorie des troubles névrotiques et liés à des facteurs de stress (F4), qui représentent 8% de la file active du SIIC en 2008. Cette catégorie de troubles pourrait donc se passer plus facilement que d'autres

d'une hospitalisation, en présence d'un dispositif adapté. Mais ces données en valeurs absolues ne permettent pas de conclure de manière formelle.

Concernant le mode d'hospitalisation, l'étude ne constate pas de modification statistiquement significative du pourcentage de patients hospitalisés en HDT et en HO entre les deux années, sur l'ensemble des patients hospitalisés. L'échantillon de patients pris en charge en SIIC en 2008 contient 27,5% de patients hospitalisés au moins une fois en HDT, et aucun en HO. La durée moyenne de séjour entre 2005 et 2008 ne diminue que pour les patients hospitalisés librement, et pas pour les patients sous contrainte. Même si le dispositif SIIC semble prendre en charge des patients hospitalisés sous contrainte dans l'année, cette prise en charge ne semble pas raccourcir la durée d'hospitalisation, mais vient en soutien à la sortie. Il semble donc difficile de raccourcir la durée de séjour des personnes hospitalisées sous contrainte. Il faudrait alors agir en amont afin d'éviter de recourir à une mesure de contrainte, qui semble toujours signer une situation plus complexe et de résolution plus longue. L'absence de diminution du nombre d'admissions sous contrainte entre 2005 et 2008 indique donc que le dispositif SIIC ne permet pas de répondre à cet objectif préventif.

4.3. Evaluation des dispositifs de crise.

Plusieurs équipes de crise ont été étudiées dans la littérature internationale, notamment au plan de leur impact sur les hospitalisations. On constate une hétérogénéité des résultats, mais aussi des méthodologies. En France, l'équipe du dispositif ERIC [21] (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) a réalisé une étude randomisée contrôlée comparant l'effet de leur intervention à ceux d'une hospitalisation. Les patients étaient suivis de façon prospective pendant 5 ans. Le critère principal était le nombre de jours passés à l'hôpital, par admission et cumulés. Les résultats montrent que l'équipe mobile permet d'éviter 50% des hospitalisations. S'il y a admission, elle est plus courte dans le groupe test durant les 5 ans (25% du groupe test contre 6% du groupe contrôle restent moins d'une semaine hospitalisés, $p < 0.034$). Mais le dispositif n'a pas d'impact significatif sur le nombre d'hospitalisations à partir de la deuxième année. Des résultats similaires sont retrouvés par une méta-analyse issue de la Cochrane Library [9] étudiant les interventions de crise adressées aux patients souffrant de troubles psychiatriques sévères (5 études randomisées contrôlées, 724 patients) : comparés aux soins

« standards » (l'hospitalisation puis les soins ambulatoires), l'intervention de crise permettait d'éviter près de 50% des hospitalisations, avec une diminution du nombre de réadmissions.

Même si l'on constate globalement une diminution des admissions à la mise en place d'un dispositif ambulatoire de crise, cette diminution est quantitativement hétérogène. La revue de la littérature est rendue difficile par la diversité des méthodologies employées (études randomisées contrôlées, études rétrospectives pré/post, mesure du taux d'admissions global ou du taux d'admissions effectuées par les services d'urgences, divergences des critères diagnostics, études à l'échelle d'une équipe, d'une aire géographique ou d'un pays). Sjølie *et al.* [18] rapportent une diminution du taux d'admissions de 8% à 45% à court terme selon les études. Mais à l'échelle de l'Angleterre, Jacobs et Barrenho [26] ne retrouvent pas de diminution globale du taux d'admission imputable directement à la mise en place des équipes de crise entre 1999 et 2004 (dans un contexte de diminution globale des admissions). Notre étude entrerait donc dans la fourchette basse avec une diminution de 11% des admissions globales à l'échelle d'un secteur. Notons qu'il ne s'agit pas des admissions effectuées par un service d'urgences donné mais bien la totalité des admissions du secteur, toutes provenances confondues.

La diversité des résultats conduit à interroger les causes d'une telle hétérogénéité. La variation du nombre d'hospitalisations est plurifactorielle et dépend à la fois des pratiques des équipes de soins et des facteurs individuels liés au patient [27]. Cotton *et al.* [28] constatent en effet des variations de recrutements et de pratiques entre les équipes. Citons par exemple, le lieu de l'évaluation, qui serait déterminant : les patients reçus aux urgences seraient plus hospitalisés que ceux qui ont été évalués à domicile, indépendamment des symptômes. C'est un argument pour favoriser la mobilité des équipes d'urgence, afin d'évaluer la personne en crise dans son contexte de vie. Au plan des facteurs individuels, la gravité des symptômes ne serait pas une variable significative, mais l'incurie, l'absence d'adhésion aux soins, l'agressivité, le risque suicidaire élevé [29], l'absence d'entourage, ainsi que les antécédents d'admissions sous contrainte étaient des facteurs favorisant les hospitalisations [18], [28]. Ce ne sont pas tant les symptômes qui déterminent l'entrée à l'hôpital que le contexte environnant et les risques qui y sont associés.

Le taux de réadmissions est aussi une variable à prendre en compte dans l'évaluation des équipes de crise à domicile. En effet, si l'intervention permet une sortie plus rapide, n'est-ce pas au risque de réadmettre plus rapidement le patient ? Auquel cas, les durées d'admissions seraient biaisées par un nombre répété d'admissions plus courtes. Pour éviter ce biais, l'étude de Robin *et al.* [21] propose d'utiliser un critère de « fin d'une hospitalisation ». Ainsi, une hospitalisation n'était considérée comme terminée (et sa durée comptabilisée dans l'étude) que si le patient n'était pas réadmis dans les 30 jours suivant sa sortie. Utilisant ce critère, la proportion d'hospitalisations courtes (moins de 7 jours) est trois fois plus importante dans le groupe test (à qui l'on proposait une intervention de crise à domicile). La méta analyse de Joy *et al.* [9] montre aussi que les groupes tests ont moins d'admissions répétées que les groupes contrôles à 12 mois (n=465 ; 3 RCTs ; RR 0,72 ; IC 0,54-0,97). Sur ce sujet, notre étude s'avère rassurante, puisque le nombre moyen d'admissions par patient et par an n'a pas été modifié entre les deux années. Par ailleurs, le travail de Capdevielle et al. [30] sur les durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie montre que le taux de réadmission serait plus dépendant de facteurs individuels liés au patient, et donc une variable renseignant sur les rechutes, alors que la durée moyenne de séjour, elle serait liée à la qualité du système de soins, notamment extra-hospitalier.

L'impact clinique du dispositif SIIC n'a pas été mesuré par ce travail, et ce champ mériterait d'être approfondi. Là encore, la mesure de l'efficacité clinique d'un dispositif de soins est une question sujette à de nombreux biais et facteurs de variation non mesurables. La revue de Joy *et al.* [9] ne peut pas conclure quant aux critères cliniques, au fonctionnement global ou à l'intégration sociale parce que les études qu'elle compile utilisent des échelles différentes ou ne disposent pas de données individuelles utilisables. Une récente étude britannique comparant taux de suicide et mise en place des réformes de santé mentale de 1997 à 2006 [22] montre que la réforme la plus associée à une diminution du taux de suicide est l'instauration d'équipes de résolution de crise hospitalières pouvant développer des interventions ambulatoires. La mise en place généralisée d'équipes de résolution de crise à domicile pourrait avoir contribué à la prévention du suicide dans ce pays. Cette étude est la première à mettre en avant un tel parallèle, et précise que sa méthodologie ne permet pas de faire un lien de cause à effet, mais ce sont néanmoins des résultats intéressants qu'il

conviendrait de répliquer. Par ailleurs, plusieurs revues mettent en avant une amélioration de la satisfaction des usagers et de leurs familles [9], [18], [31].

4.4. Biais et limites de l'étude

Cette étude part du principe que les changements des profils d'hospitalisations entre 2005 et 2008 sont directement imputables à la mise en place du dispositif de soins à domicile. En effet, nous nous sommes assurés de l'absence d'autre création de structure ou de partenariat entre ces deux années, qui biaiserait le résultat de l'étude. Nous ne pouvons toutefois éliminer l'influence de critères non mesurables sur le profil des hospitalisations. De plus, la mesure de la durée moyenne de séjour et du nombre d'admission serait à répliquer afin d'évaluer la persistance de cette diminution du nombre et de la durée des admissions dans le temps. En effet, notre étude ne fait que deux mesures ponctuelles de ces paramètres, et ne peut donc éliminer un certain nombre de biais. On ne peut conclure à propos de l'effet à long terme du dispositif.

Par ailleurs, il faut souligner que les deux groupes de patients hospitalisés étaient comparables en termes de sexe, d'âge et de mode de vie et de statut matrimonial, mais pas de catégorie socioprofessionnelle. On peut attribuer cette non comparabilité au manque important de données constaté en 2008. Les raisons de cette attrition peuvent être expliquées par le changement du système de recueil d'informations de l'EPSM Lille Métropole en 2007. Ainsi, les données sociodémographiques déjà enregistrées par l'ancien système n'ont pas été récupérées par le nouveau, ce qui explique les lacunes de données pour les patients qui étaient déjà enregistrés avant 2007. Il faudrait donc pouvoir effectuer des analyses complémentaires afin d'affirmer la comparabilité des deux groupes hospitalisés entre 2005 et 2008, et ainsi pouvoir éliminer un biais. Toutefois, toutes les autres données, après exclusion de la catégorie « non renseigné », sont en faveur de la comparabilité des deux groupes.

Ce travail constitue une base intéressante pour poursuivre l'évaluation du dispositif SIIC, mais ne saurait se suffire à lui même. En effet, il peut paraître naturel que la mise en place d'une alternative à l'hospitalisation diminue la DMS et le nombre d'admissions. Ces critères nous permettent donc de montrer que le dispositif ambulatoire atteint son objectif, mais ils ne nous renseignent pas sur l'amélioration de la prise en charge des patients au plan

individuel. Le nombre d'admissions par patient reflète plus le mode de prise en charge disponible que l'efficacité de cette prise en charge [32], même si la diminution de la DMS signifierait une meilleure qualité des soins ambulatoires [30]. De nouvelles évaluations du dispositif SIIC sont donc indispensables, notamment concernant la satisfaction des usagers du programme, et leur état clinique. Enfin, une étude approfondie du contenu de ces interventions à domicile reste nécessaire.

5. Conclusion

Le dispositif de Soins Intensifs Intégrés dans la Cité du secteur 59G21 est donc une équipe mobile disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, proposant à la fois des évaluations d'urgence et 12 places de soins intensifs à domicile dispensant un traitement d'environ 13 jours. Le dispositif SIIC correspond donc à une équipe mobile d'intervention de crise à domicile. La mise en place de ce programme a permis de diminuer significativement la durée moyenne de séjour du secteur de près de deux jours entre 2005 et 2008, et d'éviter 11% des hospitalisations, sans augmenter le nombre de réadmissions. En 2008, 30% des patients hospitalisés sur le secteur ont été admis en SIIC. Il permet donc de raccourcir des hospitalisations, mais aussi de prendre en charge des patients n'ayant pas été hospitalisés. Il couvre un large panel d'indications, même si les troubles de l'humeur représentent plus de 40% de la file active et la seule indication pour laquelle la durée moyenne de séjour baisse significativement. Des patients hospitalisés sous contrainte peuvent être pris en charge par le SIIC, même si la diminution de la durée moyenne de séjour ne touche que les patients en hospitalisation libre. Des études supplémentaires plus globales seraient nécessaires pour mesurer l'impact qualitatif et clinique de ce dispositif, et le comparer au fonctionnement d'autres équipes de soins intensifs à domicile en France.

6. Bibliographie

- [1] Cour des Comptes, « L'organisation des soins en psychiatrie: les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" (2005-2010) », Rapport public thématique, déc. 2011.
- [2] M. Dieterich, C. B. Irving, B. Park, et M. Marshall, « Intensive case management for severe mental illness », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 10, p. CD007906, 2010.
- [3] M. Ramonet, « Soins intensifs à domicile en psychiatrie. Modèles internationaux et discussion critique », Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine, Faculté de Médecine Henri Warembourg, Lille 2, 2012.
- [4] M. Coldefy, P. Le Fur, V. Lucas-Gabrielli, et J. Mousquès, « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la santé*, n° 145, p. 1-7, 2009.
- [5] *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*.
- [6] K. T. Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake, et S. G. Resnick, « Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management », *Schizophr Bull*, vol. 24, n° 1, p. 37-74, 1998.
- [7] « Circulaire N° DH/EO2/2000/295 relative à l'hospitalisation à domicile », Ministère de l'emploi et de la solidarité, DH/EO2/2000/295, mai 2000.
- [8] *Circulaire N°DHOS/O/2004/44 relative à l'hospitalisation à domicile*. 2004.
- [9] C. B. Joy, C. E. Adams, et K. Rice, « Crisis intervention for people with severe mental illnesses », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 4, p. CD001087, 2006.
- [10] J. Johnson, S, « Crisis resolution and intensive home treatment teams », *Psychiatry*, vol. 3, n° 9, p. 22-25, sept. 2004.
- [11] J. Vavasseur-Desperriers, Y. Boulongne, J.-L. Roelandt, L. Defromont, et A. Meaux, « Service de Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC) », *Pratiques en santé mentale*, vol. 56, n° 2, p. 13-18.
- [12] Organisation Mondiale de la Santé, *CIM 10—Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Masson. Paris: , 1993.
- [13] L. Demailly, O. Dembinski, et C. Dechamp le Roux, « Analyse d'innovation dans les secteurs psychiatriques: augmenter la mobilité et la disponibilité, Multig. », Rapport de recherche CLERSE-CNRS -UMR 8019/ Fédération régionale de recherche en santé mentale 59-62, 2012.

- [14] *Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.* 2005.
- [15] M. Séguin, A. Brunet, et L. LeBlanc, *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Gaëtan Morin. Montréal: , 2012.
- [16] M. De Clercq, *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université. Bruxelles: , 1997.
- [17] D. of Health, « The Mental Health Policy Implementation Guide », 30-mars-2001. [Online]. Available: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009350. [Accessed: 06-janv-2012].
- [18] H. Sjølie, B. Karlsson, et H. S. Kim, « Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, vol. 17, n^o. 10, p. 881-892, déc. 2010.
- [19] R. Rosetti, D. Sakh, A. Ramond, et S. Sogno-Berat, « Enquête sur le mode de fonctionnement et l'activité d'hospitalisation à domicile d'un secteur psychiatrique de la Seine-Saint-Denis. », *Ann Med Psychol*, vol. 161, p. 478-84., 2003.
- [20] R. Semal et J.-J. Revillion, « À propos de l'intégration des soins psychiatriques dans la ville, évaluation d'une structure d'hospitalisation à domicile sur un secteur de psychiatrie adulte », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 167, n^o. 2, p. 127-133, mars 2009.
- [21] M. Robin, M. Bronchard, et S. Kannas, « Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital: 5 years follow up », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 43, n^o. 6, p. 498-506, juin 2008.
- [22] D. While, H. Bickley, A. Roscoe, K. Windfuhr, S. Rahman, J. Shaw, L. Appleby, et N. Kapur, « Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study », *Lancet*, févr. 2012.
- [23] L. I. Stein et M. A. Test, « Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 37, n^o. 4, p. 392-397, avr. 1980.
- [24] M. Coldefy, *La prise en charge de la santé mentale en France*, DREES, Ministère de la Santé. Paris: , 2007.
- [25] B. Castro, S. Bahadori, Tortelli, L. Ailam, et N. Skurnik, « Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006 », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 165, n^o. 4, p. 276-281, mai 2007.

- [26] R. Jacobs et E. Barrenho, « Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England », *Br J Psychiatry*, vol. 199, n^o. 1, p. 71-76, juill. 2011.
- [27] D. Capdevielle, K. Ritchie, D. Villebrun, et J.-P. Boulenger, « Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : facteurs cliniques de variations et leurs conséquences », *L'Encéphale*, vol. 35, n^o. 1, p. 90-96, févr. 2009.
- [28] M.-A. Cotton, S. Johnson, J. Bindman, A. Sandor, I. R. White, G. Thornicroft, F. Nolan, S. Pilling, J. Hout, N. McKenzie, et P. Bebbington, « An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams », *BMC Psychiatry*, vol. 7, p. 52, 2007.
- [29] C. Brooker, T. Ricketts, S. Bennett, et F. Lemme, « Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service », *J Clin Nurs*, vol. 16, n^o. 7, p. 1313-1322, juill. 2007.
- [30] D. Capdevielle, J.-P. Boulenger, D. Villebrun, et K. Ritchie, « Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : implication des systèmes de soin et conséquences médicoéconomiques », *L'Encéphale*, vol. 35, n^o. 4, p. 394-399, sept. 2009.
- [31] S. Johnson, F. Nolan, S. Pilling, A. Sandor, J. Hout, N. McKenzie, I. R. White, M. Thompson, et P. Bebbington, « Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study », *BMJ*, vol. 331, n^o. 7517, p. 599, sept. 2005.
- [32] J. Catty, T. Burns, M. Knapp, H. Watt, C. Wright, J. Henderson, et A. Healey, « Home treatment for mental health problems: a systematic review », *Psychol Med*, vol. 32, n^o. 3, p. 383-401, avr. 2002.

