



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Certificats des 24h de SPDRE :
**Caractéristiques socio-démographiques de la population
concernée, motifs d'admission repérés et analyse sémiologique du
contenu rédactionnel**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2018 à 16 heures
À Lille, au Pôle Formation, salle 3
Par Cédric Dufour

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Monsieur le Docteur Ali Amad

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Déborah Sebbane

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

LISTE DES ABBREVIATIONS

AQTN: AQuiTaiNe

CCOMS : Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

CSD: Caractéristiques Socio Démographiques

CSP: Code de la Santé Publique

DGS: Direction Générale de la Santé

EGF: Echelle Globale de Fonctionnement

HC: Hospitalisation Complète

HDT: Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO: Hospitalisation d'Office

HSC : Hospitalisation Sans Consentement

IDF: Ile De France

IDS: IDées Suicidaires

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

JLD: Juge des Libertés et de la Détention

NPDC: Nord Pas De Calais

PAA: Passage à l'acte Auto Agressif

PACA: Provence Alpes Côte d'Azur

PDS : Programme De Soins

PHA: Passage à l'acte Hétéro Agressif

Rim-P : Recueil d'informations médicalisé en Psychiatrie

RPAA: Risque de Passage à l'acte Auto Agressif

RPHA: Risque de Passage à l'acte Hétéro Agressif

SDRE : Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat

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

SPPI: Soins Psychiatriques en Péril Imminent

SPSC: Soins Psychiatriques Sans Consentement

TA: Tentative d'Autolyse

TDC : Troubles Du Comportement

TOP : Troubles de l'Ordre Public

VPAA : Vellétés de Passage à l'acte Auto Agressif

VPHA: Vellétés de Passage à l'acte Hétéro Agressif

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBREVIATIONS	4
RESUME	8
I. INTRODUCTION	9
1. Contexte	9
2. Objectifs.....	18
II. MATERIELS ET METHODE	19
1. Méthodologie de l'étude.....	19
2. Variables d'intérêt	21
3. Saisie des données	23
4. Analyses statistiques	25
III. RESULTATS	26
1. Descriptif de l'échantillon	26
2. Résultats.....	26
i. Analyse descriptive.....	26
a. Caractéristiques socio démographiques de la population	26
b. Motifs d'admission en HO/SPDRE	28
c. Eléments sémiologiques et troubles prévalents	29
d. Eléments de justification de la nécessité de soins et de la mesure de SPSC.....	31
e. Autres éléments	33
ii. Analyse bi variée	33
iii. Analyse multivariée	35
IV. DISCUSSION	40
1. Interprétation des résultats	40
i. Analyse des profils sociodémographiques et des troubles psychiatriques prévalents	40

ii. Analyse des termes utilisés pour justifier l'admission et le maintien en HO/SPDRE	43
2. Limites et forces de l'étude	49
3. Perspectives	50
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	59

RESUME

Contexte : La mesure de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE) concerne actuellement en France, environ 16.000 personnes par an. Il a été observé ces dernières années, une augmentation régulière du nombre d'admission en SPDRE par an ainsi que d'importantes disparités en termes de taux de recours à cette mesure selon les différentes régions.

Méthode : Etude exploratoire sur les SPDRE à partir d'une analyse descriptive d'une population de patients admis en SPDRE, entre 2009 et 2012, dans 4 régions françaises ainsi que du contenu de 427 certificats des 24h de cette même population. Les objectifs étaient de décrire les données sociodémographiques prévalentes de cette population et par l'analyse descriptive et sémiologique du contenu rédactionnel des certificats, identifier les troubles psychiatriques prévalents et les principaux termes utilisés pour justifier l'admission et le maintien en SPDRE.

Résultats : La population était de prédominance masculine (80%, IC95% [75,5% ; 83,3%]), d'un âge moyen de 41 ans (IC95% [40,1 ; 42,7]), souvent sans emploi (80%, IC95% [76,1% ; 84%]), isolée sur le plan résidentiel (53%, IC95% [48,2% ; 58,1%]) et conjugal (57%, IC95% [51,6% ; 61,4%]). On retrouvait une forte prévalence de symptômes évocateurs de décompensations de troubles psychotiques (62%, IC95% [57,5% ; 67%]). Nous avons relevé une grande hétérogénéité des termes utilisés pour justifier une admission en SPDRE, un manque fréquent de justification du maintien de cette mesure (absence complète dans 24%, IC95% [19,7% ; 27,9%]), ainsi qu'une sémiologie psychiatrique trop souvent non décrite (17%, IC95% [13,4% ; 20,7%]).

Conclusion : Cette étude est la première proposant une analyse descriptive des certificats de SPDRE. Elle porte à notre connaissance les motifs et contextes dédiés à la sollicitation d'une telle mesure de soins. Elle ouvre des pistes de réflexion sur des actions de formation à réaliser, auprès des acteurs concernés, sur les règles de bonne rédaction des certificats et sur l'identification des conditions nécessaires pour justifier une admission ou un maintien en SPDRE. Les objectifs seraient notamment d'harmoniser les pratiques psychiatriques et de limiter ces mesures aux seules situations qui le nécessitent au regard de la loi. Elle questionne également les actions sanitaires et sociales à mettre en œuvre auprès de la population vulnérable, repérée dans notre étude, en amont ou en alternative d'une mesure de SPDRE.

I. INTRODUCTION

1. Contexte

Ce travail s'inscrit dans le contexte des réformes récentes des lois portant sur les Soins Psychiatriques Sans Consentement (SPSC) et visant à renforcer les droits et les libertés des patients pris en charge en psychiatrie sans leur consentement.

Augmentation du nombre de patients pris en charge en SPSC par année

Il a été observé, entre 2012 et 2015, une augmentation, chaque année, du nombre de patient pris en charge sans leur consentement, par rapport à la file active des patients suivis en psychiatrie. (1)

Des explications tangibles de ces augmentations, en lien avec les réformes des lois relatives aux SPSC, ont été données (1) :

- augmentation du nombre d'entrées en SPSC par an avec l'instauration, par la loi de 2011, d'une nouvelle mesure de SPSC, celle de Soins Psychiatriques en Péril Imminent (SPPI), permettant plus facilement les Hospitalisations Sans Consentement (HSC) de personnes isolées ou désocialisées pour lesquelles une demande de tiers est difficile à obtenir ;
- allongement des durées des SPSC par l'instauration des Programmes De Soins (PDS). En effet, ces derniers permettent une poursuite des SPSC en ambulatoires avec obligation de suivi selon des conditions bien prédéfinies quant au lieu, au type et à la périodicité des soins, sous peine, pour le patient concerné, d'une réintégration en Hospitalisation Complète (HC) en cas de manquement aux obligations. Avant 2011, les SPSC n'existaient que sous forme d'HC (accompagnées de sorties d'essai). Une étude, réalisée en 2015, en Ile De France (IDF), par Vidon et Al., estimait effectivement une durée moyenne des PDS de 12 à 22 mois en fonction du mode légal (2).

Le graphique ci-dessous (figure 1) nous montre, en effet, que l'augmentation, chaque année entre 2012 et 2015, du nombre de patients pris en charge en SPSC est, principalement, le résultat de l'augmentation du nombre de patients entrant en SPPI.

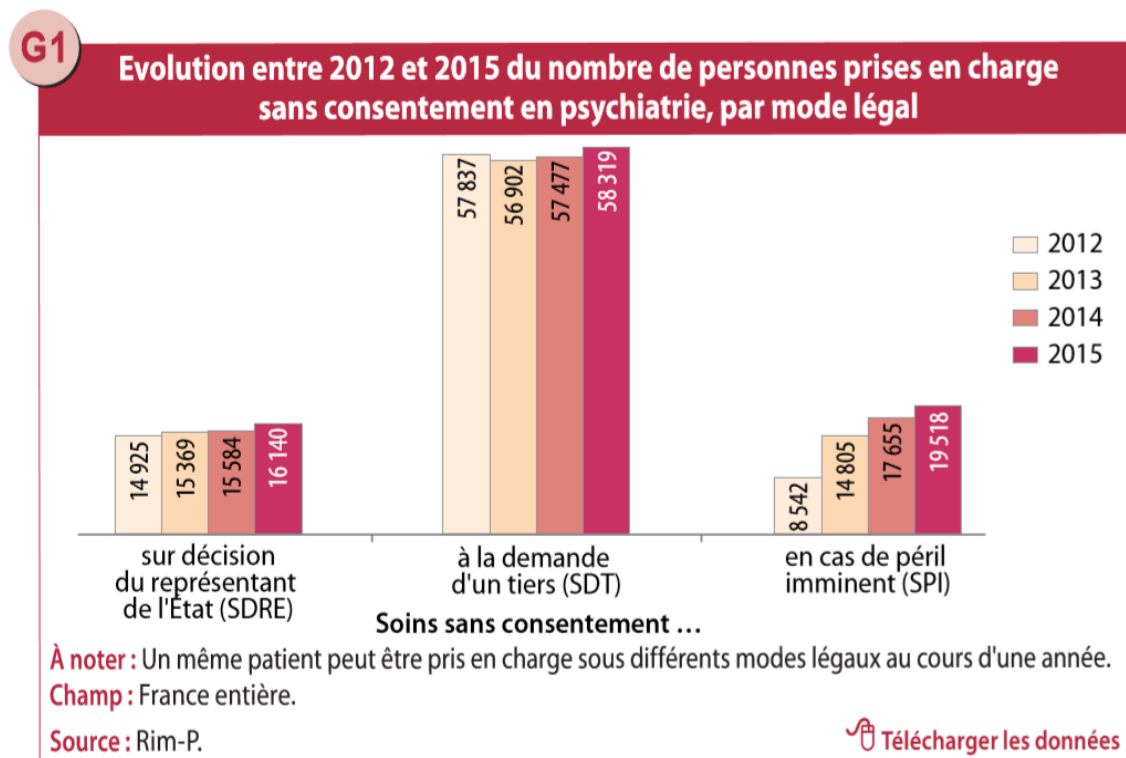


Figure 1 : Evolution, entre 2012 et 2015, du nombre de patient pris en charge en SPSC, par mode légal. Extrait de Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Quest Déconomie Santé. 2017; (1)

Augmentation de la proportion de patients hospitalisés sans leur consentement par rapport au nombre total de patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie par année

Cependant, selon les travaux réalisés par M. Coldefy et Al. pour l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) (1), à partir des données médico-administratives issues du Recueil d'informations médicalisé pour la Psychiatrie (Rim-P :Recueil d'informations médicalisé en Psychiatrie, mis en place en 2007, renseigné par les établissements de santé français privés et publics autorisés en psychiatrie, comprend des données individuelles anonymisées, socio-démographiques, géographiques, cliniques), on observe également, chaque année, une augmentation constante du nombre de patients hospitalisés à temps plein sans consentement par rapport au nombre total de patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie. En effet leur part était de 21% en 2012, 22% en 2013, 23% en 2014 et 24% en 2015, tandis que la file active de patients hospitalisés exclusivement librement diminuait, elle, de 4 % sur cette même période de quatre années.

Des explications ont été données, à ce sujet, dans un article, paru dans la « revue française des affaires sociales » en 2016, de Coldefy et Al. (3).

Cette étude, en se basant sur plusieurs auteurs, a expliqué que l'augmentation du nombre de patients hospitalisés sans leur consentement par rapport au nombre total de patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie, serait en lien avec la réduction globale du nombre de lits hospitaliers. En effet, le nombre de lits diminuant, ces derniers seraient davantage réservés aux patients présentant les troubles les plus sévères, induisant ainsi une augmentation de la proportion de patients hospitalisés sans leur consentement.

Par ailleurs, la réduction du nombre de lits hospitaliers induirait une diminution de la durée des séjours ce qui conduirait à des sorties d'hospitalisation prématurées, avant le rétablissement complet, occasionnant des rechutes plus fréquentes, ce qui favoriserait l'augmentation du nombre d'entrées en hospitalisation.

Le graphique ci-dessous (figure 2) nous montre l'augmentation, chaque année entre 2012 et 2015, du nombre de patients en HSC par rapport au nombre total de patients hospitalisés en temps plein en psychiatrie, qui, lui, reste stable sur cette période (du fait de la diminution de patients hospitalisés en Soins Libres (SL)).

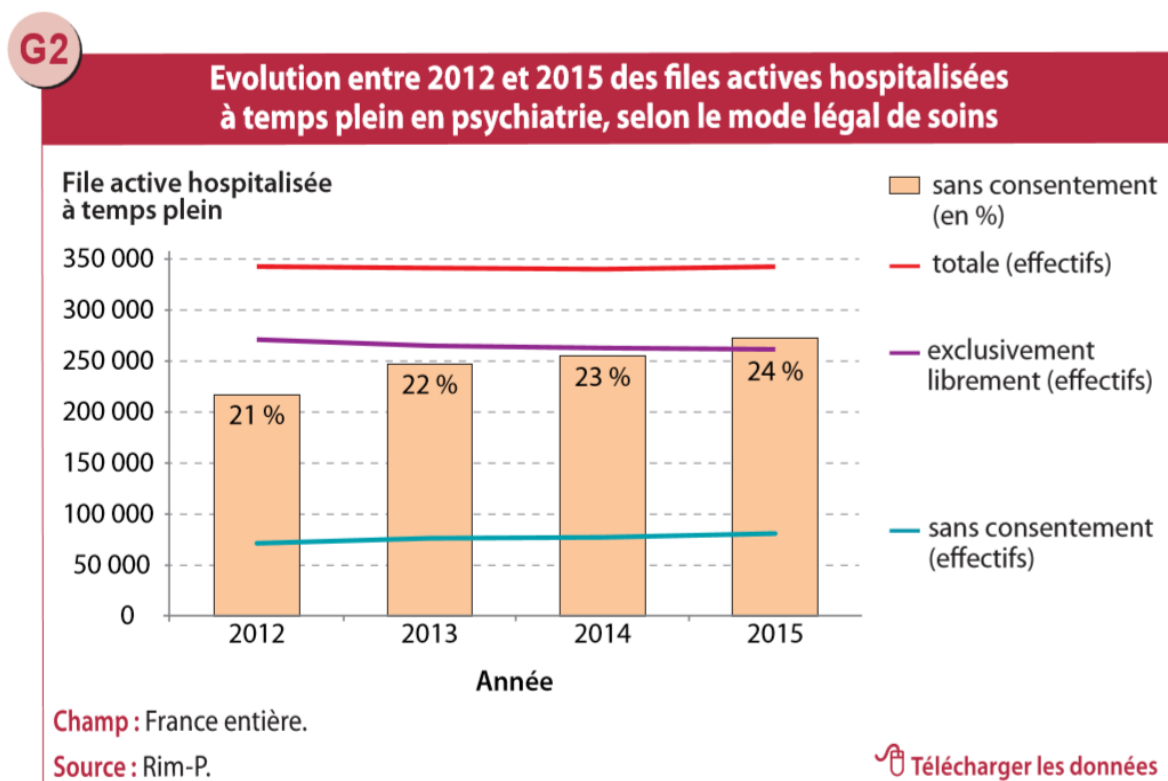


Figure 2 : Evolution, entre 2012 et 2015, du nombre de patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie, selon le mode légal. Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi 5 juillet 2011. Quest Déconomie Santé. 2017; (1)

Augmentation du nombre de patients pris en charge en SPDRE par année

On observe également une augmentation constante du nombre de patients pris en charge dans le cadre de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE).

La Direction Générale de la Santé (DGS) a publié les rapports de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) en 2007 et a mis en évidence une augmentation du nombre de patients entrant en Hospitalisation d'Office

(HO) entre 1997 et 2007 de 33,81% (8653 à 11579), avec une variabilité importante entre certains départements (facteur 14 en 2000, facteur 9,8 en 2007). (4)

Le nombre de patients entrant en SPDRE a augmenté, chaque année, entre 2012 à 2015. Ce nombre était de 14925 en 2012 et de 16140 en 2015, soit une augmentation de 8 % sur 4 ans (Figure 1) (1).

Ces chiffres nous rendent compte que la population de patients, pris en charge sur décision d'un représentant de l'état, a doublé en moins de 20 ans.

Les patients pris en charge sur décision d'un représentant de l'état représentaient, en 2015, 18% des 92000 personnes prises en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie en France. (1)

Nous ne retrouvons pas d'explication épidémiologique sur la hausse du nombre d'entrée en SPDRE chaque année, mais des explications en lien avec le renforcement sécuritaire récent en France ont été avancées (5).

Variabilité inter territoriale des taux de recours aux SPDRE

L'étude de la DGS en 2007 (4) a mis en évidence que les taux d'HO variaient de 1 à 10 entre les départements, alors que l'épidémiologie psychiatrique ne pouvait justifier à elle seule cette variation.

L'étude HO/SDRE, réalisée par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) entre 2009 et 2012 (5), a montré que cette variabilité inter territoriale des taux de recours à l'HO/SPDRE selon les régions, départements, établissements et secteurs n'étaient pas en lien avec la sévérité des troubles.

Elle expliquait ces importantes disparités par les différences en termes de pratiques locales, médicales et politiques, ainsi que par les caractéristiques démographiques et les offres de soins, propres à chaque territoire.

Nous pouvons nous questionner sur l'ensemble de ces augmentations ainsi que sur les disparités des taux de recours aux SPDRE alors que :

- les lois n°2011-803 du 5 juillet 2011 (6) et n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (7), relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de prise en charge ont :
 - réformé le dispositif de l'HSC, permettant d'effectuer des SPSC, donc de favoriser les prises en charge en ambulatoire en incluant les patients dans des PDS ;
 - renforcé les droits et les libertés des patients soignés sans leur consentement avec :
 - l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention (JLD), pour contrôle systématique, dans les 12 jours suivant l'admission, puis de manière périodique, de toute mesure de soins sans consentement, afin de s'assurer que la mesure de SPSC est nécessaire et proportionnée ;
 - l'association des patients dans les décisions les concernant ;
 - l'obligation d'information du patient sur sa situation juridique, ses droits et ses voies de recours (possibilité de saisine du JLD, de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP), du Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Libertés (CGLPL) et de la Commission des Relations avec les Usagers de la Qualité et de la Prise en Charge (CRUQPC)
- la contrainte aux soins dans le domaine psychiatrique est une exception au principe général de consentement dans le domaine médical qui est une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (article L.1111-4 du Code de la Santé Publique (CSP)) (8) ;
- la contrainte doit rester une exception dans les soins psychiatriques. En effet, depuis la promulgation de la loi n°90-257 du 27 juin 1990 (9), relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, le principe de l'Hospitalisation Libre (HL) en psychiatrie doit être privilégié.

Rappel des conditions nécessaires à l'admission ou le maintien en SPDRE

Devant cette augmentation conséquente du nombre de mesures de SPDRE par année, il semble intéressant de rappeler l'ensemble des conditions nécessaires à la mise en place et/ou au maintien d'une mesure de SPDRE.

La législation, par l'article L 3213-1 du CSP (10) énonce, à l'alinéa I :

« Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Une admission en SPDRE peut donc être réalisée en mentionnant, dans le certificat médical d'admission, la présence de troubles mentaux, nécessitant des soins, associée à des éléments de faits, permettant au préfet de considérer l'existence d'un risque pour la sûreté des personnes et/ou d'une atteinte grave à l'ordre public.

Un maintien en SPDRE doit être justifié, dans les certificats de maintien (24h, 72h, avis motivé, mensuels), par la persistance de troubles mentaux nécessitant des soins psychiatriques, par l'impossibilité de consentir du fait de ces troubles ainsi que par les risques, pour la sûreté des personnes et/ou d'atteinte à l'ordre public, en l'absence de soins psychiatriques.

Données de la littérature à propos de la population concernée par les SPSC et SPDRE

Des études des profils socio-démographiques des personnes concernées par les SPSC, à partir des données du Rim-P ont déjà été réalisées :

La 1^{ère} étude en France, basée sur les données du Rim-P, était une étude descriptive de M. Coldefy et C. Nestrigue pour l'IRDES, publiée en 2013 sur des données de 2010 (11).

Cette étude a permis de déterminer, pour chaque type de mesure de SPSC, la prévalence du sexe, l'âge moyen, la prévalence des troubles et la durée moyenne de prise en charge. Elle a ainsi déterminé :

- un âge moyen de 43 ans pour les patients hospitalisés en psychiatrie sans leur consentement (44 en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT), 41 ans en HO) contre 47 ans pour les patients hospitalisés librement ;
- une prédominance masculine en HO : 80% d'hommes parmi la population hospitalisée en HO contre 60% d'hommes parmi les patients hospitalisés en HSC et 47 % d'hommes chez les patients hospitalisés exclusivement en HL) ;
- les diagnostics principaux des patients en HO : 53,9% avait un diagnostic de schizophrénie ou autres troubles psychotiques (42% pour les HDT, 20,8% pour HL) ; 6% un diagnostic de trouble bipolaire (11% pour HDT, 7,2% pour HL) ; 9.5% un diagnostic de troubles addictifs (13% en HDT, 18% en HL) et 4.6% un diagnostic de dépression (11.4% en HDT, 22,8% en HL).

Des auteurs ont montré une corrélation entre le niveau de précarité d'une zone géographique et le taux d'HSC en Angleterre (Bindman et Al.) (12), mais aussi en France (Joubert et Al.) (13)

D'autres auteurs ont montré que le fait de vivre seul était associé aux HSC en Italie (Guzzetta et Al.) (14) et aux Pays Bas (Van de Post et Al.) (15).

Ces études ont également montré une association entre statut marital et HSC (Van de Post et Al.) (15) et une association entre chômage et HSC (Guzetta et Al.) (14).

Des études aux Pays Bas (Mulder et Al.) (16) et en France (Cougard et Al.) (17), ont montré que les caractéristiques cliniques, notamment la présence d'un diagnostic de schizophrénie, étaient associée à une HSC.

Une étude, récemment menée en France (Coldefy et Al.) (3), a montré le rôle particulier de la fragmentation sociale (faiblesse des liens sociaux) dans le recours aux HSC dans leur ensemble.

Justification de notre étude

Nous pensons, au vu des chiffres relatifs à l'augmentation du nombre d'admission en SPDRE chaque année et aux importantes disparités des taux de recours aux SPDRE selon les régions (n'étant pas expliqués par l'épidémiologie psychiatrique), que ces mesures de SPSC pourraient vraisemblablement être évitées dans certains cas.

La littérature actuelle nous rend compte de certains facteurs associés aux mesures de SPSC, cependant, à ce jour, elle ne fait état d'aucune étude relative au contenu des certificats de SPSC ni aux éléments factuels ayant justifié une admission en SPDRE.

De ce fait, nous avons souhaité réaliser une étude exploratoire à propos des SPDRE par une analyse descriptive des certificats de 24h d'une population de patients entrés en HO ou en SPDRE et par l'analyse des données sociodémographiques de cette même population,

En effet, nous considérons que l'analyse de la population concernée et des mécanismes de déclenchement de cette mesure, pourrait nous permettre d'obtenir une ou des typologies des personnes entrant en SPDRE et contribuer ainsi à une meilleure identification des situations à risque afin de mettre en place des axes de réflexion en amont de l'admission en SPDRE, et donc en amont du danger pour la sûreté des personnes et/ou pour l'ordre public.

Nous considérons également, que l'analyse des certificats pourrait nous permettre de nous rendre compte du niveau de respect du cadre légal actuel et du code de déontologie médicale, à propos des conditions d'admission et/ou de maintien en SPDRE.

2. Objectifs

Ainsi, l'objectif principal de notre étude était de réaliser, à partir d'une analyse descriptive, un état des lieux exploratoire sur les SPDRE en :

- déterminant, à partir des données recueillies dans l'étude HO/SDRE (5), les caractéristiques sociodémographiques (CSD) prévalentes dans une population de patients admis en SPDRE ;
- repérant, à partir de l'analyse des certificats de 24h issus de l'étude HO/SDRE (5), les principaux éléments de faits à l'origine d'une admission en SPDRE, pour cette même population de patients ;
- décrivant, à partir de l'analyse sémiologique du contenu rédactionnel de ces mêmes certificats de 24h de SPDRE, les troubles psychiatriques prévalents dans cette même population de patients entrants en SPDRE ;
- observant, toujours à partir de l'analyse du contenu de ces certificats, les termes les plus fréquemment utilisés pour justifier le maintien de la mesure de SPSC.

L'objectif secondaire était d'identifier des associations spécifiques entre la mention d'une notion de danger (pour soi-même ou pour autrui) et certains facteurs socio-démographiques, ainsi qu'entre la mention d'une notion de danger et certains troubles psychiatriques.

II. MATERIELS ET METHODE

1. Méthodologie de l'étude

Notre étude a pu être réalisée à partir d'une étude mère, l'étude HO, réalisée par le CCOMS, en collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM) du Nord Pas De Calais (NPDC), l'Association Nationale pour la Clinique, la Recherche et Enseignement en Psychiatrie (ANCRESPY) et l'Association pour l'Evaluation et la Formation Continue des Psychiatres (AEFCP), entre octobre 2009 et juillet 2012 (5). Il s'agissait d'une étude rétrospective puis prospective à 5 ans, menée dans 4 régions françaises (NPDC, Aquitaine (AQTN), Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), IDF) et 125 secteurs de psychiatrie.

Cette étude avait comme objectif principal d'étudier le lien entre le taux d'HO/SPDRE et la sévérité des troubles psychiatriques. Cette dernière était appréciée à l'aide de l'Echelle d'Evaluation Global du Fonctionnement (Echelle EGF : permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'une personne) sur les certificats des 24h.

L'objectif secondaire de cette étude était de tester l'hypothèse selon laquelle :

« L'origine de cette variabilité serait le fait de pratiques et d'habitudes locales. Elle serait liée à l'environnement du patient, à la définition de l'ordre public par les acteurs de proximité et au contexte territorial en termes de caractéristiques sociodémographiques et d'offre de soins ».

Les inclusions se sont déroulées sur une période allant de 2009 à 2012, à raison d'une année par secteur.

Les critères d'inclusion étaient :

Toutes les personnes entrant en HO/SPDRE quel que soit leur secteur d'origine, y compris les personnes sans domicile fixe. Il s'agissait des HO/SPDRE déclenchées par un arrêté préfectoral ou par un arrêté provisoire émanant d'un maire.

Les critères de non-inclusion étaient :

Patients pris en charge par les services pénitentiaires (Art. D398 du code de procédure pénale (18)), ceux bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité pénale pour troubles

mentaux (article 706-135 du code de procédure pénale (19)) ainsi que les mineurs. Au total, 1144 patients ont été inclus dans l'étude rétrospective. Parmi eux, 1077 certificats ont pu être cotés pendant la période de l'étude

Le critère de jugement principal était le suivant:

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'une personne à partir de l'échelle de fonctionnement global pour déterminer un score à l'aide de l'échelle EGF qui définira le critère de sévérité des troubles.

Le score de l'échelle EGF a été calculé sur les certificats de 24h de tous les patients relevant des critères d'inclusion et admis lors de la période d'inclusion d'un an par secteur participant.

Ces certificats ont été auparavant rendus anonymes par les secteurs de psychiatrie eux-mêmes et donc délivrés sans le nom, prénom, domicile, date d'entrée ni nom du médecin certificateur. Tous les certificats ont ensuite été cotés par un examinateur formé et validé dans sa cotation.

Par la suite, 471 patients, parmi l'ensemble des patients inclus, ont donné leur consentement pour participer à l'étude prospective, s'intéressant au devenir des patients hospitalisés sous ce mode, sur 5 ans.

Nous avons bénéficié des accords de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), du Comité de Protection des Personnes (CPP), de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) du Comité Consultatif du Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS), pour exploiter, à visée scientifique, les informations de ces 471 patients.

Les données sociodémographiques ont pu être relevées dans les dossiers médicaux de ces patients et le contenu des certificats de 24h de ces patients a pu être exploité grâce à ces accords.

Les enquêteurs de l'étude HO/SDRE ont regroupés l'ensemble des données dans une base informatique.

A partir de cette base, regroupant les données de ces 471 patients, 427 certificats des 24h ont pu être analysés et donc soumis à notre étude.

2. Variables d'intérêt

Les CSD que nous avons jugées pertinentes de détailler dans notre étude, parmi celles dont nous disposons, étaient les suivantes :

- âge ;
- sexe ;
- région d'origine ;
- statut conjugal ;
- statut résidentiel ;
- vit seul ;
- niveau d'éducation ;
- emploi ;
- statut socio-professionnel ;
- protection juridique.

Les éléments que nous avons jugés pertinents de relever dans les certificats des 24h étaient les suivants. Nous les avons répartis en trois groupes principaux :

- les éléments de faits ayant justifié l'admission en SPDRE, regroupés en 9 catégories :
 - Hétéro Agressivité (HA): nous avons distingué les Passages à l'acte Hétéro Agressif (PHA) des Vellétés de Passage à l'acte Hétéro Agressif (VPHA), parmi lesquelles on différencie les VPHA verbales et les VPHA physiques ;
 - Auto Agressivité (AA): nous avons distingué la Tentative d'Autolyse (TA) du Passage à l'Acte Auto Agressif (PAA) et des Vellétés de Passage à l'Acte Auto agressif (VPAA) ;
 - mise en danger ;
 - Troubles De Comportement (TDC) ;
 - agitation ;
 - Troubles de l'Ordre Public (TOP) ;
 - dégradation matérielle: regroupant les dégradations de matériel public et de biens privés, sans distinction ;
 - troubles en lien avec le voisinage : regroupant des faits perturbant le voisinage et rapportés par le voisinage, sans distinction, mais n'incluant pas d'éventuels éléments de délire de persécution, retrouvés à l'examen

psychiatrique, centré sur les voisins s'il n'y a pas de faits en lien avec les voisins ;

- intoxication: nous avons distingué les intoxications à l'alcool des intoxications à un (ou des) autres toxique(s) ;

2. les symptômes retrouvés à l'examen psychiatrique des 24h :

- symptômes de syndrome dépressif ;
- symptômes d'épisode (hypo)maniaque ;
- symptômes de troubles psychotiques: nous avons distingué délire, persécution, mégalomanie, hallucination, signes de désorganisation ;
- absence de symptôme à l'examen clinique ;

3. les justifications de la nécessité de soins / de la mesure de SPSC regroupés en six catégories :

- déni des troubles, ne distinguant pas le déni partiel ou complet ;
- refus de soins ;
- ambivalence par rapport aux soins ;
- banalisation des actes commis, ne se distinguant pas du déni des actes ;
- Risque de Passage à l'acte Auto Agressif (RPAA) ;
- Risque de Passage à l'acte Hétéro Agressif (RPHA).

3. Saisie des données

Pour l'analyse descriptive

Le recueil des éléments s'est fait à l'aide d'une grille de lecture, que nous avons élaborée sur le logiciel « Microsoft Excel ».

Nous avons choisi les éléments qui nous semblaient être les plus pertinents de relever au vu des repères consensuels et de notre pratique clinique. De même, les choix des différentes catégories d'éléments ont été faits selon nos appréciations de pertinence.

Sur chaque certificat de 24h que nous avons pu traiter, nous avons relevé manuellement les éléments qui y figuraient. Nous les avons ensuite placés dans les différents groupes :

- éléments de faits justifiant admission en SPDRE ;
- éléments sémiologiques ;
- éléments de justification de maintien de la mesure de SPDRE.

Les éléments ont été relevés, non pas de façon mécanique (mot exact figurant dans le certificat), mais, en utilisant une interprétation de bon sens. Pour limiter le biais d'interprétation, les lectures ont été faites par deux examinateurs en aveugle.

Les résultats exploités ont été ceux du premier examinateur car c'est ce dernier qui a élaboré la grille et qui a lu à de multiples reprises les certificats, ce qui lui a permis d'affiner le codage.

La lecture réalisée par le deuxième examinateur, en aveugle, a validé les résultats trouvés par le premier examinateur.

En effet, la grille de lecture, créée pour l'analyse des certificats, a été soumise à une double lecture à la recherche d'un accord inter-juge, en utilisant un outil de mesure de l'accord inter-juge (coefficient de corrélation de Pearson sur deux variables quantitatives) et nous avons retrouvé 95% de corrélation entre les lectures des deux examinateurs différents ($R=0.95$ ($p<0.001$)).

Pour l'analyse bi et multi variée

Nous avons, tout d'abord, défini des variables de « danger » :

- AA, exprimée sur les certificats par des éléments de faits, ayant justifié l'admission en SPDRE en évoquant une TA, et/ou un PAA, et ou des VPAA ;
- HA, exprimée sur les certificats par des éléments de faits, ayant justifié l'admission en SPDRE en évoquant un PHA, et/ou des VPHA, verbales ou physiques ;
- danger, exprimé sur les certificats par des éléments de faits évoquant une AA et/ou une HA, et/ou une mise en danger, et/ou des éléments de justification de la contrainte évoquant un RPAA et/ou RPAH.

A partir de tests statistiques, nous avons voulu rechercher des associations significatives entre ces variables de « danger », telle que nous les avons définies, et certaines variables de notre échantillon, que nous avons choisies et que nous avons mis sous forme binaire, à savoir:

- certaines des CSD prévalentes de notre population (âge, sexe, emploi, niveau d'éducation, statut conjugal, statut résidentiel, protection juridique);
- les troubles psychiatriques prévalents dans notre population, repérés à partir de l'analyse sémiologique des certificats (trouble psychotique, syndrome dépressif, épisode (hypo)maniaque) ;
- d'autres variables qui nous ont semblé intéressantes dans ce cadre, à savoir :
 - la mention sur le certificat d'une l'intoxication aigue au moment des faits ;
 - la mention sur le certificat d'une rupture de soins.

Nous nous sommes inspirés, pour le choix de certaines de nos variables, des données de la littérature citées précédemment (âge, sexe, précarité socio-éducative, isolement...).

Les autres variables choisies étaient celles qui étaient, à notre sens, les plus pertinentes au vu des objectifs de notre étude (axes de réflexion en amont de l'intoxication aigue, de la rupture de soins, de la décompensation d'un trouble psychotique ou thymique, etc..).

4. Analyses statistiques

Le logiciel R Version 3.3.1 a permis d'analyser les données et de réaliser les tests statistiques.

Les variables quantitatives ont été présentées sous forme d'effectif, de moyenne ou de pourcentage, avec leurs intervalles de confiance à 95 %.

Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés à l'aide d'une loi binomiale pour les pourcentages et d'un théorème central limite pour les moyennes (pour l'âge).

Les analyses bivariées ont été effectuées à l'aide de tests de Kruskal-Willis (pour l'âge) ou de tests exacts de Fisher.

Les analyses multivariées ont été effectuées par un test de régression logistique.

Le niveau de significativité était de 5%

L'accord inter-juge a été calculé à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson sur deux variables quantitatives.

III. RESULTATS

1. Descriptif de l'échantillon

Nous avons étudié un échantillon de 427 patients, entrés en HO/SPDRE entre février 2009 et juillet 2012, pour lesquels les CSD (sexe, âge, région, statut conjugal, statut résidentiel, statut socio-professionnel, niveau d'éducation, protection juridique) avaient été relevées dans leurs dossiers médicaux et pour lesquels les certificats de 24 h ont pu être analysés.

2. Résultats

i. Analyse descriptive

a. Caractéristiques socio démographiques de la population

A partir des données recueillies dans les dossiers des patients inclus dans l'étude prospective et pour lesquels les certificats des 24h de HO/SPDRE ont été analysés, nous avons pu repérer les CSD prévalentes :

- majorité d'hommes (79,6%) ;
- âge moyen 41,4 ans ;
- le plus souvent célibataire (56,5%) ;
- le plus souvent vivant seul (53,2%), et dans son propre domicile (56,2%) ;
- majoritairement sans emploi (79,5%) et souvent bénéficiant d'aides sociales (43,4%) ;
- le plus souvent d'un niveau inférieur au baccalauréat (51,3%) ;
- le plus souvent sans protection juridique (17,7%).

L'ensemble des CSD des patients inclus dans notre étude est exposé dans le tableau ci-dessous.

Caractéristique	Effectif	%	[IC95%]
Age (moyenne et écart type)	427	41,3 ans	[40.08 ; 42.64]
Sexe	427		
Homme	340	79.63 %	[75.49 % ; 83.35 %]
Femme	87	20.37%	[16.65 % ; 24.51 %]
Région	427		
PACA	114	26.7 %	[22.56 % ; 31.16 %]
NPDC	44	10.3 %	[7.59 % ; 13.59 %]
IDF	155	36.3 %	[31.73 % ; 41.06 %]
AQTN	114	26.7 %	[22.56 % ; 31.16 %]
Statut conjugal	414		
Célibataire	234	56.52 %	[51.59 % ; 61.36 %]
Marié(e), concubinage, union libre, pacs	82	21.01 %	[17.19 % ; 25.26 %]
Séparé(e), divorcé(e)	87	19.81 %	[16.07 % ; 23.98 %]
Veuf, veuve	11	2.66 %	[1.33 % ; 4.7 %]
Statut résidentiel	416		
Au domicile parental	79	18.99 %	[15.33 % ; 23.1 %]
Dans son propre domicile	234	56.25 %	[51.33 % ; 61.08 %]
En collocation	4	0.96 %	[0.26 % ; 2.44 %]
En foyer	15	3.61 %	[2.03 % ; 5.88 %]
Sans domicile fixe	53	12.74 %	[9.69 % ; 16.33 %]
Autres	31	7.45 %	[5.12 % ; 10.41 %]
Vit seul	406		
Oui	216	53.2 %	[48.22% ; 58.14%]
Non	190	46.8 %	[41.86 % ; 51.78 %]
Niveau d'éducation	399		
Pas scolarisé	12	3.01 %	[1.56 % ; 5.19 %]
Inconnu	130	32.58 %	[28 % ; 37.42 %]
Cycle primaire non terminé	11	2.76 %	[1.38 % ; 4.88 %]
Cycle primaire terminé	26	6.52 %	[4.3 % ; 9.4 %]
Cycle secondaire non terminé	89	22.31 %	[18.31 % ; 26.71 %]
Cycle secondaire terminé	77	19.3 %	[15.54 % ; 23.52 %]
Niveau universitaire ou équivalent	54	13.53 %	[10.33 % ; 17.29 %]
Emploi	415		
Oui	82	19.76 %	[16.03 % ; 23.92 %]
Non	333	80.24 %	[76.08 % ; 83.97 %]
Statut socio-professionnel	376		
Agriculteur	2	0,53%	[0.06 % ; 1.91 %]
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	15	3,99%	[2.25 % ; 6.49 %]
Cadre, profession intellectuelle supérieure	8	2,13%	[0.92 % ; 4.15 %]
Employé, emploi jeune, CES	31	8,24%	[5.67 % ; 11.5 %]
Ouvrier	16	4,26%	[2.45 % ; 6.82 %]
Profession intermédiaire	9	2,39%	[1.1 % ; 4.5 %]
Chômeur	36	9,57%	[6.8 % ; 13.01 %]
Etudiant	1	0,27%	[0.01 % ; 1.47 %]
Homme/Femme au foyer	2	0,53%	[0.06 % ; 1.91 %]
Sans activité professionnelle mais bénéficiant du RMI, AAH...	163	43,35%	[38.28 % ; 48.53 %]
Retraité	40	10,64%	[7.71 % ; 14.2 %]
Autres	53	14,10%	[10.74 % ; 18.03 %]
Protection juridique	409		
Oui	70	17.11 %	[13.59 % ; 21.12 %]
Non	339	82.89 %	[78.88 % ; 86.41 %]

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population

b. Motifs d'admission en HO/SPDRE

Nous avons repéré, par l'analyse du contenu des certificats des certificats des 24h de HO/SPDRE de notre étude, les motifs d'admission en HO/SPDRE les plus fréquents :

- Hétéro Agressivité (HA) (43%) ;
- Troubles Du Comportement (TDC) (38%) ;
- Agitation (19%) ;
- Intoxication (19%) ;
- Trouble de l'Ordre Public (TOP) (16%) ;
- Auto Agressivité (AA) (11%).

Nous avons aussi quantifié les certificats où aucun élément de faits, ayant justifié l'admission en HO/SDRE, n'a été rappelé (22%).

L'ensemble des éléments, relatif aux faits à l'origine de l'admission en HO/SPDRE, est exposé dans le tableau 2 ci-dessous. Les principaux motifs d'admission sont exposés dans le tableau et le graphique ci-dessous.

Éléments de faits ayant justifié admission en HO/SPDRE	Effectif	%	[IC95%]
Agitation	79	18.5 %	[14.93 % ; 22.52 %]
Troubles du comportement	162	37.94 %	[33.32 % ; 42.73 %]
Troubles du l'ordre public	67	15.69 %	[12.37 % ; 19.49 %]
Troubles en lien avec le voisinage	22	5.15 %	[3.26 % ; 7.7 %]
Dégradation matérielle	31	7.26 %	[4.99 % ; 10.15 %]
Mise en danger	22	5,15%	[3,26 % ; 7,7%]
Auto Agressivité	45	10.54 %	[7.79 % ; 13.85%]
Velleités de passage à l'acte auto-agressif	26	6.09 %	[4.02 % ; 8.79 %]
Passage à l'acte auto-agressif	7	1.64 %	[0.66 % ; 3.35 %]
Tentative d'autolyse	14	3.28 %	[1.8 % ; 5.44 %]
Hétéro Agressivité	184	43.09 %	[38.34 % ; 47.94 %]
Agressivité verbale	23	5.39 %	[3.44 % ; 7.97 %]
Velleités verbales de passage à l'acte hétéro-agressif	42	9.84 %	[7.18 % ; 13.06 %]
Velleités physiques de passage à l'acte hétéro-agressif	35	8.2 %	[5.78 % ; 11.22 %]
Passage à l'acte hétéroagressif	125	29.27 %	[25 % ; 33.84 %]
Intoxication	79	18.5 %	[14.93 % ; 22.52 %]
Intoxication alcoolique	67	15.69 %	[12.37 % ; 19.49 %]
Intoxication à autre(s) toxique(s)	23	5.39 %	[3.44 % ; 7.97 %]
Faits non rappelés	93	21.78 %	[17.96 % ; 26 %]

Tableau 2 : Eléments de faits à l'origine de l'admission en HO/SPDRE, retrouvés sur les certificats de 24h de HO/SPDRE

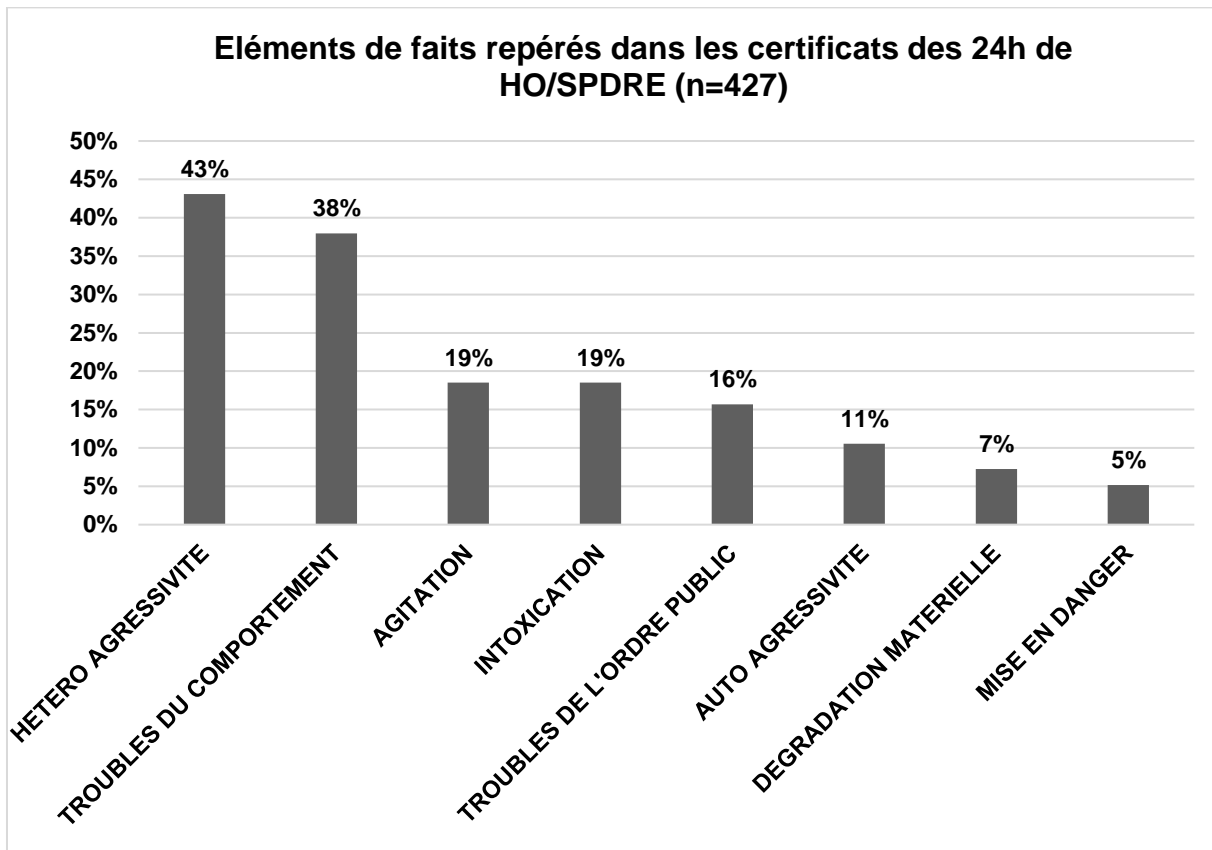


Figure 3 : Histogramme des principaux motifs d'admission en HO/SPDRE, repérés sur les certificats de 24h de HO/SPDRE

c. Éléments sémiologiques et troubles prévalents

Nous avons pu repérer les troubles prévalents dans une population de patients admis en HO/SPDRE par analyse sémiologique des certificats de 24h de HO/SPDRE. Ces principaux troubles étaient les suivant :

- symptômes de troubles psychotiques (63%) ;
- symptômes d'épisode (hypo)maniaque (12%) ;
- symptômes d'épisode dépressif (11 %).

Nous avons aussi relevé la description d'une absence de symptôme (8%) à l'examen clinique, à différencier de l'absence de description de l'examen clinique sur le certificat (17%).

L'ensemble des éléments sémiologiques relevés dans ces certificats sont exposés dans le tableau et le graphique ci-dessous. Les principaux troubles sont exposés dans la figure 5.

Symptomatologie présentée à l'examen des 24 h	Effectif	%	[IC95%]
Symptômes de troubles psychotiques	266	62.3 %	[57.51 % ; 66.91 %]
Eléments délirants	215	50.35 %	[45.5 % ; 55.19 %]
Eléments de persécution	152	35.6 %	[31.05 % ; 40.34 %]
Eléments mégalomaniaques	39	9.13 %	[6.58 % ; 12.27 %]
Hallucination	56	13.11 %	[10.06 % ; 16.69 %]
Signes de désorganisation	90	21.08 %	[17.3 % ; 25.26 %]
Symptômes d'épisode (hypo) maniaque	46	10.77 %	[8 % ; 14.11 %]
Symptômes de syndrome dépressif	53	12.41 %	[9.44 % ; 15.92 %]
Idées noires/Idées suicidaires	16	3.75 %	[2.16 % ; 6.01 %]
Agitation	11	2.58 %	[1.29 % ; 4.56 %]
Agressivité	23	5.39 %	[3.44 % ; 7.97 %]
Velleités de passage à l'acte auto-agressif	2	0.47 %	[0.06 % ; 1.68 %]
Velleités de passage à l'acte hétéro-agressif	10	2.34 %	[1.13 % ; 4.26 %]
Absence de symptôme psychiatrique	33	7.73 %	[5.38 % ; 10.68 %]
Symptomatologie non décrite	72	16.86 %	[13.43 % ; 20.76 %]

Tableau 3 : Description des éléments sémiologiques relevés sur les certificats de 24h de HO/SPDRE

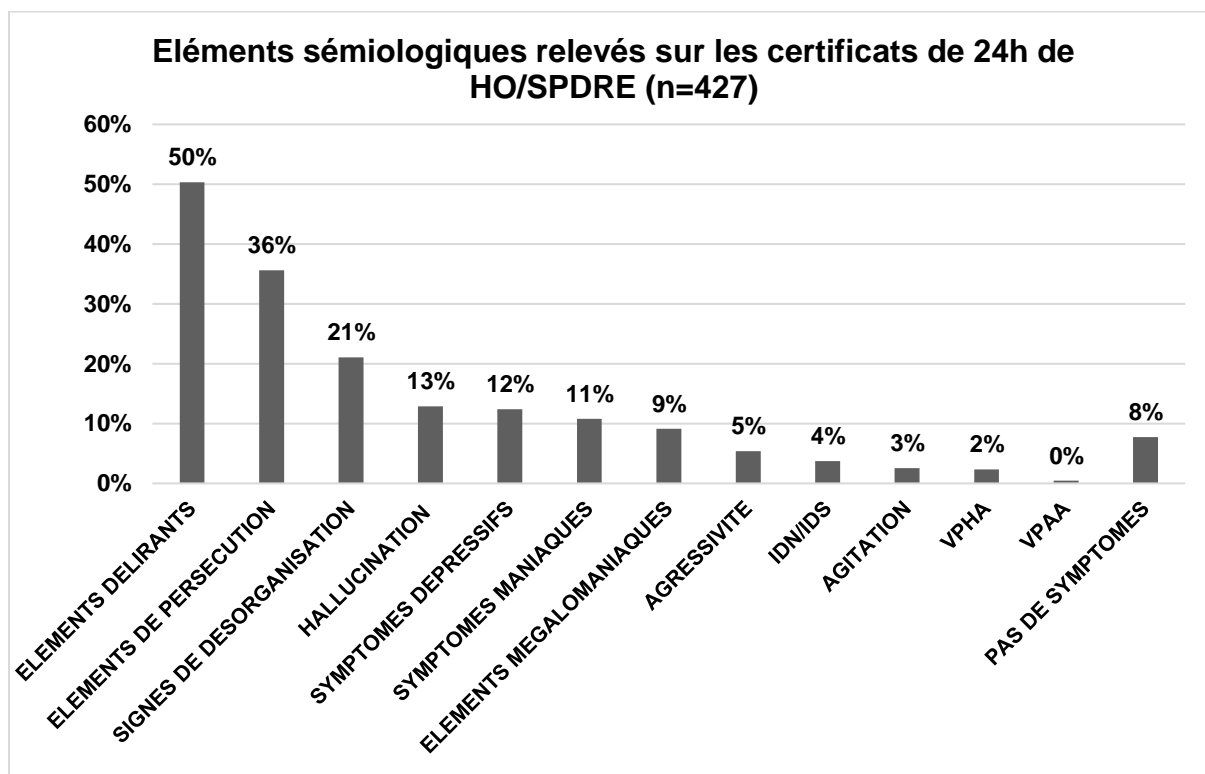


Figure 4: Histogramme des éléments sémiologiques relevés sur les certificats de 24h de HO/SPDRE

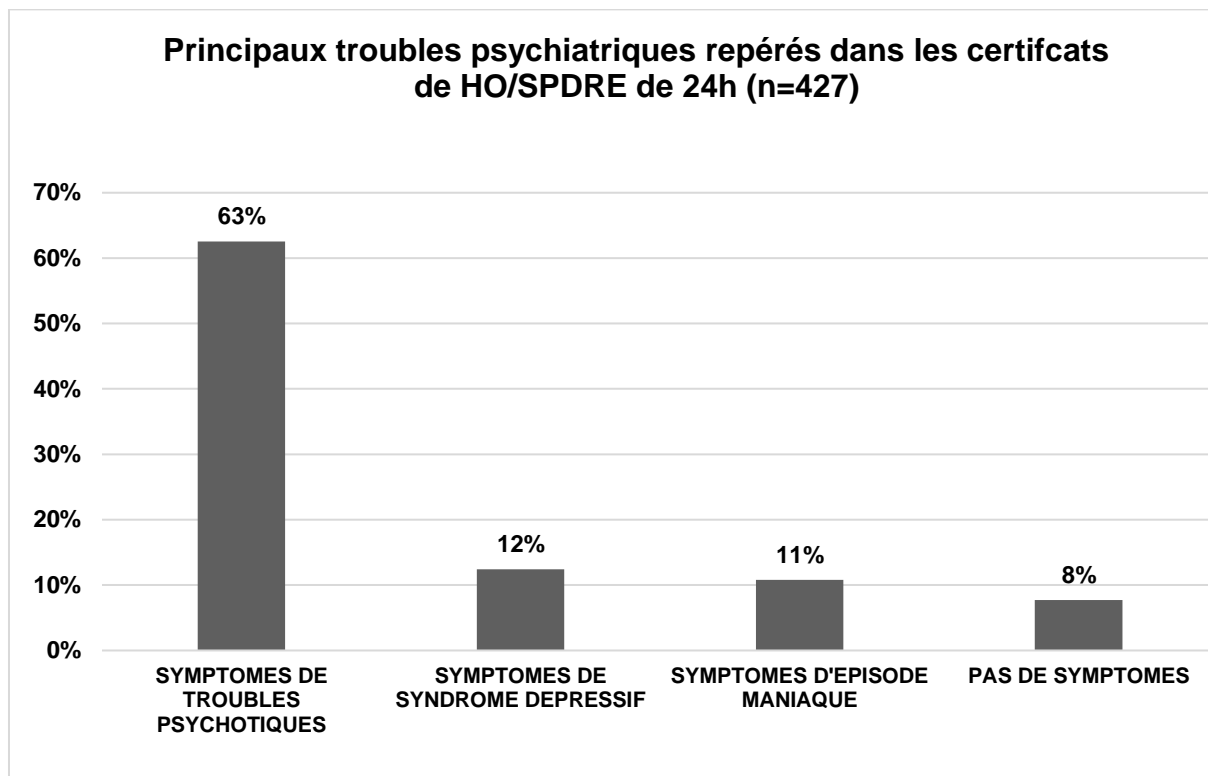


Figure 5: Histogramme des principaux troubles psychiatriques repérés sur les certificats de 24h de HO/SPDRE

d. Eléments de justification de la nécessité de soins et de la mesure de SPSC

Nous avons pu repérer, dans les certificats des 24h de HO/SPDRE de notre étude, les principaux éléments justifiants de la nécessité de soins et du maintien de la mesure de SPSC. Ces principaux éléments étaient les suivants :

- déni des troubles (50%) ;
- refus de soins (24%) ;
- rupture de soins (21%) ;
- déni ou banalisation des actes (18%)
- Risque de Passage à l'acte Auto Agressif (RPAA) (10%) ;
- Risque de Passage à l'Acte Hétéro Agressif (RPHA) (8%).

Nous avons aussi quantifié le nombre de certificat ou aucun des éléments cités ci-dessus ne figuraient dans le contenu (24%).

L'ensemble des éléments relevés comme ayant un sens dans la justification de la nécessité de soins et des SPSC sont exposés dans le tableau et le graphique ci-dessous.

Éléments justifiant la nécessité de soins/maintien SPSC	Effectif	%	[IC95%]
Déni des troubles	215	50.35 %	[45.5 % ; 55.19 %]
Déni ou banalisation des actes	75	17.56 %	[14.07 % ; 21.51 %]
Refus de soins	101	23.65 %	[19.7 % ; 27.98 %]
Ambivalence par rapport aux soins	19	4.45 %	[2.7 % ; 6.86 %]
Risque de passage à l'acte auto-agressif	34	7.96 %	[5.58 % ; 10.95 %]
Risque de passage à l'acte auto-hétéroagressif	42	9.84 %	[7.18 % ; 13.06 %]
Aucune justification de mesure de SPSC	101	23.65 %	[19.7 % ; 27.98 %]

Tableau 4 : Éléments justifiant la nécessité de soins et/ou les SPSC, relevés dans les certificats de 24h de HO/SPDRE

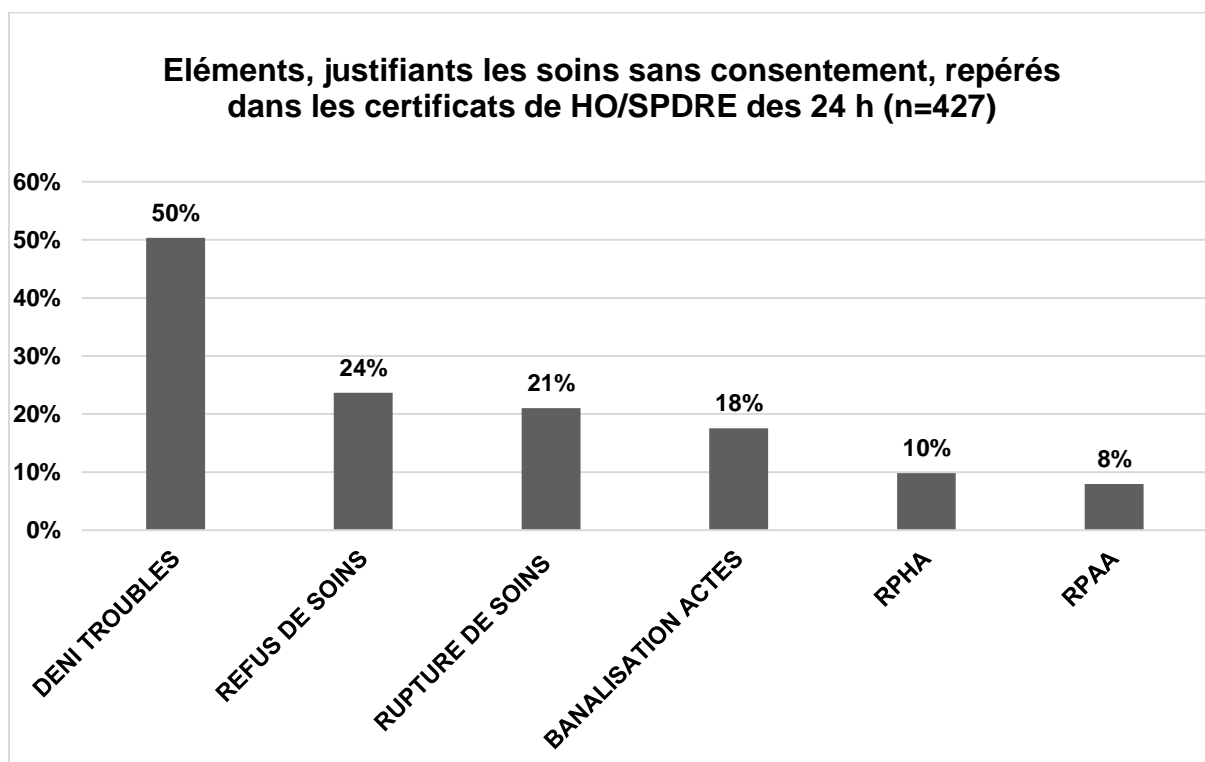


Figure 6 : Histogramme des principaux éléments, justifiant la nécessité de soins et/ou les SPSC, relevés dans les certificats de 24h de HO/SPDRE

e. Autres éléments

Les éléments, relevés sur les certificats de 24h de HO/SPDRE, que nous n'avons classé dans aucune des catégories mais qui nous semblaient important de citer sont décrits dans le tableau 6 ci-dessous.

Autres éléments	Effectif	%	[IC95%]
Rupture de soins	88	20.61 %	[16.87 % ; 24.76 %]
Levée des SPDRE	28	6.56 %	[4.4 % ; 9.34 %]

Tableau 5 : Autres éléments relevés dans les certificats de 24h de HO/SPDRE

ii. Analyse bi variée

Variable	Auto Agressivité (n total =45)		Hetero Agressivité (n total =184)		Danger (n total =251)	
	n (%)	P-value	n (%)	P-value	n (%)	P-value
Age (Moyenne et écart-type)	41.42 (11.83)	0,77	39.02 (13.02)	<0,05	40.17 (13.36)	<0,05
Sexe		0,17		<0,05		0,14
	Homme 32 (9.4%)		158 (46,5%)		206 (60,5%)	
	Femme 13 (14.9%)		26 (30%)		45 (51,7%)	
Vit Seul		0,26		<0,05		<0,05
	Oui 19 (8.8%)		78 (36,1%)		112 (51,8%)	
	Non 24 (12.6%)		97 (51%)		126 (66,3%)	
Célibataire		<0,05		0,27		0,77
	Oui 15 (6.4%)		107 (45,7%)		134 (57,2%)	
	Non 28 (15.6%)		72 (40%)		111 (61,6%)	
Emploi		0,55		0,54		0,71
	Oui 10 (12.2%)		32 (39%)		46 (56,1%)	
	Non 34 (10.2%)		143 (42,9%)		196 (58,9%)	
Bachelier		0,55		0,26		<0,05
	Oui 12 (9.2%)		47 (35,9%)		63 (48,1%)	
	Non 16 (11.6%)		59 (42,8%)		84 (60,9%)	
Protection juridique		0,82		0,51		0,5
	Oui 6 (8,5%)		27 (38,6%)		38 (54,3%)	
	Non 35 (10,3%)		147 (43,3%)		201 (59,3%)	
Eléments de faits						
Intoxication aigue		<0,001		0,38		0,1
	Oui 18 (22,8%)		38 (48,1%)		53 (67,1%)	
	Non 27 (7,8%)		146 (42%)		198 (59,9%)	
Troubles						
Symptomes psychotiques		<0,001		0,84		0,05
	Oui 12 (4,5%)		116 (43,6%)		147 (55,2%)	
	Non 33 (20,62%)		68 (42,5%)		104 (65%)	
Symptomes dépressifs		<0,001		0,3		0,1
	Oui 18 (34%)		19 (35,6%)		37 (69,8%)	
	Non 27 (7,2%)		165 (44,1%)		214 (57,2%)	
Symptomes maniaques		0,07		<0,05		<0,001
	Oui 1 (2,1%)		13 (28,2%)		15 (32,6%)	
	Non 44 (11,5%)		171 (44,9%)		236 (61,9%)	
Rupure de soins		<0,05		0,47		1
	Oui 4 (4,5%)		41 (46,6%)		52 (59,1%)	
	Non 41 (12,1%)		143 (42,2%)		199 (58,7%)	

Tableau 6 : analyse bi variée des variables de danger en fonction de différentes caractéristiques socio-démographiques, cliniques et factuelles

L'analyse bi variée que nous avons réalisée rapporte des associations statistiquement significatives entre certaines variables.

En effet la notion d'AA, telle qu'elle est exprimée dans les certificats étudiés, est :

- associée de façon statistiquement significative à :
 - la mention d'une intoxication aigüe au moment des faits ($p < 0,001$) dans ces mêmes certificats;
 - la description de symptômes évocateurs de syndrome dépressif ($p < 0,001$) dans ces mêmes certificats;
- non associée, de façon statistiquement significative à :
 - la description d'une rupture de soins dans ces mêmes certificats ($p < 0,05$) ;
 - la description de symptômes évocateurs de décompensation d'un trouble psychotique dans ces mêmes certificats ($p < 0,001$) ;
 - l'isolement conjugal ($p < 0,05$).

La notion d'HA, telle qu'elle est exprimée dans les certificats étudiés, est :

- associée de façon statistiquement significative à :
 - un âge inférieur à la moyenne d'âge de notre échantillon ($p < 0,05$) ;
 - au genre masculin ($p < 0,05$) ;
- non associée, de façon statistiquement significative à :
 - la description de symptômes évocateurs d'un épisode (hypo)maniaque dans ces mêmes certificats ($p < 0,05$) ;
 - l'isolement résidentiel ($p < 0,05$).

La notion de danger, telle que nous l'avons définie pour la repérer dans les certificats, quant à elle, est :

- associée de façon statistiquement significative à :
 - un âge inférieur à la moyenne d'âge de notre échantillon ($p < 0,05$) ;
- non associée de façon statistiquement significative à :
 - l'isolement résidentiel ($p < 0,05$) ;
 - la description de symptômes évocateurs d'un épisode (hypo)maniaque dans ces mêmes certificats ($p < 0,001$) ;
 - la description de symptômes évocateurs de décompensation d'un trouble psychotique ($p < 0,05$) dans ces mêmes certificats.

iii. Analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Variable	Auto Agressivité (n total=45)			Hetero Agressivité (n total =184)			Danger (n total =251)			
	n (%)	OR [IC95%]	P-value	n (%)	OR [IC95%]	P-value	n (%)	OR [IC95%]	P-value	
Age (Moyenne et écart-type)	41.42 (11.83)	1,00 [0,96;1,04]	0,86	39.02 (13.02)	0,98 [0,96;1,01]	0,30	40.17 (13.36)	0,99 [0,97;1,02]	0,90	
Sexe	Homme	32 (9.4%)	0,80 [0,29;2,29]	0,66	158 (46,5%)	2,12 [1,03;4,57]	<0,05	206 (60,5%)	1,45 [0,73;2,92]	0,28
	Femme	13 (14.9%)	1,00		26 (30%)	1,00		45 (51,7%)	1,00	
Vit Seul	Oui	19 (8.8%)	0,93 [0,36;2,42]	0,89	78 (36,1%)	0,64 [0,36;1,12]	0,12	112 (51,8%)	0,68 [0,39;1,19]	0,18
	Non	24 (12.6%)	1,00		97 (51%)	1,00		126 (66,3%)	1,00	
Célibataire	Oui	15 (6.4%)	0,39 [0,13;1,13]	0,08	107 (45,7%)	0,84 [0,43;1,62]	0,61	134 (57,2%)	0,69 [0,35;1,31]	0,26
	Non	28 (15.6%)	1,00		72 (40%)	1,00		111 (61,6%)	1,00	
Emploi	Oui	10 (12.2%)	0,77 [0,23;2,26]	0,64	32 (39%)	0,69 [0,34;1,36]	0,29	46 (56,1%)	0,82 [0,41;1,63]	0,58
	Non	34 (10.2%)	1,00		143 (42,9%)	1,00		196 (58,9%)	1,00	
Bachelier	Oui	12 (9.2%)	0,83 [0,34;1,99]	0,67	47 (35,9%)	0,92 [0,53;1,57]	0,76	63 (48,1%)	0,68 [0,40;1,15]	0,15
	Non	16 (11.6%)	1,00		59 (42,8%)	1,00		84 (60,9%)	1,00	
Protection juridique	Oui	6 (8,5%)	2,01 [0,62;6,03]	0,21	27 (38,6%)	1,04 [0,52;2,08]	0,89	38 (54,3%)	0,97 [0,49;1,94]	0,94
	Non	35 (10,3%)	1,00		147 (43,3%)	1,00		201 (59,3%)	1,00	
Éléments de faits										
Intoxication aiguë										
Oui	18 (22,8%)	1,73 [0,67;4,59]	0,26	38 (48,1%)	0,79 [0,31;1,91]	0,95	53 (67,1%)	0,88 [0,41;1,88]	0,74	
Non	27 (7,8%)	1,00		146 (42%)	1,00		198 (59,9%)	1,00		
Troubles										
Symptômes psychotiques										
Oui	12 (4,5%)	0,39 [0,13;1,10]	0,08	116 (43,6%)	1,09 [0,59;2,04]	0,76	147 (55,2%)	0,64 [0,34;1,19]	0,16	
Non	33 (20,62%)	1,00		68 (42,5%)	1,00		104 (65%)	1,00		
Symptômes dépressifs										
Oui	18 (34%)	2,90 [0,99;8,35]	<0,05	19 (35,6%)	0,79 [0,31;1,91]	0,62	37 (69,8%)	1,38 [0,57;3,46]	0,47	
Non	27 (7,2%)	1,00		165 (44,1%)	1,00		214 (57,2%)	1,00		
Symptômes maniaques										
Oui	1 (2,1%)	NA	NA	13 (28,2%)	0,73 [0,27;1,83]	0,52	15 (32,6%)	0,30 [0,11;0,74]	<0,05	
Non	44 (11,5%)			171 (44,9%)	1,00		236 (61,9%)	1,00		
Rupture de soins										
Oui	4 (4,5%)	0,48 [0,10;1,64]	0,29	41 (46,6%)	1,65 [0,88;3,10]	0,11	52 (59,1%)	1,35 [0,72;2,56]	0,34	
Non	41 (12,1%)	1,00		143 (42,2%)	1,00		199 (58,7%)	1,00		

Tableau 7 : Analyse des différentes variables de danger, ajustés sur des facteurs sociodémographiques, cliniques et factuels

Facteurs prédictifs ou protecteurs de l'AA

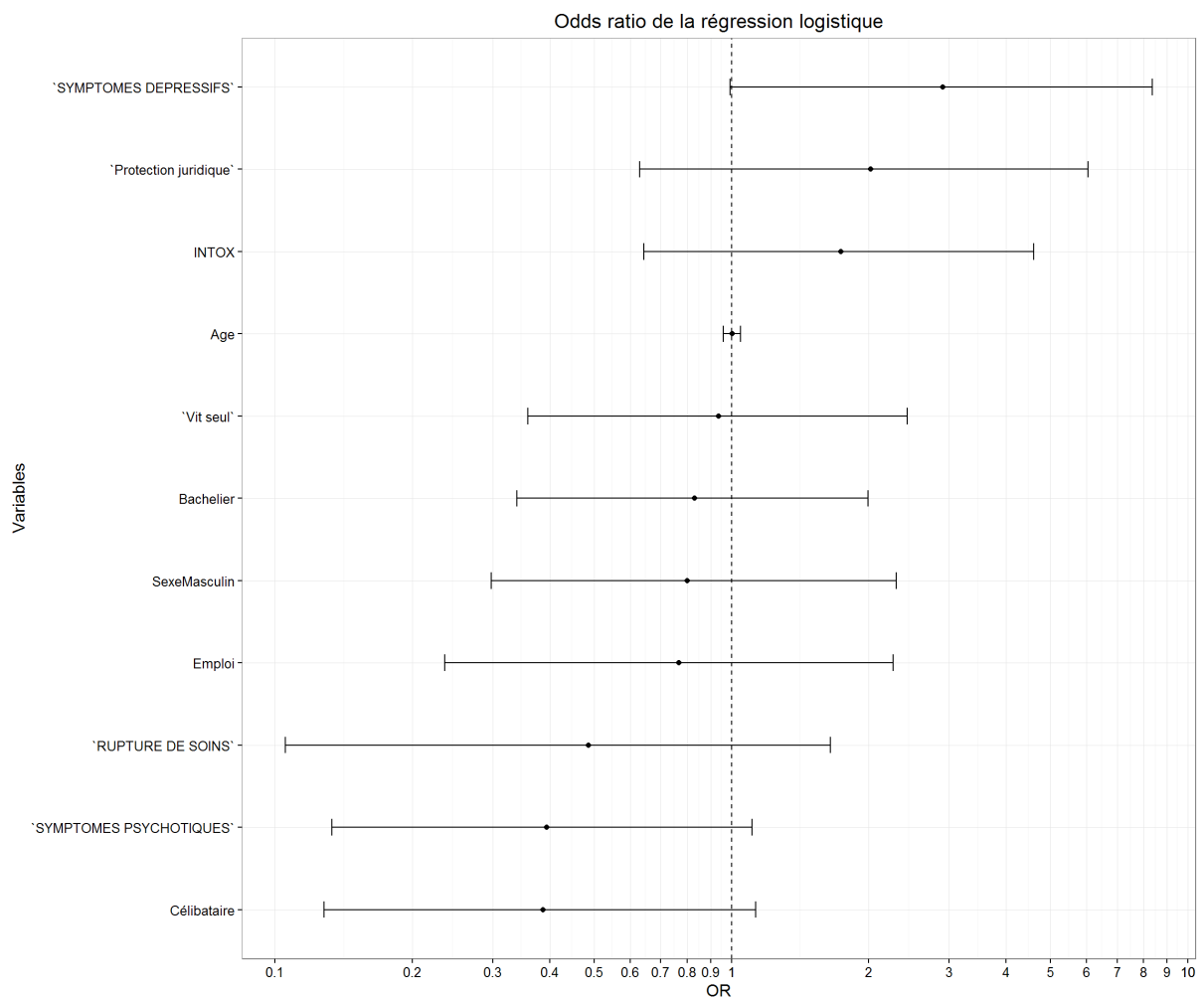


Figure 7 : Odds Ratio par régression logistique pour la variable AA

L'analyse multivariée par régression logistique retrouve, de façon statistiquement significative, que la description, chez une patient, de symptômes évocateurs de syndrome dépressif est un facteur prédictif de l'AA (OR = 2,90 [IC95% = [0,99 ; 8,35]).

Facteurs prédictifs ou protecteurs de l'HA

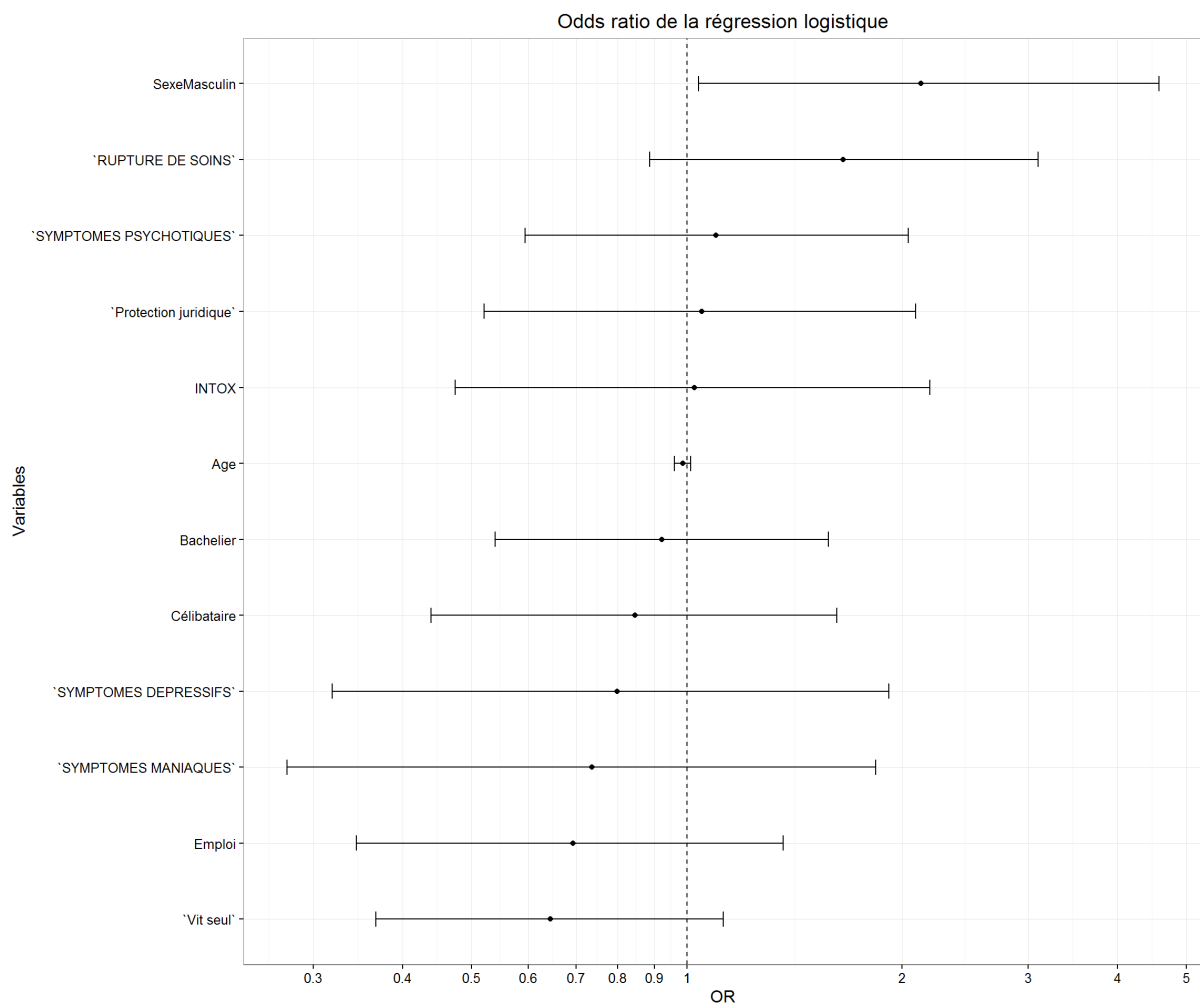


Figure 8 : Odds Ratio de la régression logistique pour la variable HA

L'analyse multivariée par régression logistique retrouve, de façon statistiquement significative, que le genre masculin est un facteur prédictif d'HA (OR = 2,12 [IC95% = [1,03 ; 4,67]).

Facteurs prédictifs ou protecteurs du danger

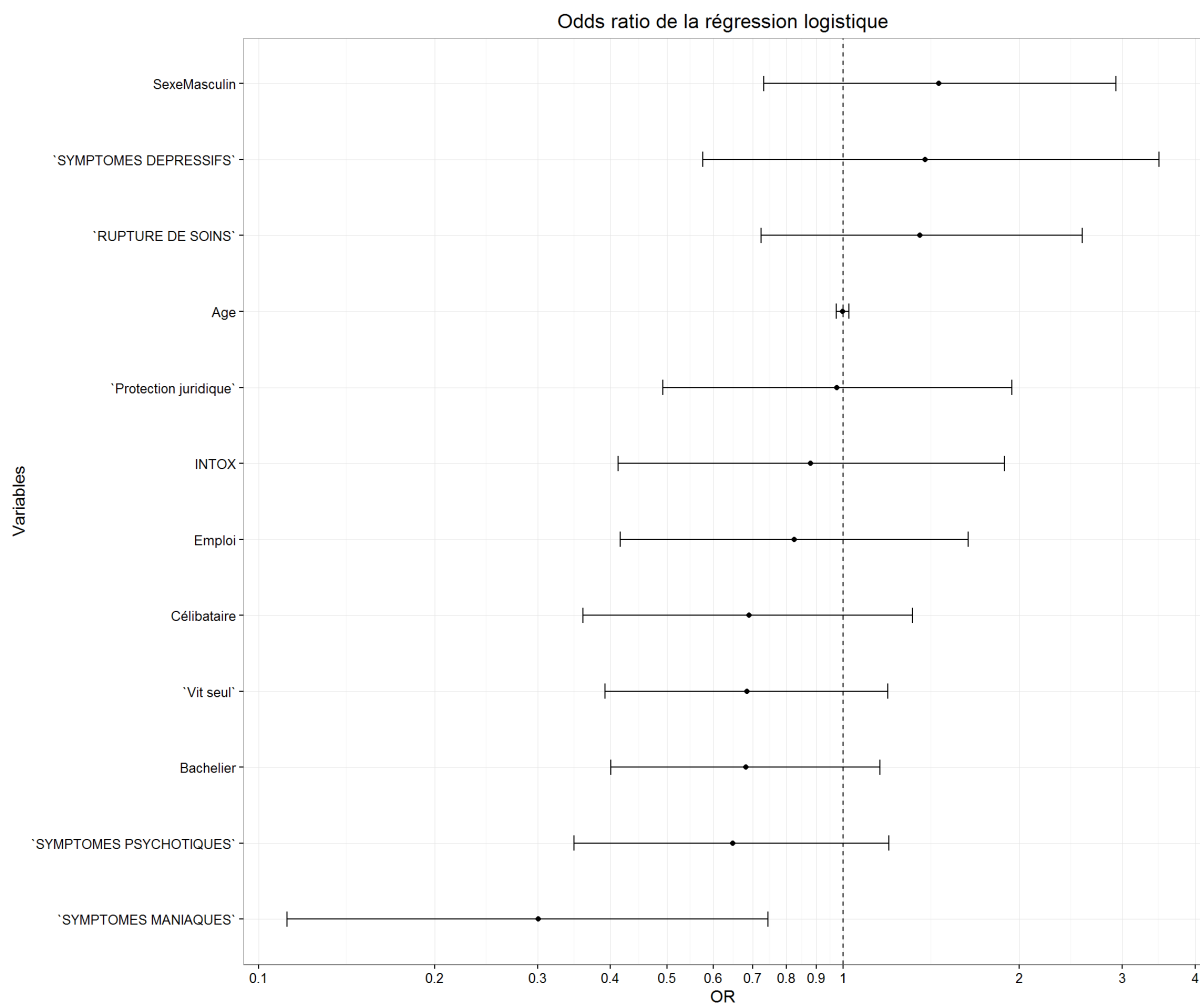


Figure 9 : Odds Ratio de la régression logistique pour la variable danger

L'analyse multivariée par régression logistique retrouve, de façon statistiquement significative, que la description, chez un patient, de symptômes évocateurs de décompensation maniaque est un facteur protecteur d'un passage à l'acte dangereux (OR = 0.30 [IC95% = [0,11 ; 0,74]).

L'analyse bi-variée nous a montré des associations statistiquement significatives entre certaines CSD et la notion de danger.

Nous pouvons ainsi préciser, de manière plus générale, les facteurs sociodémographiques corrélés au risque de commettre un acte dangereux.

En effet, les résultats de notre étude nous rapportent que les variables qui sont significativement corrélées à la notion de danger sont :

- un âge inférieur à l'âge moyen d'un patient entrant en SPDRE ;
- le sexe masculin ;
- l'intoxication aiguë ;
- symptomatologie de syndrome dépressif.

A l'inverse, les résultats de notre étude nous rapportent que d'autres variables sont significativement non corrélées à la notion de danger :

- les symptômes évocateurs de décompensations, de troubles psychotiques et d'épisode (hypo)maniaque;
- l'isolement résidentiel et conjugal.

L'analyse multivariée ne confirmait cependant pas la majorité des résultats de l'analyse bi variée. En effet, l'analyse multivariée ne retrouvait des associations significatives uniquement pour la corrélation :

- entre sexe masculin et HA (facteur prédictif) ;
- entre symptômes dépressif et AA (facteur prédictif) ;
- entre symptômes de décompensation (hypo)maniaque et danger (facteur protecteur).

IV. DISCUSSION

Nous avons réalisé cette étude au regard des chiffres témoignant de l'augmentation du nombre d'admission en SPDRE par an en France ainsi que de l'importante variabilité inter régionale des taux de recours aux mesures de SPDRE.

Nous avons analysé les profils sociodémographiques ainsi que les troubles psychiatriques prévalents dans une population de patients admis en SPDRE, ainsi que les termes utilisés dans la rédaction des certificats, et donc les éléments de justification de la SPDRE. Notre objectif était de mieux comprendre les évolutions et variations citées ci-dessus et d'ouvrir une discussion sur les possibilités de cibler au mieux les mesures de SPDRE et d'exploiter d'autres modalités de prise en charge sociale et/ou psychiatrique.

1. Interprétation des résultats

i. Analyse des profils sociodémographiques et des troubles psychiatriques prévalents

Interprétation des données sociodémographiques de la population de notre étude (tableau1)

Le profil-type, décrit dans notre étude, est un homme d'environ 40 ans, célibataire, vivant seul, dans son propre logement, sans emploi, bénéficiant d'aides sociales, de bas niveau scolaire.

Nous observons en effet, dans cette population de patients admis en HO/SPDRE entre 2009 et 2012, une forte prédominance masculine, une grande précarité socio-éducative, une majorité de patients isolés sur le plan conjugal et résidentiel.

Nous retrouvons, ainsi, des résultats semblables aux données de la littérature internationale, que ce soit au niveau de l'âge moyen (11), du ratio homme/femme (11),

de la prédominance de patients isolés, sur le plan résidentiel (14) (15) et sur le plan conjugal (15) et de patients se trouvant dans une situation socio-éducative précaire (12) (13) (14).

Il serait ainsi, intéressant de déterminer, si ces CSD sont des facteurs de risque de PHA et/ou TOP et donc au déclenchement d'une mesure de SPDRE et si oui, réfléchir à des moyens d'agir en amont de ces actes chez cette population vulnérable.

Par ailleurs, au vu du ratio homme/femme très élevé (4/1), nous pouvons nous demander si le genre impacte la décision de déclencher une admission en SPDRE. En effet, la prévalence des troubles psychiatriques, notamment psychotiques, ne connaît pas de telles différences entre hommes et femmes. En d'autres termes, il serait intéressant d'étudier si le genre masculin a une influence ou non sur la décision de déclencher une entrée en SPDRE (au-delà du fait que le fait d'être un homme augmente le risque de PHA/TOP (Voir Odds Ratio de la figure 8)).

Interprétation des éléments sémiologiques relevés dans les certificats de 24h de HO/SPDRE (tableau 3)

Nous avons pu repérer les troubles prévalents par une analyse sémiologique des certificats de 24h : Nous retrouvons une présence de symptômes évocateurs de décompensation de troubles psychotiques dans près de deux tiers des certificats. Nous retrouvons de façon moins fréquente des symptômes en faveur de décompensations thymiques (figure 5).

Ce relevé symptomatologique, bien qu'il ne puisse pas déterminer de diagnostics et bien qu'il ait été réalisé avec un biais d'interprétation (Voir limites de l'étude), nous permet tout de même d'observer une certaine cohérence avec les données de littérature internationale, en ce qui concerne la prédominance, chez les patients hospitalisés sans leur consentement, de symptômes en faveur d'un diagnostic de schizophrénie ou autres troubles psychotiques (11) (16) (17).

La forte proportion de patients, présentant des symptômes évocateurs de décompensation de trouble psychotiques, retrouvée dans une population entrant en HO/SPDRE, invite à réfléchir sur nos pratiques en termes de prévention des décompensations de ces troubles.

Interprétation des résultats des tests statistiques (tableaux 6 et 7)

Nous observons donc que certaines CSD, telles que le genre masculin, l'isolement, le chômage, un bas niveau scolaire, sont associées au déclenchement d'une entrée en SPDRE.

Nous avons retrouvé, en analyse bi variée, des associations statistiquement significatives entre certaines CSD/troubles psychiatriques et les notions d'AA, d'HA et de danger, telles qu'elles étaient exprimées dans les certificats.

L'analyse multi variée ne confirmait pas tous les résultats.

De manière générale, ces résultats sont discutables car certains nous ont semblé cohérents avec notre pratique mais d'autres résultats ont suscité notre étonnement.

En effet, certains résultats pourraient être sujet à débattre, tels que:

- la description de symptômes de décompensation maniaque, dans les certificats étudiés, soit un facteur protecteur de « danger », tel qu'il est exprimé dans les certificats ;
- la description de symptômes de décompensation psychotique soit significativement non corrélé à des faits d'AA ;
- l'isolement conjugal soit significativement non corrélé à des faits d'AA ;
- l'isolement résidentiel soit significativement non corrélé à des faits l'HA.

De ce fait, ces résultats nous invitent à la réalisation de nouvelles études, avec des protocoles bien établis, afin de déterminer si ces CSD/troubles psychiatriques sont des facteurs de risque de PAA et/ou de PHA et/ou de TOP et donc de déclenchement d'une mesure de SPSC et si oui, réfléchir à des actions médicales et sociales en amont de ces actes chez cette population vulnérable.

ii. Analyse des termes utilisés pour justifier l'admission et le maintien en HO/SPDRE

La législation précise, dans l'article de loi L31213-1 du CSP (10), que le préfet peut décider de l'admission d'une personne en SPDRE au vu d'un certificat médical circonstancié décrivant des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes et/ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le médecin rédacteur du certificat initial d'admission en SPDRE se doit donc de décrire les troubles mentaux et les éléments de faits permettant au préfet de considérer qu'il y'a une atteinte à la sûreté des personnes.

Bien que la loi n'impose pas que les éléments de faits soient rappelés dans les certificats suivants, nous observons qu'ils sont tout de mêmes décrits dans plus de trois quart des certificats que nous avons étudiés.

Nous pouvons nous questionner sur l'intérêt de rappeler les faits dans le certificat de 24h, étant donné que ces derniers ont forcément pris fin avec l'admission du patient en hospitalisation.

Le certificat de 24h a pour but de confirmer la nécessité de maintenir la mesure, 24h après que le patient a été hospitalisé.

Le psychiatre rédacteur du certificat de 24h de SPDRE, se doit, comme dans tout certificat de maintien en SPSC, de décrire la présence ou non de troubles mentaux, d'évaluer le degré de conscience des troubles, de rechercher le consentement durable du patient aux soins, de signifier les risques en l'absence de soins.

Nous avons analysé les termes utilisés pour justifier l'admission et le maintien en HO/SPDRE, relevés dans les certificats de 24 h de notre étude (tableaux 2, 3 et 4).

Nous avons observé dans les certificats étudiés une absence bien trop fréquente de la description de l'examen psychiatrique (17% des certificats étudiés (tableau 3) alors qu'il s'agit de l'item le plus important dans la rédaction des certificats de SPSC car c'est la description des troubles psychiatriques ainsi que leurs retentissements (anosognosie, troubles rendant impossible le consentement, risque pour l'intégrité du patient et/ou risque AA et/ou risque HA et/ou risque TOP en lien avec ces troubles), qui justifie la nécessité de SPSC

Nous avons également observé un déficit des termes utilisés pour justifier la mesure de soins sans consentement, voire l'absence complète de ce type de termes dans 24% des cas (tableau 4)

A l'inverse, nous avons observé que dans environ 6 à 7 % des certificats étudiés, le psychiatre réalisant l'examen des 24h ne relève aucun symptôme psychiatrique, permettant ainsi, régulièrement, une levée des SPDRE (tableau 3 et 5).

Nous avons souhaité discuter des termes les plus fréquents utilisés pour décrire le motif d'admission en SPDRE.

Analyse des éléments décrivant des faits d'HA, à l'origine de l'admission en HO/SPDRE

Près de la moitié des certificats étudiés témoignaient de faits d'HA avant l'admission en SPDRE.

La mesure de SPDRE est justifiée, au vu de la législation, chez un patient présentant des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes.

Nous pouvons toutefois nous intéresser au terme de « compromettant la sûreté des personnes » et nous questionner sur la façon dont ce terme est perçu et compris par les acteurs concernés par la rédaction des certificats de SPDRE. Il semble au minimum qu'en l'absence de définition consensuelle partagée, le terme apparaisse polysémique et engendre différentes pratiques et modalités d'utilisation des SPDRE.

Analyse des éléments rapportant des TDC ou une agitation au moment des faits à l'origine de l'admission en HO/SPDRE

Plus d'un tiers des certificats étudiés rapportent des « TDC » et près d'un cinquième une « agitation » au moment des faits à l'origine de l'admission.

Dans 54 certificats la description de « TDC » ou d' « agitation » au moment des faits n'est pas associée à une mention d'éléments d'AA et/ou d'HA et/ou de TOP, alors que ces derniers éléments devraient, au vu de la loi, apparaître dans tous les certificats de SPDRE (dans lesquels les faits sont décrits).

Nous pouvons donner les exemples suivant :

« Patient de 35 ans, hospitalisé en HO après avoir manifesté des comportements hermétiques et incohérents au travail et dans le métro. Ce jour, réticence extrême à se livrer sur sa vie psychique, émoussement des affects, discours dominé par la banalisation et la rationalisation morbide. On relève malgré tout des moments de diffluence et de paralogisme et des propos flous et allusifs concernant des idées de persécution et un automatisme mental avec de probables hallucinations intra psychiques. Dans ces conditions, l'HO doit être confirmée pour permettre une évaluation plus poussée en milieu spécialisé. »

« Présente une recrudescence de l'activité délirante et hallucinatoire, une désorganisation de la pensée, un comportement désordonné s'inscrivant dans l'évolution d'une schizophrénie de forme paranoïde connue de plus de 20 ans. Le patient est opposé à l'hospitalisation. Son état nécessite des soins en milieu spécialisé. A ce jour SDRE justifiés et à maintenir »

Nous pouvons ainsi nous questionner sur la mention de ces termes dans les certificats, lorsqu'ils ne sont pas associés à des éléments témoignant d'un risque pour la sécurité des personnes et/ou d'atteinte à l'ordre public.

En effet, il est de bon sens de se demander pour quelles raisons, ces patients n'ont pas été admis en HDT/SDT/SPPI.

Analyse des éléments rapportant une intoxication aigüe au moment des faits à l'origine de l'admission en HO/SPDRE

Près d'un cinquième des certificats mentionnent une intoxication aigüe dans les éléments de faits ayant engendré une admission en HO/SPDRE.

Cela pourrait, ainsi, nous orienter vers une réflexion sur des mesures sanitaires, en amont d'une atteinte à l'intégrité des personnes ou d'un TOP, chez des patients souffrant de troubles addictifs, se trouvant particulièrement exposés à des intoxications aigües.

Par ailleurs, nous avons pu observer que, dans certains certificats, les règles de rédaction du certificat ne sont pas respectées et les conditions d'admission en SPDRE ne sont pas remplies. En effet, nous avons retrouvé, dans certains certificats de notre étude, le motif d'intoxication isolé (non associé à AA/HA/TOP), tel que dans l'exemple suivant :

« poly-intoxication, chez un patient aux conduites addictives connues. Pratique éthylique anciennement connue, en rechute actuellement. Nécessité d'une période de sevrage, d'un bilan thymique. L' HO est justifiée ».

Nous pouvons ainsi remettre largement en question l'admission en SPDRE dans ces cas précis, où la mesure d'hospitalisation répond davantage à une solution de derniers recours face une situation chronique sans solution, plus qu'une situation de TOP ou de risque d'atteinte à la sécurité des personnes, tel que définie dans les textes.

Analyse des éléments rapportant des faits de TOP, à l'origine de l'admission en HO/SPDRE

Ce motif d'admission, tel que nous l'avons repéré dans les certificats, n'arrive qu'en 5^{ème} position par ordre décroissant de fréquence d'apparition des éléments de faits ayant justifié l'admission en HO/SPDRE.

Nous pouvons nous questionner sur cette faible fréquence d'apparition de ce terme, notamment par rapport à d'autres termes, au vu de l'article de loi L 3213-1 (10).

Par ailleurs, nous avons effectué des recherches sur les termes « ordre public » et « trouble de l'ordre public » mais il s'est avéré impossible de trouver une définition précise tant ces termes sont vagues.

Pour illustrer cela, voici quelques citations retrouvées sur info-juri (20) :

« Présente dans la plupart des Codes juridiques, la notion d'ordre public définit tout simplement la paix sociale, garantie par la sécurité publique et le respect d'un certain nombre de lois. L'ordre public peut ainsi désigner l'ensemble des règles qui régissent la vie en société.

Il est évident que la notion d'ordre public est très vaste, à tel point qu'il existe de multiples manières d'être coupable de troubles à l'ordre public. »

« Un trouble à l'ordre public est tout simplement une atteinte menée à l'ordre public. Elle peut être exercée par un individu seul ou par un ensemble d'individus.

Tout comme la notion d'ordre public est vague, la définition de trouble à l'ordre public va englober de nombreuses infractions.

Il faut savoir que le trouble à l'ordre public n'est pas un délit à proprement parler. Ainsi, il ne va pas exister de sanction pour atteinte à l'ordre public. En revanche, le trouble à l'ordre public pourra justifier une arrestation ou une mise en garde à vue, et pourra ensuite être sanctionnée en fonction de la nature du trouble. »

« En France, ce sont uniquement la police et la gendarmerie qui peuvent décider qu'une personne est en train de porter trouble à l'ordre public.

Elles seront alors chargées de maintenir l'ordre public par tous les moyens possibles. Cela peut notamment passer par des arrestations, ou par l'emploi d'unités spécialisées, à l'instar des CRS. L'atteinte à l'ordre public peut justifier le recours à la force policière. »

« On peut trouver de nombreux exemples d'atteintes à l'ordre public, qui pourraient être l'objet d'arrestations ou de gardes à vue :

- Le trouble à l'ordre public individuel : on pourra évoquer le cas d'ivresse publique, d'exhibitionnisme ou encore de tapage nocturne ou diurne.*
- L'atteinte à l'ordre public collective : on évoquera alors les émeutes, les manifestations non autorisées ou encore les attroupements. »*

Nous pouvons ainsi discuter de toute la difficulté, pour la population des acteurs concernés par la rédaction des certificats de SPDRE, de maîtriser correctement les notions de « trouble à l'ordre public », et d' « atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Analyse des éléments relatant des faits d'AA:

Dans environ 10% des certificats celle d'AA. Elle était isolée, c'est-à-dire non associée à HA et/ou TOP dans 5% des cas.

A priori, la notion d'AA ne répond pas stricto sensu aux conditions nécessaires, pour admettre un patient en SPDRE, telles que posées dans l'article L. 3213-1 du CSP (10). Nous pouvons remettre en question les cas où l'AA n'est pas associée à une atteinte à l'ordre public ou à la sécurité des personnes comme dans ce certificat des 24h issu de notre étude :

« risque suicidaire majeur, troubles du comportement, refus de prise en charge. Et avoir constaté : une crise suicidaire type dangerosité suicidaire, une perturbation de l'humeur, marquée par un ralentissement psychomoteur, une tristesse, une douleur morale, un syndrome d'abstinence, et un refus de soin, atteste que son état clinique actuel nécessite des soins appropriés sous surveillance hospitalière. En conséquence, l'HO est justifiée et à maintenir. Conclusion : maintien de l'HO souhaitable pour la continuité des soins sous surveillance hospitalière renforcée. »

Il est important de noter, cependant, qu'avant la loi de 2011 il n'existait pas de mesure de SPSC sans tiers en dehors des HO. Ainsi, nous pouvons penser qu'il pouvait y avoir recours à l'HO dans des cas, par exemple, de patients suicidaires, refusant les soins et isolés sur le plan social (pas de tiers disponible).

Au final, le questionnement relatif à l'application de la SPDRE apparaît extrêmement complexe. Les raisons de recourir à cette mesure ne relèvent, parfois, non pas seulement de la gravité de décompensation d'un trouble mais aussi de conditions sociales, éducationnelles et du cadre politique en vigueur sur un territoire.

Ce sujet est, ainsi, à l'interface entre des problématiques médicales, psychiatriques, sociales et sociétales.

Cette étude tente d'apporter une connaissance supplémentaire à la compréhension d'application de cette mesure de soins.

2. Limites et forces de l'étude

Les forces de notre étude reposent sur :

- un échantillon conséquent, constitué de 427 certificats étudiés ;
- la richesse des données ;
- son caractère multicentrique (étude sur 4 régions et 125 secteurs) ;
- le contexte législatif en vigueur au moment de l'étude HO/SDRE du CCOMS s'est modifié avec la loi de 2011 nous permettant ainsi d'étudier le contenu de près de 50% de notre échantillon avant la loi et 50% après le changement de loi ;
- son caractère novateur, en effet, il n'a pas été retrouvé d'étude similaire à ce jour.

Notre étude présente cependant certaines limites.

En effet, les éléments mentionnés dans les certificats n'ont pas été relevés au mot près mais ont fait l'objet d'un recodage basé sur notre pratique clinique et les repères nosographiques consensuels. Il se peut donc que les différentes lectures, propres à chaque examinateur, amènent un biais d'interprétation à l'étude.

Pour illustrer ce biais, nous pouvons prendre l'exemple du terme « déni des troubles ». Ce dernier regroupe des expressions telles que : « déni partiel des troubles », « déni complet des troubles », « pas de conscience des troubles », « anosognosie », « adhésion totale au délire », « pas de critique du délire », etc...

Par ailleurs, les secteurs ont participé à l'étude HO/SDRE sur la base du volontariat. Au total, 125 secteurs (soit environ 15% de l'ensemble des secteurs psychiatriques en France) ont accepté de participer à l'étude mère. Bien que ce nombre soit élevé et que l'étude soit multicentrique (4 régions), il existe un biais de sélection du fait que le recrutement ne se soit pas effectué de manière randomisée.

De même, les patients ont donné leur accord, pour participer à l'étude prospective sur 5 ans, sur la base du volontariat. Certains patients, au moment du recrutement, n'ont peut-être pas pu donner leur consentement (difficultés de compréhension de l'étude, troubles psychiatriques sévères....)

Il existe donc un autre biais de sélection à notre étude du fait que le recrutement se soit fait sur la base du volontariat et non par randomisation.

3. Perspectives

Cette étude amène à vouloir sensibiliser la population des acteurs concernés par la rédaction des certificats de SPSC, avec comme objectif le respect du cadre légal, de la déontologie médicale et le respect maximal des libertés individuelles des patients.

Cela pourrait être impulsé par des directives des autorités de santé, au sujet des SPSC et de la rédaction des certificats de SPSC et se traduire par :

- la diffusion de guides de bonnes pratiques aux acteurs concernés (psychiatres, médecins urgentistes, médecins généralistes) ;
- la mise en place d'un temps de formation pour les étudiants en médecine, notamment en psychiatrie ;
- des formations des acteurs concernés au sein des établissements de soins, dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé ;
- la diffusion d'information auprès du grand public, des préfets et des maires.

Les points principaux à cibler seraient :

- les enjeux liés à une mesure de SPSC (recours à une mesure de privation de libertés avec hospitalisation et administration de traitement sans le consentement du patient, mesures d'isolement et de contention) ;
- les enjeux liés à la rigueur à tenir lors de la rédaction des certificats de SPSC, ceux-ci devant être en parfait accord avec les textes de lois et les recommandations de bonne pratique médicale afin d'éviter de déclencher toute mesure privative de liberté qui ne serait pas justifiée et, dans les autres cas, de garantir une mesure adaptée et proportionnée aux troubles psychiatriques présentés par le patient ;
- le recadrage sur des définitions complexes, comme : « sûreté des personnes », « atteinte à l'ordre public », « gravité de l'atteinte »... tant elles sont subjectives et pourtant importantes au vu des enjeux cités précédemment. Il serait intéressant d'harmoniser ces définitions sur un plan national. Cela pourrait permettre de réduire les disparités interrégionales en termes de taux d'admission en SPDRE et donc permettre une égalité pour tous les patients en termes d'atteinte aux libertés individuelles.

En ayant identifié les facteurs sociodémographiques et psychiatriques, notre étude nous invite à une réflexion sur les modalités d'intervention, d'un point de vue médical et/ou social, auprès des patients les plus vulnérables, en amont d'une atteinte à l'intégrité des personnes ou d'un TOP.

La forte proportion de patients, se trouvant dans des situations socio-économiques précaires et souffrant de schizophrénie ou autres troubles psychotiques, retrouvée dans une population entrant en HO/SPDRE, interroge sur les mesures médico-sociales qui pourraient être mises en œuvre afin de prévenir les décompensations de leurs troubles psychiatriques.

De plus, comme nous avons observé un déficit d'éléments de justification de la mesure SPDRE dans les certificats étudiés, nous nous interrogeons sur la pertinence de certaines de ces mesures et cela nous conduit à envisager des alternatives :

- aux mesures de SPDRE (SPDT/SPPI) lorsque l'on ne retrouve pas de risque pour l'intégrité des personnes ou d'atteinte grave à l'ordre public ;
- aux mesures de SPSC (SL) lorsqu'il n'existe pas de risque pour l'intégrité des personnes ou d'atteinte grave à l'ordre public et qu'il est possible d'obtenir le consentement durable du patient ;
- aux mesures de soins psychiatriques lorsque la problématique est autre (addictologique, neurologique, sociale...) ;
- aux mesures d'HSC, par la possibilité d'effectuer les SPSC dans le cadre des PDS, qui sont à favoriser dès que possible, permettant ainsi aussi de préserver les libertés individuelles.

Ces perspectives nous laissent envisager que :

- la bonne connaissance, par tous les acteurs concernés par la rédaction des certificats de SPDRE, des conditions nécessaires pour initier et prolonger une mesure de SDPRE, pourrait limiter les admissions en SPDRE aux seuls cas qui le nécessitent vraiment au vu du cadre légal actuel et de la déontologie médicale. Cela permettrait ainsi, en mettant en place des solutions alternatives à la mesure de contrainte, de diminuer le nombre d'admission en SPDRE par an, tout en protégeant les libertés individuelles des patients.
- des actions sanitaires et sociales, en amont d'actes dangereux à l'origine du déclenchement d'une mesure de SPDRE, auprès des populations les plus vulnérables que nous avons identifiées, permettraient également de réduire le nombre d'admissions en SPDRE par an, tout en réduisant l'incidence des décompensations de troubles psychiatriques.

CONCLUSION

Il a été mis en avant une grande hétérogénéité dans les pratiques à propos des SPDRE au niveau du recours à cette mesure selon les différentes régions. Notre étude a également mis en évidence une hétérogénéité au niveau de la rédaction des certificats médicaux relatifs à la justification de cette mesure.

Nous nous sommes permis de penser que certaines mesures de sensibilisation, auprès des acteurs concernés, permettraient d'harmoniser les pratiques à ce sujet et ainsi de garantir l'égalité pour tous en termes d'accès aux soins et de libertés individuelles.

Nous avons aussi réfléchi aux solutions alternatives à toute mesure de SPDRE qui ne serait pas justifiée au vu des textes de lois et de recommandations de bonne pratique médicale.

Notre étude a également permis de repérer la population la plus vulnérable par rapport à cette mesure et de réfléchir aux moyens d'agir en amont des faits aboutissant à cette forme de SPSC.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude exploratoire portant sur le contenu des certificats de SPDRE. D'autres études sont à réaliser pour valider et préciser nos résultats, ainsi que pour mesurer l'évolution des pratiques, en regard des évolutions législatives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Quest Déconomie Santé*. 2017;
2. Vidon G, Hardy-Baylé M-C, Younès N. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins, What is the role of outpatient care without patient consent? Comments regarding the IDF enquiry on the hospital care programme, Resumen. *Inf Psychiatr*. 15 sept 2015;me 91(7):602-7.
3. Coldefy M, Nestrigue C, Paget L-M, Younès N. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale, Compulsory hospital admission in psychiatric services in France in 2010 – analysis and factors contributing to spatial variability. *Rev Fr Aff Soc*. 22 juin 2016;(2):253-73.
4. Direction Générale de la Santé (DGS). *Rapports d'activités des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques*. 2007.
5. Roelandt J-L, Créatin A, Askevis-Leherpeux F, Baucheron J-P, Brun-Rousseau H, Coldefy M, et al. Compulsory Hospitalization, Severity of Disorders and Territorial Landscape: A French Study. *Glob J Health Sci*. 22 oct 2017;9(12):p64.
6. 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.
7. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
8. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
9. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
10. Code de la santé publique - Article L3213-1. Code de la santé publique.
11. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011. 2010;8.

12. Bindman J, Tighe J, Thornicroft G, Leese M. Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juill 2002;37(7):341-5.
13. Fabien Joubert, Morgane Hechinger, Violette Chevallier, Claude Marescaux. Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles. *Santé Publique.* 2016;(1):61.
14. Guzzetta F, Miglio R, Santone G, Picardi A, Norcio B, Bracco R, et al. First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: clinical characteristics and reasons contributing to admission: findings from a national survey. *Psychiatry Res.* 30 mars 2010;176(1):62-8.
15. Van der Post LFM, Mulder CL, Peen J, Visch I, Dekker J, Beekman ATF. Social support and risk of compulsory admission: part IV of the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatr Serv Wash DC.* juin 2012;63(6):577-83.
16. Mulder CL, Koopmans GT, Selten J-P. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* avr 2006;188:386-91.
17. Cougnard A, Kalmi E, Desage A, Misdrahi D, Abalan F, Brun-Rousseau H, et al. Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* oct 2004;39(10):804-9.
18. Code de procédure pénale - Article D398. Code de procédure pénale.
19. Code de procédure pénale - Article 706-135. Code de procédure pénale.
20. Info-Juri. Qu'est-ce que le trouble à l'ordre public ? Définition et sanctions [Internet]. *Info-juri.fr.* 2015 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.info-juri.fr/trouble-lordre-public-definition-sanctions/>

AUTEUR : Nom : DUFOUR Prénom : Cédric

Date de Soutenance : Le 18 octobre 2018

Titre de la Thèse : Certificats des 24h de SPDRE : Caractéristiques socio-démographiques de la population concernée, motifs d'admission repérés et analyse sémiologique du contenu rédactionnel

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : DES de Psychiatrie

Mots-clés : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE).
Certificat médical. Soins Psychiatriques Sans Consentement (SPSC).

Résumé :

Contexte : La mesure de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE) concerne actuellement en France, environ 16.000 personnes par an. Il a été observé ces dernières années, une augmentation régulière du nombre d'admission en SPDRE par an ainsi que d'importantes disparités en termes de taux de recours à cette mesure selon les différentes régions.

Méthode : Etude exploratoire sur les SPDRE à partir d'une analyse descriptive d'une population de patients admis en SPDRE, entre 2009 et 2012, dans 4 régions françaises ainsi que du contenu de 427 certificats des 24h de cette même population. Les objectifs étaient de décrire les données sociodémographiques prévalentes de cette population et par l'analyse descriptive et sémiologique du contenu rédactionnel des certificats, identifier les troubles psychiatriques prévalents et les principaux termes utilisés pour justifier l'admission et le maintien en SPDRE.

Résultats : La population était de prédominance masculine (80%, IC95% [75,5% ; 83,3%]), d'un âge moyen de 41 ans (IC95% [40,1 ; 42,7]), souvent sans emploi (80%, IC95% [76,1% ; 84%]), isolée sur le plan résidentiel (53%, IC95% [48,2% ; 58,1%]) et conjugal (57%, IC95% [51,6% ; 61,4%]). On retrouvait une forte prévalence de symptômes évocateurs de décompensations de troubles psychotiques (62%, IC95% [57,5% ; 67%]). Nous avons relevé une grande hétérogénéité des termes utilisés pour justifier une admission en SPDRE, un manque fréquent de justification du maintien de cette mesure (absence complète dans 24%, IC95% [19,7% ; 27,9%]), ainsi qu'une sémiologie psychiatrique trop souvent non décrite (17%, IC95% [13,4% ; 20,7%]).

Conclusion : Cette étude est la première proposant une analyse descriptive des certificats de SPDRE. Elle porte à notre connaissance les motifs et contextes dédiés à la sollicitation d'une telle mesure de soins. Elle ouvre des pistes de réflexion sur des actions de formation à réaliser, auprès des acteurs concernés, sur les règles de bonne rédaction des certificats et sur l'identification des conditions nécessaires pour justifier une admission ou un maintien en SPDRE. Les objectifs seraient notamment d'harmoniser les pratiques psychiatriques et de limiter ces mesures aux seules situations qui le nécessitent au regard de la loi. Elle questionne également les actions sanitaires et sociales à mettre en œuvre auprès de la population vulnérable, repérée dans notre étude, en amont ou en alternative d'une mesure de SPDRE.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin
Monsieur le Docteur Ali Amad

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Déborah Sebbane

