

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1566

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Pierre-Antoine BEYNEY

Interne des Hôpitaux
le 21 Septembre 2015

FACTEURS DE RISQUE D'ALLONGEMENT DE LA DURÉE
D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Directeur de thèse : Dr Clara LETAMENDIA

JURY

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Madame le Docteur Virginie ROUCH	Assesseur
Madame le Docteur Clara LETAMENDIA	Suppléant
Monsieur le Docteur Christophe DELMAS	Membre invité





TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RECHER Ch.	Hématologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. LARRUE V.	Neurologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. PLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Monsieur le professeur Laurent SCHMITT

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons apprécié vos qualités pédagogiques, votre soutien et votre disponibilité durant les étapes de notre internat et nos passages dans votre service.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Monsieur le professeur Christophe ARBUS

Nous avons apprécié le travail a vos coté, vos qualités humaines et pédagogiques.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de juger ce travail

Soyez assuré de notre profond respect

Monsieur le professeur Philippe BIRMES

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous avons apprécié vos qualités d'enseignement et de chercheur.

Soyez assuré de notre profond respect.

Madame le Docteur Virginie Rouch

J'ai particulièrement apprécié mon passage dans ton service. J'ai beaucoup appris à tes coté grâce a tes grandes qualités de clinicienne mais aussi pédagogique.

Je te remercie de me faire l'immense honneur de juger ce travail.

Madame le Docteur Clara LETAMENDIA

Je te remercie de m'avoir fait l'immense honneur de diriger ce travail. J'ai apprécié ton soutien permanent, ton engagement et surtout ta grande disponibilité durant ce travail.

Tu as été d'une aide précieuse durant mon internat. J'ai également apprécié le passage dans ton service pendant ton clinicat ou mon gout pour cette discipline s'est confirmé.

Monsieur le Docteur Christophe DELMAS

Je te remercie de me faire le plaisir de juger ce travail. J'apprécie ton engagement, tes qualités de clinicien, ta volonté d'améliorer les choses. J'apprécie également tes grandes qualités humaines. Je me réjouis que mon avenir professionnel me permette de travailler à tes côtés.

Merci à Claire, qui m'a soutenu et supporté, merci de ta patience. Merci de m'avoir aidé dans les moments difficiles et d'avoir toujours été là à mes coté. Je t'aime.

Merci à mes parents, d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir accompagné et guidé de la meilleure des manières pendant ces nombreuses années !

Merci à mon frère Arnaud, pour les bons moments passés ensemble.

Merci à toi Mamie, pour tout ce que tu nous a apporté.

Merci à toi Papi, pour tous tes grandes qualités.

Merci à mes oncles et tantes chéris, Laurence, Philippe, Cathy, Nathalie, Gérard et Mr le maire Gilles !

Merci à mon filleul adoré Alexis et mes autres cousins Pierre-Yves, Anne-Laure, Arthur, Elena, Maxence.

Merci à Paule et Jean-Louis pour les bons moments passés en Aveyron

Merci à tous mes amis,

Louis en mémoire de toutes ces soirées passées et à venir,

Julie pour ces études et notamment la P1, je ne sais pas si j'y serai arrivé sans toi...

Julien pour les durs moments de BU qui ont vite fait place à des choses plus agréables, notamment nos We Montpelliérains

Antoine, pour les restos toulousains, et les vacances paradisiaques sur ton ile grecque !

A mes autres Amis chirurgiens, Pierre, Greg, Jérôme...

Et bien sur à Benoit, Laurent, Arnaud alias « JohnK6 » ,Maxime, Olivia et tout les autres...

Egalement à toi Thomas avec qui nous passons de bons moments depuis notre plus tendre enfance, en espérant que cela continue encore longtemps.

Merci également à tous mes co-internes, je pense notamment aux premiers Marie et Etienne, mais aussi au grand Dr Cous-cous, à Laurence qui a un gout indéniable pour les prénoms d'exception, à notre médecin du travail préféré le Dr Croisière, et bien sur à mes deux co-interne de l'UF4 Sarah et Emilie, je crois que sans vous cela aurait été bien différent...

A ceux également avec qui je n'ai pas eu le plaisir de partager un stage mais qui ont marqué mon internat, Julie L., , mes amis de la coordipsy, Juliette S, Maxime, Zoé, Juliette M., Gabrielle, également à Pauline, Emilie, Elisa, Damien , Claire M...

Merci également à tous les gens exceptionnels que j'ai pu croisé durant mon Internat.

Dans tous les services ou je suis passé. Les Urgences et leurs équipes d'infirmier au top, l'UF1, l'équipe de l'UMPA de Rodez, l'UF4 (petite dédicace spéciale à Malika...), Du Cmp de la Villa-Ancely et de la liaison de l'hopital Joseph Ducuing, de l'UMPSA, du Secteur 8 et bien sur les meilleurs, ceux du Secteur 2 de l'Hôpital Marchant !!!

PARTIE THEORIQUE

1. Introduction

2. Les hospitalisations psychiatriques en France

2.1 Histoire et évolution

2.1.1 Avant la révolution

2.1.2 De la révolution Française aux premiers pas de la médecine

« aliéniste »

2.1.3 L'histoire moderne et la désinstitutionalisation

2.2 Les durés d'hospitalisations

2.2.1 Enjeux économiques

2.2.2 Enjeux de qualité de vie

3. Facteurs influençant la durée d'hospitalisation : données

actuelles

3.1 Etat des lieux de l'hospitalisation en France en psychiatrie

3.2 Etat des lieux de la littérature

3.3 Critères cliniques

3.3.1 Critères diagnostics

3.3.2 Critères de gravité

3.3.3 ECT

3.3.4 Violence

3.3.5 Troubles cognitifs

3.3.6 Hospitalisations antérieures

3.3.7 Situations particulières

3.4 Critères socio-démographiques

3.4.1 Isolement

3.4.2 Logement

3.4.3 Précarité

3.4.4 Education

3.4.5 Age

3.4.6 Genre

PARTIE EMPIRIQUE

1. Matériel et méthodes

1.1 Population étudiée

1.2 Mesures

1.2.1 Caractéristiques cliniques et démographiques

1.2.1.1 Variables cliniques

1.2.1.1.1 Critères diagnostiques

1.2.1.1.2 Critères de gravité

1.2.1.1.3 Antécédents d'hospitalisation

1.2.1.2 Variables socio-démographiques

1.2.1.2.1 Age

1.2.1.2.2 Genre

1.2.1.2.3 Critères de précarité

1.2.2 Instruments

1.2.2.1 MINI

1.2.2.2 CGI-S

1.3 Analyses statistiques

2. Résultats

2.1 Participants

2.2 Analyses de corrélation et de régression

2.2.1 Résultats des corrélations

2.2.2 Analyses de régressions

3. Discussion

3.1 Variables cliniques

3.1.1 Critères de gravité

3.1.2 Critères diagnostics

3.1.3 Antécédents d'hospitalisation

3.2 Critères socio-démographiques

3.2.1 Age

3.2.2 Genre

3.2.3 Critères de précarité

3.3 Variance totale expliquée de la durée d'hospitalisation

3.4 Implications cliniques

3.5 Limitations de l'étude

CONCLUSION

PARTIE THEORIQUE

1. Introduction

La Psychiatrie a subi des modifications radicales dans son histoire récente. Nous avons assisté à la reconnaissance de la maladie mentale et à la création d'asiles depuis la loi du 30 Juin 1838. En effet, auparavant les patients étaient mélangés aux détenus et indigents. Cependant la seule possibilité pour la prise en charge était l'hospitalisation complète et permanente. Ce n'est que dans la deuxième moitié du XXème siècle, avec notamment l'apparition de traitements pharmacologiques et particulièrement les neuroleptiques, que des modalités de prises en charge ambulatoire ont commencé à être mise en place. Ce n'est que plus tard, en 1960 dans un premier temps avec la loi de Sectorisation (Coldefy, Le Fur, & Lucas-Gabrielli, 2009), puis dans les années 1970 que le processus de désinstitutionalisation a réellement débuté. Ce mouvement était sous tendu par une volonté de faire sortir les patients de « l'asile ». Il est également à noter que c'est à cette période que la psychiatrie est apparue dans les hôpitaux généraux, comme psychiatrie de liaison et également avec des lits d'hospitalisation au sein des centres hospitaliers généraux. A l'heure actuelle la prise en charge des patients psychiatriques est principalement ambulatoire. En effet, 77% des patients suivis pour des soins psychiatriques en 2011 l'ont été uniquement en ambulatoire (Boisguérin et al., 2013), et ceci avec des temps d'hospitalisation plus courts. Cela a été possible grâce à la création de services de soins de secteurs ambulatoires suffisamment efficaces et étayant pour les patients. La volonté actuelle est de diminuer le plus possible les prises en charge hospitalières pour favoriser l'ambulatoire. La durée d'hospitalisation en psychiatrie est donc un enjeu majeur. Cela est également vrai d'un point de vue économique puisqu'il s'agit du premier poste de dépense en santé mentale, (8 milliards d'euros par an, pour un budget total de la psychiatrie de 13 milliards d'euros) (Migaud et al., 2011) Il s'agit également d'un enjeu important du point de vue de la qualité de vie des patients. Le fait de mieux identifier les

facteurs influençant cette durée d'hospitalisation semble donc être un aspect majeur pour la compréhension et l'amélioration du système de santé mentale en France.

2. Les Hospitalisations Psychiatriques en France.

2.1 Histoire et évolution

2.1.1 Avant la révolution

Il n'existait pas, avant la révolution française de spécialistes en psychiatrie. Il n'y avait pas à l'époque de reconnaissance de la maladie mentale. La folie était, notamment au moyen Age, vue comme une manifestation du péché, une punition divine, voire de possession démoniaque. Les « patients » sont alors « pris en charge » par l'église, avec notamment des exorcismes. A la création de l'hôpital général en 1656 à Paris, débute ce qu'appellera Michel Foucault « Le grand renfermement » dans son ouvrage « l'histoire de la folie à l'âge classique » (Foucault, 1972) avec l'enfermement arbitraire de tous ceux considérés comme « anormaux », les « fous », les vagabonds, mendiants, prostitués. Il ne s'agit en rien d'un « hôpital » dans le sens actuel du terme mais d'un lieu d'hébergement privant de ses libertés. A la renaissance, un édit royal de 1682 (Sous Louis XIV), permet de mettre fin aux poursuites pour sorcellerie, dont de nombreux malades mentaux étaient accusés. C'est durant le XVIII eme siècle qu'apparaissent également les Hôtel-Dieu.

2.1.2 De la Révolution Française aux premiers pas de la médecine « aliéniste ».

Cette période est marquée par deux grands noms de la psychiatrie française, Philippe PINEL (1745-1826) et Jean-Etienne Dominique ESQUIROL (1772-1840). C'est Philippe PINEL, qui

en premier, à la fin du XVIII^{ème} Siècle, « libère » les aliénés de leurs chaînes. Il aura pour but d'améliorer la prise en charge des patients et leur qualité de vie. Il sera également un précurseur dans la prise en charge de la pathologie psychiatrique, car c'est lui en premier qui parlera de « traitement moral ». Il s'agit des prémices de la psychothérapie, une prise en charge humanisée, qui prend en considération les patients en les considérant comme tout être humain, mais en gardant un cadre et une rigueur dans leur prise en charge. C'est à cette période qu'est reconnue la maladie mentale comme telle, et que sont différenciés les malades des criminels ou bien des mendiants. Le code pénal, indiquera d'ailleurs dès 1810, selon l'article 64, qu'il n'y a pas infraction si il y a « démence » au moment des faits. Cependant à cette époque, bien qu'il y ait une prise de conscience des troubles mentaux comme tels, et une plus grande « humanisation » dans la prise en charge de ces patients, il n'en reste pas moins qu'il n'existe pas de traitement efficace pour les prendre en charge. Le 30 juin 1838 est une autre date importante pour la psychiatrie au XIX^{ème} siècle. Cette date voit la promulgation d'une loi sur les aliénés qui indique que chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés. C'est la naissance des asiles, y sont internés les patients souffrant de troubles mentaux uniquement, il est donc procédé à une séparation avec la pratique des autres spécialités médicales. En effet l'article 5 stipule que « Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé ». Cependant à cette époque les traitements sont rudimentaires, et bien que les conditions de vie des patients soient meilleures, cela reste souvent uniquement un maintien hospitalier sans vrais soins efficaces. Bien plus tard, vers la fin du XIX^{ème} siècle apparaissent des courants de pensées et les diverses théories pour décrire et prendre en charge la maladie mentale avec notamment Jean-Martin CHARCOT et Sigmund FREUD.

2.1.3 L'histoire moderne et la désinstitutionalisation

Deux grands événements marqueront le XXème siècle pour la Psychiatrie.

Le premier sera la découverte des camps de concentration à la fin de la Deuxième guerre mondiale, et le traitement qui aura été réservé aux patients résidant dans les asiles. Notamment avec la mort de nombre d'entre eux par cachexie suite à une absence de nourriture. Ce qui a permis par la suite de mettre en lumière les défaillances du système asilaire, et notamment le manque de prise en charge des patients, ce qui entrainera de vive critique du système. Cette constatation participera à l'accélération du processus de désinstitutionalisation.

Le deuxième qui apparait lors de la deuxième moitié du XX ème siècle, sera l'arrivée des premiers neuroleptiques. C'est alors que la prise en charge des patients en psychiatrie a marqué un changement radical. En effet l'apparition de ces traitements a permis une amélioration des symptômes et donc la possibilité d'envisager une sortie de « l'asile ». La prise en charge purement institutionnelle et uniquement d'isolement va être alors modifiée avec l'apparition de structures permettant des soins en ambulatoire. C'est alors la naissance du secteur matérialisée par la loi concernant le dispositif de soins sectorisés datant de 1960 (Coldefy et al., 2009). Cependant le temps que les choses se mettent en place, il faudra attendre les années 1970 ou le processus de désinstitutionalisation commencera à être réellement mis en œuvre. En France, contrairement à d'autres pays Européens, comme l'Italie ou l'Angleterre par exemple, la politique n'a pas été de se prononcer contre les hospitalisations mais simplement de déplacer le centre de gravité vers la ville (Coldefy, 2012). Il y a eu dans ce contexte une absence de fermeture des Hôpitaux Psychiatriques mais celle d'un nombre très important de lits , passant en effet de 130 000 lits avant le processus à 57 410 en 2010 (Migaud et al., 2011) C'est aussi durant cette période qu'apparaissent les

services de Psychiatrie à l'Hôpital général, contrairement à ce que disait la loi de 1838. On peut noter qu' en 2010, les deux-tiers des lits d'hospitalisation en psychiatrie se situent dans des établissements spécialisés. Afin de permettre des soins en dehors des murs de l'Hôpital, se sont développées des structures permettant une prise en charge globale, et notamment de réhabilitation psychosociale, avec les Hôpitaux de jours, les CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), et autres structures comme les CPC (Centre de post cure), SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour personne handicapée). La structure centrale du secteur psychiatrique reste le Centre Médico Psychologique (CMP) permettant la coordination des soins et les consultations médicales et infirmières. Ces structures extra hospitalières et les alternatives aux prises en charge à temps complet à l'hôpital (comme les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), Familles d'accueil restent à ce jour « insuffisantes en qualité et en quantité » en France (Migaud et al., 2011). Durant ces quarante à cinquante dernières années, la volonté a été de « casser les murs » de l'hôpital pour permettre une resocialisation et une réhabilitation psycho-sociale. La partie hospitalisation n'étant censé être qu'une minime partie des soins, qu'une étape dans le parcours de soin des patients. L'hospitalisation n'est plus un recours systématique comme en témoigne les données socioéconomiques.

2.2 Les durées d'hospitalisation

2.2.1 Enjeux économiques

De nos jours, dans le système sanitaire Français, les enjeux économiques ont une place grandissante, et une maîtrise des coûts est demandée à tous ses acteurs. Malgré les particularités de la psychiatrie par rapport aux autres spécialités médicales celle-ci n'échappe pas aux mêmes exigences. Nous avons pu noter que l'hospitalisation en psychiatrie

représentait une part majeure du budget. En effet en 2011, le coût de la psychiatrie pour le secteur sanitaire s'élevait à 13 Milliards € avec 8 Milliards € pour l'hospitalisation (environ 19 millions de journées en 2010) (Migaud et al., 2011) alors qu'à l'heure actuelle, 77% des patients sont suivis en ambulatoire (Boisguérin et al., 2013). L'hospitalisation représente donc le premier poste de dépense pour la psychiatrie. En effet 62,5% du budget y est consacré bien que cela ne représente que 25% des patients. La France est dotée de 57600 lits en Psychiatrie, soit 13% des lits d'hospitalisation toutes spécialités confondues (Migaud et al., 2011). Le coût d'une hospitalisation complète en France, en Psychiatrie est de l'ordre de 450€ par jour alors que par comparaison une prise en charge en Hôpital de jour est estimée à 55 € par jour (Migaud et al., 2011). Ces chiffres illustrent bien que les alternatives à l'hospitalisation complète permettent une économie importante, or le taux d'occupation des lits en Psychiatrie est élevé, de l'ordre de 89,5% (Migaud et al., 2011). Ceci est d'autant plus intéressant à noter, car toujours, selon Migaud et al., (2011), le recours à l'hospitalisation complète en psychiatrie serait trop fréquent et souvent inadapté. Une des autres alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie, la prise en charge des patients dans des structures médico-sociales, a sensiblement le même coût. Cependant son développement permettrait le désengorgement des services d'hospitalisation complète et ainsi un meilleur turn-over des patients. Dans la conjoncture actuelle où les économies, et l'optimisation des dépenses sont au premier plan, il semble donc indispensable de s'intéresser aux facteurs qui peuvent influencer sur la durée d'hospitalisation en psychiatrie, ceci afin d'avoir des meilleures connaissances et gestion de nos ressources de santé.

2.2.2 Enjeux de qualité de vie.

L'enjeu financier est un paramètre important qui motive les pouvoirs publics à essayer de diminuer le plus possible les durées d'hospitalisation, cependant ils ne sont pas les seuls. En effet, les enjeux de qualité de vie sont également primordiaux. Une méta-analyse s'est intéressée aux différences entre les patients, avec des courtes durées d'hospitalisation et ceux avec des durées d'hospitalisation plus longues (Babalola, Gormez, Alwan, Johnstone, & Sampson, 2014). Les auteurs retrouvent que des hospitalisations de courtes durées, provoquent moins d'effets de désocialisation et par ailleurs un taux plus important de patients retrouvaient un emploi après l'hospitalisation. Il n'est pas retrouvé dans cette méta-analyse de différence en terme de mortalité entre les deux groupes. Dans sa revue de la littérature, Kunitoh (2013), retrouve que la qualité de vie, le fonctionnement social et les symptômes psychiatriques sont améliorés après la sortie d'hospitalisation.

Un autre article Hobbs & Newton, (2002) fait état du suivi, en Australie, durant 6 ans, de l'évolution de patients ayant subi de longues durée d'hospitalisation (8ans en moyenne). Cette étude dévoile une amélioration de l'état clinique des patients avec une diminution des doses de traitement significatives et par ailleurs une amélioration de leur qualité de vie.

Une autre étude de Leff, Dayson, & Gooch, (1996) retrouve des résultats similaires. Comparant des patients sortis de l'hôpital après de longs séjours avec des patients toujours hospitalisés, les résultats montrent une amélioration de l'environnement relationnels des patients qui participent à l'amélioration de leur qualité de vie. Ils décrivent également un plus grand nombre d'amis et une vie moins restrictive.

C'est également ce que montre le « Kiva project » en Caroline du Sud (Cardona, Davis, & Switzer, 1996) qui étudie le retour en communauté de patients hospitalisés de longue date. Cependant un article est plus réservé sur le sujet (Munk-Jørgensen, 1999), il évoque le fait que, bien que pour la majorité des patients, la désinstitutionalisation soit une bonne chose, on constate une augmentation de 100 % du taux de suicide chez les patients souffrant de troubles

psychotiques, et une augmentation de 6,7% des actes criminels commis par des patients psychotiques. Toutefois, comme le rappellent Capdevielle, Ritchie, Villebrun, & Boulenger, (2009) ,il s'agit de résultats recueillis durant la période de désinstitutionalisation, cette étude n'intégrant pas les possibles facteurs de confusion, ce qui entraîne de nombreux biais dans cette étude.

3. Facteurs influençant la durée d'hospitalisation, données actuelles.

3.1 Etat des lieux de l'hospitalisation en France en psychiatrie

Actuellement en France, la durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en psychiatrie est de 30 jours (Migaud et al., 2011). Ces prises en charge sont effectuées par près de 600 établissements de santé ayant des autorisations en psychiatrie, dont 46% sont de statut public. 80% des lits se situent dans le service public, et les 20% restant dans le secteur privé. Il y avait, en 2010, 57600 lits avec un taux moyen d'occupation élevé de 89,5%. Nous retrouvons également en France des séjours prolongés. En effet 5,6% des patients sont hospitalisés depuis plus de 6 mois et 3,3% depuis plus d'un an (Migaud et al., 2011).

3.2 Etat des lieux de la littérature.

Les données de la littérature sur les durées d'hospitalisation en psychiatrie sont hétérogènes. Il est retrouvé peu d'études s'intéressant, de manière prospective, et pour une population psychiatrique globale aux facteurs influençant la durée d'hospitalisation (Creed, Tomenson, B., & Anthony, 1997; Kirshner & Johnston, 1985; Rocca et al., 2010).

Les autres études étant principalement rétrospectives, bien spécifiques d'une pathologie donnée ou d'une tranche de population donnée. Ainsi nous retrouvons des études spécifiques

pour des troubles dépressifs (Cheng, Liao, & Lee, 2007), des troubles des conduites alimentaires (Coughlin, Edwards, Redgrave, & Guarda, 2010) ou bien spécifiques des personnes âgées (Blank et al., 2005; Chung et al., 2010; Draper & Luscombe, 1998; Greene et al., 2001; Ismail, Arenovich, & Grieve, 2012). Il est également à noter qu'hormis une revue de littérature centrée sur la Schizophrénie (Capdevielle et al., 2009) il n'y a pas d'études françaises. La littérature évoque que le fait d'être hospitalisé sous contrainte est retrouvé comme un facteur influençant la durée d'hospitalisation (Imai et al., 2005; Ismail et al., 2012; Lerner, Zilber, & ès Sc, 2010). Cependant tous les services d'hospitalisations en Psychiatrie en France ne bénéficient pas de l'agrément permettant de recevoir ce type d'hospitalisation. Il ne s'agit donc pas d'un facteur pouvant s'appliquer à tous les lieux d'hospitalisation en Psychiatrie.

Des études se sont également posées la question de la pertinence clinique de diminuer les durées d'hospitalisation. Là encore les résultats sont hétérogènes. (Lin et al., 2006) trouvent que chez des patients schizophrènes le fait d'avoir des durées d'hospitalisation plus courtes augmentent le taux de réadmission à 30 jours. La méta-analyse Cochrane (Babalola et al., 2014) ne retrouve pas de différence du taux de réadmission en fonction de la durée d'hospitalisation. D'autres études ont montré que le fait de réintégrer des patients hospitalisés de longue date dans un milieu non hospitalier, de manière préparée, améliorerait leur qualité de vie (Cardona et al., 1996; Hobbs & Newton, 2002; Leff et al., 1996).

Au vu de la littérature, nous pouvons différencier les facteurs influençant la durée d'hospitalisation en deux grandes catégories,

- les critères cliniques,
- les critères sociodémographiques.

3.3 Critères cliniques

3.3.1. Critères Diagnostiques

Le facteur le plus caractéristique ici est le diagnostic de schizophrénie et autres troubles psychotiques. En effet il est fréquemment retrouvé dans les études que ce facteur est associé à une augmentation significative la durée d'hospitalisation (Badriah et al., 2013; Brock III & Brown, 1993; Chung et al., 2010; Chung, Cho, & Yoon, 2009; Creed et al., 1997; Herr, Abraham, & Anderson, 1991; Jiménez, Lam, Marot, & Delgado, 2004; Kirshner & Johnston, 1985; Lerner et al., 2010; McLray, Daylo, & Hammer, 2005). Seule une étude est contradictoire avec celles ci (Rocca et al., 2010). Nous retrouvons également dans la littérature, à de nombreuses reprises le diagnostic d'accès maniaque et de maladie bipolaire, comme étant un facteur associé à une durée d'hospitalisation augmentée (Andreasson et al., 2014; Badriah et al., 2013; Brock III & Brown, 1993; Creed et al., 1997; Huntley, Cho, & Christman, 1998; Kirshner & Johnston, 1985).

Le dernier critère diagnostique faisant globalement consensus est le diagnostic de troubles lié à l'utilisation de substances qui est associé avec une durée d'hospitalisation plus courte (Blank et al., 2005; Bradley & Zarkin, 1996; Herr et al., 1991; Huntley et al., 1998; Ries et al., 2000; Rothbard & Schinnar, 1996; Zhang, Harvey, & Andrew, 2011).

D'autres éléments cliniques sont eux plus soumis à controverse, comme le diagnostic d'épisode dépressif majeur. En effet certaines études trouvent que le fait d'avoir un épisode dépressif majeur est associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation (Brock III & Brown, 1993; Creed et al., 1997; Kirshner & Johnston, 1985; Rocca et al., 2010). Il faut cependant être prudent car la population étudiée est hétérogène. Dans la majorité de ces études sont comptés comme ayant un épisode dépressif majeur les patients avec des formes sévères et dans l'étude de Kirshner & Johnston, (1985), il s'agit de patients ayant un épisode

dépressif majeur avec des caractéristiques psychotiques. Une autre étude retrouve qu'au contraire, le fait d'avoir un épisode dépressif majeur, est un facteur associé à une diminution de la durée d'hospitalisation (Andreasson et al., 2014). Certaines publications (Badriah et al., 2013; Huntley et al., 1998), ne font pas la distinction entre maladie bipolaire et troubles dépressifs unipolaires, faisant une seule entité, troubles de l'humeur. Il existe deux études trouvant que le fait de souffrir d'un épisode dépressif majeur est un facteur associé à un allongement de la durée d'hospitalisation, sans mentionner la gravité du trouble (Brock III & Brown, 1993; Rocca et al., 2010). Pour Rocca et al., (2010), il est à noter qu'elle évoque que le fait de souffrir d'un épisode dépressif majeur ,augmenterait plus la durée d'hospitalisation ,que le fait de souffrir de schizophrénie, ce qui va à l'encontre de la grande majorité des études (il faut cependant remarquer que l'écart, bien que statistiquement significatif , est très faible, de l'ordre de 1, 8 jours de plus).

Il est aussi retrouvé, cité dans la littérature, que le critère clinique « névrose » peut être associé à un temps d'hospitalisation plus court (Chung et al., 2010; Kirshner & Johnston, 1985; Zhang et al., 2011). Le critère « névrose » inclut les troubles anxieux, les troubles de l'adaptation, les troubles dissociatifs, les troubles somatoformes, et les autres troubles névrotiques. Il s'agit de la catégorie « F4 » de la CIM-10 (Classification internationale des maladies 10^{ème} édition)

L'impact des troubles de la personnalité sur la durée d'hospitalisation en psychiatrie a lui aussi été étudié. Les études retrouvent des résultats hétérogènes. En effet trois études retrouvent que le fait de souffrir d'un trouble de la personnalité aurait plutôt tendance à être associé à une diminution de la durée d'hospitalisation (Jiménez et al., 2004; Kirshner & Johnston, 1985; Zhang et al., 2011) avec la particularité de l'étude de (Zhang et al., 2011) qui s'intéresse uniquement aux troubles de la personnalité du cluster B. Tandis que (Brock III & Brown, 1993) retrouvent dans leur étude que le fait de souffrir de troubles de la

personnalité est au contraire un facteur associé à un allongement de la durée d'hospitalisation. Il est tout de même à noter que dans cette étude sont exclus des troubles de la personnalité, les patients borderline ; hors il est bien connu la dimension impulsive de cette personnalité qui peut expliquer des hospitalisations plus courtes du fait d'arrêt brutal de celles-ci.

3.3.2. Critère de gravité

Si l'on regarde avec précision les études, il ressort que pour les facteurs cliniques faisant débat, le critère de gravité semble être pertinent. En effet dans les études qui montrent que le fait de souffrir d'un épisode dépressif majeur est statistiquement associé à une durée d'hospitalisation plus longue, il s'agit soit des formes d'intensité sévère (Creed et al., 1997), soit des formes avec caractéristiques psychotiques (Kirshner & Johnston, 1985). Il existe également des études qui se sont intéressées à la gravité de la symptomatologie psychiatrique plus qu'au diagnostic en lui-même, utilisant comme critère des échelles de gravité (Tulloch, Fearon, & David, 2008). Cette étude compare des patients hospitalisés de longue date (définis comme des patients hospitalisés pendant au moins 6 mois avec moins d'un mois de sortie) à des « nouveaux patients ». Dans l'analyse multivariée, la sévérité de la maladie est retrouvée comme associée à une durée d'hospitalisation plus longue.

3.3.3. ECT (Electro-convulsivo-thérapie)

D'autres facteurs en lien avec la clinique sont retrouvés comme influençant la durée d'hospitalisation en psychiatrie, on retrouve notamment l'utilisation d'ECT, qui est identifiée comme un facteur associé statistiquement à des temps d'hospitalisation plus importants. (Herr et al., 1991; Jiménez et al., 2004)

3.3.4 Violence

Dans la littérature il a pu être montré que les passages à l'acte violents, ou la violence est un facteur retrouvé comme statistiquement significatif, associé à des durées d'hospitalisation plus longues (Andreasson et al., 2014; Brock III & Brown, 1993; Rothbard & Schinnar, 1996).

3.3.5. Troubles cognitifs

Des études ont mis en évidence que les troubles cognitifs de manière large ou bien un diagnostic de démence ont un impact sur la durée d'hospitalisation. Deux études (Chung et al., 2009; Herr et al., 1991) se sont intéressées à l'impact d'un diagnostic de démence sur la durée d'hospitalisation, retrouvant pour chacune d'entre elle que celui ci est associé à des durées plus longues d'hospitalisation.

Une autre étude (Kato, Galynker, & Miner, 1995) s'est intéressée exclusivement à l'impact des troubles cognitifs de patients hospitalisés en psychiatrie sur la durée d'hospitalisation. Ici la définition est en effet différente car cette étude ne parle pas de patients déments mais bien des troubles cognitifs que l'on peu observer dans le cadre des pathologies psychiatriques. En effet les patients inclus, sont des patients admis dans une unité d'admission en psychiatrie, sont exclus ceux pour qui des troubles cognitifs liés à une cause externe pourraient être retrouvés (traumatisme crânien sévère, épilepsie, abus de substance). Il est retrouvé que le fait de présenter des troubles cognitifs est un facteur influant sur la durée d'hospitalisation indépendamment du diagnostic psychiatrique.

3.3.6. Hospitalisations antérieures.

La littérature s'est également intéressée aux antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et de leur impact sur la durée de l'hospitalisation actuelle. Les études concernant cette variable sont globalement toutes en accord, en effet Cheng et al., (2007) ; Lerner et al., (2010) retrouvent que le fait d'avoir eu au moins une hospitalisation en psychiatrie est associé à une durée d'hospitalisation plus longue. L'étude de Kirshner & Johnston, (1985) indique que le fait d'avoir eu une hospitalisation antérieure est associé à des durées d'hospitalisations allongées. Enfin, Huntley et al., (1998) retrouvent eux que plus le nombre d'hospitalisation antérieure est important, plus cela est associé à des durées d'hospitalisation longue.

3.3.7. Situations particulières.

Certaines études retrouvées dans la littérature ont étudié des critères cliniques pouvant avoir un impact sur la durée d'hospitalisation en psychiatrie mais en se focalisant sur des populations ou des pathologies particulières. On note notamment l'étude de Schubert, Yokley, Sloan, & Gottesman, (1995) qui s'intéresse spécifiquement à l'impact de maladies somatiques sur la durée d'hospitalisation chez des patients souffrant de dépression. Le résultat retrouvé montre que le fait d'appartenir au groupe atteint de maladie somatique en plus de l'épisode dépressif majeur est associé à des durées d'hospitalisation plus longues. Nous retrouvons également dans l'étude de Greene et al., (2001) que les chutes plus fréquentes chez les personnes âgées sont associés à une augmentation de la durée d'hospitalisation en psychiatrie. De même l'étude de Bradley & Zarkin, (1996) évoque que le fait de souffrir de troubles

psychotiques et de consommer des toxiques est associé à une durée d'hospitalisation raccourcie comparée au fait de souffrir de troubles psychotiques sans consommer de toxiques.

3.4. Critères socio-démographiques.

Une deuxième grande catégorie de critères ayant une influence sur la durée d'hospitalisation est retrouvée dans la littérature. Il s'agit des critères socio-démographiques.

3.4.1. Isolement

Plusieurs études s'intéressent en particulier à l'isolement social, montrant que le fait d'être isolé est retrouvé comme associé à un allongement de la durée d'hospitalisation (Creed et al., 1997; Ismail et al., 2012; Zhang et al., 2011).

3.4.3. Logement

Il est également recherché dans certaines études l'influence des problématiques en lien avec le logement. Effectivement, Zhang et al., (2011) évoquent que le fait d'avoir déménagé récemment est un facteur associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation. Il en est de même pour le fait de vivre dans des quartiers plus défavorisés. L'étude de Herr et al., (1991) retrouve que le facteur « habiter ailleurs qu'à son domicile » est un élément associé à des durées d'hospitalisation plus longue. Lerner et al., (2010) indiquent qu'habiter dans certains quartiers de Jérusalem était un facteur associé à des hospitalisations prolongées. Cette influence des problématiques de logement entraînant une durée d'hospitalisation plus longue

est également retrouvé dans l'étude de Tulloch et al., (2008). Celle ci évoque le fait qu'un besoin de relogement est associé à une durée d'hospitalisation allongée.

3.4.3. Précarité

Certaines études (Chung et al., 2010; Rothbard & Schinnar, 1996) ont étudié l'affiliation des patients à différentes couvertures sociales, pour évaluer l'influence que peut avoir la précarité sur la durée d'hospitalisation. Ces deux études retrouvent qu'appartenir au groupe bénéficiant de couverture sociale particulière, en lien avec des ressources faibles est associé à l'allongement de la durée d'hospitalisation.

L'étude de Chung et al., 2010 évoque que le fait d'être bénéficiaire de la NMA, couverture sociale pour des personnes plutôt défavorisé est statistiquement associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation, et Rothbard & Schinnar, (1996), retrouvent des résultats similaires concernant les patients affiliés à la Social Security insurance. Il est mentionné, dans les facteurs de précarité, que le fait de ne pas être employé à plein temps est associé aussi à une augmentation de la durée d'hospitalisation (Herr et al., 1991). L'étude de Creed et al., (1997) est elle encore plus précise puisqu'elle utilise une échelle pour évaluer les difficultés sociales, la Social Behaviour Scale (SBS). Cette échelle est validée (Wykes & Sturt, 1986) et y avoir un score élevé était prédictif d'une durée d'hospitalisation plus longue.

3.4.4. Education

Par ailleurs, on remarque également que le fait de n'avoir pas terminé le lycée est retrouvé comme facteur associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation (Zhang et al., 2011).

3.4.5. Age

D'autres facteurs sociaux démographiques ont été recherchés dans la littérature, notamment l'âge. Les résultats retrouvés sur le critère de l'âge sont dépendant de la population étudiée. En effet dans les études faites dans des services de psychiatrie adulte « classique », il est retrouvé le fait que l'âge plus avancé est un facteur associé à un risque d'hospitalisation plus prolongé (Badriah et al., 2013; Chung et al., 2009; Huntley et al., 1998; Jiménez et al., 2004). D'autres études ont été faites sur des populations caractérisées par leur âge, notamment des populations de personnes âgées. Effectivement l'étude de Chung et al., (2010) s'intéresse à tous les patients hospitalisés dans des services de psychiatrie de la personne âgée en Corée du Sud de plus de 65 ans. Ici ce sont plutôt les patients dans les tranches basses (entre 65 et 69 ans) qui ont des durées d'hospitalisation plus longues. Ce résultat divergeant avec le reste de la littérature pourrait être lié à des facteurs de confusion en lien avec la sélection uniquement de patients âgés.

3.4.6. Genre

La littérature s'est également intéressée à la variable « genre » des patients. Les études qui retrouvent un résultat statistiquement significatif concernant ce facteur sont toutes en accord. En effet il est retrouvé que le fait d'être un homme est associé à des durées d'hospitalisations plus longues, (Chung et al., 2010, 2009; Rothbard & Schinnar, 1996)

4. Conclusion

En conclusion, nous remarquons dans la littérature deux grandes catégories influençant la durée d'hospitalisation.

Ainsi pour les critères cliniques, la majorité des études retrouvent que le diagnostic de schizophrénie, de troubles bipolaires, le fait d'avoir une pathologie psychiatrique évaluée comme sévère et le fait d'avoir eu des hospitalisations antérieures en psychiatrie sont retrouvées associés à des durées d'hospitalisation plus longues. Par contre le diagnostic de troubles lié à l'utilisation de substances est associé au fait d'avoir des durées d'hospitalisation plus courtes.

Concernant les critères sociodémographiques, le genre masculin, l'âge élevé, l'isolement social, de faibles ressources financières, l'absence de logement stable et un niveau d'éducation bas sont associés à des durées d'hospitalisation plus longues.

A ce jour, suite à un état des lieux de la littérature, les connaissances des facteurs influençant les durées d'hospitalisation restent insuffisantes. Les résultats sont hétérogènes et d'autres études sont nécessaires. Par ailleurs très peu d'études françaises se sont intéressées à ce sujet.

Ainsi nous nous proposons de réaliser une étude prospective et longitudinale étudiant les facteurs de risque d'allongement de la durée d'hospitalisation en psychiatrie.

Tableau 1 : récapitulatif des études sur la durée d'hospitalisation en psychiatrie

Nom	Design	Nombre de sujets	Facteurs associés à l'allongement de la durée d'hospitalisation	Facteurs associés à la diminution de la durée d'hospitalisation	Population étudiée
Creed et al., (1997)	Prospective, Régression logistique multivarié	115	Manie ; Dépression ; Schizophrénie; Vivre seul ou à l'Hôtel ; Augmentation du score à la Social Behaviour Scale		Adultes ,moins de 65 ans hospitalisés en psychiatrie
Zhang et al., (2011)	Rétrospectif Cas-témoin	178	Nouveau logement ; Isolement ; Broadmeadows area	Ne pas habiter dans les quartiers ouest ; Avoir terminé le Lycée ; Troubles liées à l'utilisation de substances ; Situation de crise ; Troubles de l'adaptation ; Troubles de la personnalité du Cluster B ; Transféré d'une autre zone	Patients hospitalisé dans un service de psychiatrie adulte

Jiménez al.,(2004)	et Rétrospectif Cas-témoin	374	Age élevé ; Absence de réponse au traitement ; Avoir des ECT ; Symptômes psychotiques	Troubles du comportement alimentaire ; Troubles des conduites sexuelles ; troubles de la personnalité	Patients hospitalisés dans un service de psychiatrie adulte à Cuba.
Cheng, Liao, & Lee, (2007)	Prospectif Régression logistique univarié	67	Au moins une hospitalisation antérieure ; Antécédents familiaux de troubles de l'humeur		Patients hospitalisés dans un service de psychiatrie adulte d'un centre Universitaire de Taiwan.
Herr, Abraham, & Anderson, (1991)	Rétrospectif Cas témoin	100	Nombre de consultations médicales élevé ; Avoir des Ect ; Ne pas être employé a plein temps ; Etre dément ; Habiter ailleurs qu'à son domicile ; Ne pas avoir de consommation de drogues et d'alcool ; Avoir une pathologie psychotique sans participation thymique.		Patients hospitalisés dans un service de psychiatrie adulte dans un Hôpital général à Boston.

Kirshner & Johnston, (1985)	Prospectif Anova	258	Patients ayant déjà eu une hospitalisation dans un autre établissement ; Etre suivi par un psychiatre libéral ; Diagnostic de Major mental illness (Edm avec caractéristique psychotique ; Troubles Bipolaires, Psychose) ; GAS élevé	Etre hospitalisé par les urgences, Diagnostic de "Névroses ou "troubles de la personnalité"	Patients adultes hospitalisés en psychiatrie en Hospitalisation libre
Chung et al., (2010)	Rétrospectif Transversale	26712	Diagnostic de troubles psychotiques ; Age bas (65-69) ; Sexe Masculin ; Etre bénéficiaire NMA (équivalent Coréen de la CMU)	Avoir un diagnostic de névroses ; troubles adaptation ; Les tranches d'âge élevé ; Etre de sexe féminin	Patients de plus de 65 ans hospitalisés dans un service de psychiatrie de la personne âgée en Corée du sud.

Ismail, Arenovich, & Grieve, (2012)	Rétrospectif Anova	173	Vivre seul ; Une a deux admissions en psychiatrie dans les deux dernières années ; Hospitalisation sous contrainte ; Nécessité de surveillance rapprochée ; Incapacité ; IADL haute ; Symptômes négatifs.	Douleur	Patients hospitalisés dans un service de psychiatrie de la personne âgée pour des troubles de l'humeur au Québec.
Draper & Luscombe, (1998)	Prospective Anova	88			Patients Hospitalisés dans une unité de psychiatrie de la personne âgée en Australie .
Andreasson et al., (2014)	Rétrospectif Régression logistique multivarié	125	Actes de violence ; avoir fugué	Troubles de l'humeur	Patients en milieu pénitentiaire.
Brock III & Brown, (1993)	Prospective Régression logistique multivarié	1040	Etre contenu ; Troubles psychotiques ; EDM ; Troubles Bipolaires ; Troubles de la personnalité (hors borderline) ; Symptômes paranoïaques ; Violence.		Patients adultes hospitalisés dans une unité de soins psychiatriques de l'armée américaine.

Blank et al., (2005)	Rétrospectif Régression logistique uni varié	484	Ect ; Avoir des effets indésirables médicamenteux ; Symptômes positifs a la BPRS ; Hospitalisation sous contrainte.	Troubles liés à l'utilisation de substances	Patients hospitalisés dans un service de psychiatrie de la personne âgée aux USA
Hallak, Crippa, Vansan, & Zuardi, (2003)	Prospective	66	Pas de résultats	Pas de résultats	Patients adultes hospitalisés dans une unité d'admission au Brésil
Imai et al., (2005)	Transversale Regression logistique multivarié	5730	Admissions sous contrainte	Nombre important de patients ambulatoires ; Nombre important de patient recevant l'aide publique.	Patients adultes hospitalisés en psychiatrie dans 24 différents Hôpitaux au Japon.
Huntley et al., (1998)	Rétrospectif Régression logistique multivarié	760	1er diagnostic de schizophrénie, ; Nombre d'hospitalisations antérieures (plus il est haut plus la durée d'hospitalisation est longue) ; Premier diagnostic de trouble de l'humeur; Age (plus il est augmenté, plus la durée d'hospitalisation est longue)	Comorbidité addictive	Patients adultes hospitalisés dans une unité d'admission psychiatrique aux Etats unis.

Kato et al., (1995)	Prospective Régression logistique multivarié	41	Troubles cognitifs avec scores élevés au MMSE , Trial A et VR statistiquement significatif	Patients adultes hospitalisés dans des unités d'admission en Israël.
Lerner et al., (2010)	Transversale ANOVA Régression Cox	6985	Ici durée d'hospitalisation cumulée sur un an Etre juif, Schizophrénie, Hospitalisation antérieure(au moins une), hospitalisation sous contrainte, habiter dans le district nord ou Jérusalem	Patients adultes ayant eu une hospitalisation en psychiatrie en Israël.
Ries et al., (2000)	Prospectif ANOVA	608	Schizophrénie sans troubles liés à l'utilisation de substance	Schizophrénie avec troubles liés à l'utilisation de substances. Patients adultes hospitalisés avec un diagnostic de Schizophrénie. Aux Etats Unis.
Rocca et al., (2010)	Prospectif Régression logistique	310	Etre déprimé ; Scores BPRS élevé dans les critères "anxiété -dépression"	Patients adultes hospitalisés dans un service universitaire de Psychiatrie en Italie

Rothbard Schinnar, (1996)	& Rétrospective	56	Sexe masculin ; Etre sous le régime de la Social Security Insurance ; Unités fermées et pénitentiaires; Violence ; affects inappropriés	Avoir accès ou avoir eu un suivi ambulatoire ; Patients chroniques (plus souvent hospitalisés mais moins longtemps) ; Travail d'équipe ; Désorientation temporo spatiale ; Hallucinations ; Idées suicidaires ; Problématiques de crises ; Abus de substance	Patients Hospitalisés en Psychiatrie adulte aux USA
--------------------------------------	----------------------------	----	--	--	---

Badriah (2013)	et al.,	Transversale, sur deux populations	1683		<p>Groupe Courte durée : Gaf supérieure à 50 à l'admission ; Pas de Schizophrénie ; Arriver en ambulance ; Avoir un psychiatre qui ait moins de 12 ans de pratique ; Moins de 50 ans</p> <p>Groupe longue durée : Gaf supérieure à 60 à l'admission ; Moins de 52 ans ; Pas de schizophrénie ; Pas de troubles de l'humeur</p>	Patients hospitalisés dans un service de psychiatrie au Japon.
Coughlin (2010)	et al.,	Prospectif ANOVA	208	Le fait d'avoir des douleurs importantes est associé au fait d'avoir une durée d'hospitalisation augmentée		Patients adultes hospitalisés pour des troubles du comportement alimentaire aux USA
Schubert (1995)	et al.,	Prospectif ANOVA	532	EDM avec comorbidité somatique		Patients hospitalisés en Psychiatrie adulte aux USA

Chung et al., (2009)	Transversale ANOVA	160517	Etre hospitalisé dans un hôpital psychiatrique ; Etre un homme ; Age> 65ans ; schizophrénie ; Troubles mentaux organiques ; Démence	Etablissement tenu par une personne privée ; Dotation en personnel	Patients enfants et adultes hospitalisés pour une pathologie mentale en Corée du Sud
Greene et al., (2001)	Rétrospective Régression logistique	150	Chutes récurrentes		Population de plus de 65 ans souffrant de pathologie mentale.
Bradley & Zarkin, (1996)	Transversale	3263		Schizophrénie associée a un trouble lié a l'utilisation de substances.	Patients adultes hospitalisés en psychiatrie aux USA
Tulloch et al., (2008)	Rétrospective Cas témoin	94	Pathologie sévère ; Nécessité d'un relogement.		Patients adultes dans un service de Psychiatrie en Angleterre.
DiNapoli et al., (2015)	Rétrospective Régression linéaire	1593	Nombre d'agressions élevé		Patients hospitalisés dans un service de psychiatrie de la personne âgée(plus de 65 ans) sous contrainte.

PARTIE EMPIRIQUE

1. Matériel et méthodes.

1.1. Population étudiée

Il s'agit d'une étude monocentrique, réalisée au CHU de Toulouse, dans le service de psychiatrie UF3, unité orientée en psychosomatique, de vingt lits, ne recevant pas de patients sous contrainte. Les patients ont été recrutés d'avril 2014 à juillet 2015. Les critères d'exclusion étaient, le fait d'être mineur, le transfert dans un autre service d'hospitalisation psychiatrique et une hospitalisation programmée pour des sismothérapies d'entretien. La population étudiée dans ce travail est extraite d'une étude plus vaste dénommée D-PSY et ayant pour but d'évaluer l'impact de la douleur physique sur la durée d'hospitalisation en psychiatrie. Elle a bénéficié d'un financement par la Fondation de France. Notre travail se base donc sur le recueil de donnée d'une partie de la population ayant été réalisé pour cette étude. Nous ne traiterons pas de la variable douleur puisque l'étude est toujours en cours à ce jour.

L'étude D_Psy a pu être soumis(e) au Comité Éthique de la Recherche en 22 mai 2013 avec un avis favorable (n°31-0513).

1.2. Mesures

1.2.1 Caractéristiques cliniques et démographiques

1.2.1.1 Variables cliniques

1.2.1.1.1. Critères diagnostics

Chaque patient inclus dans l'étude, a bénéficié du passage du questionnaire MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) questionnaire validé (Sheehan, Lecrubier, & Sheehan, 1998), permettant de réaliser un diagnostic psychiatrique. Tous les diagnostics du MINI ont été étudié séparément puis regroupés en différents sous groupes en se basant sur les catégories de la CIM 10 (Classification internationale des maladies 10ème version) que sont : Troubles de l'humeur (F3) (incluant les épisodes dépressifs majeurs, troubles bipolaires, et dysthymie), troubles psychotiques (F2), « troubles névrotiques » (F4) (incluant tous les diagnostics de troubles anxieux, troubles de l'adaptation) de troubles lié à l'utilisation de substance (F1) ainsi que des troubles des conduites alimentaires (F5).

Les troubles de la personnalité (F6) classés dans l'axe II du DSM-IV-TR ont été recherchés dans le dossier médical du patient.

1.2.1.1.2. Critère de gravité

La gravité symptomatique à l'entrée à également été recherchée, évaluée par le médecin hospitalier référent du patient, grâce à l'échelle CGI-sévérité (Clinical Global Impression)

1.2.1.1.3. Antécédents d'hospitalisations

Les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ont également été recherchés dans les critères cliniques. Ici la variable prise en compte est dichotomique, il s'agit du fait d'avoir ou de ne pas avoir eu d'hospitalisation antérieure en psychiatrie.

1.2.1.2 Variables socio-démographiques

1.2.1.2.1. L'âge

L'âge a été relevé chez les participants, étudié de manière linéaire.

1.2.1.2.2. Le genre

1.2.1.2.3. Critères de précarité

Trois critères ont été relevés : le fait d'avoir ou non un logement stable, un travail, et une personne de confiance.

1.2.2. Instruments

1.2.2.1. MINI

Nous avons utilisé dans ce travail le questionnaire MINI (Mini International Neuropsychiatric interview) pour établir le diagnostic des participants. Il s'agit d'un questionnaire validé (Sheehan et al., 1998), Il se compose de 120 items, organisés en module, chaque module pouvant être réalisé séparément. Il permet de repérer les troubles suivants : Episode dépressif majeur, dysthymie, le risque suicidaire, les épisodes (hypo)-maniaques et la maladie bipolaire, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, les troubles obsessionnels compulsifs, l'état de stress post-traumatique, les dépendance ou abus d'alcool, les dépendances ou abus

d'autres drogues, les troubles psychotiques, l'anorexie mentale, la boulimie et l'anxiété généralisée.

1.2.2.2. CGI (Clinical global impression)

Il s'agit d'une échelle constituée de trois sous-échelles dont nous n'utiliserons que la première dimension : la sévérité (CGI-S). L'évaluation est réalisée par le clinicien selon son expérience. Chaque dimension est cotée de 0 à 7 (0 = non évalué ; 7 = parmi les patients les plus malades pour la dimension sévérité et 7) (Guy & NIMH, 1976)

1.3. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel SPSS V23 et reposent sur des analyses descriptives, des analyses de corrélation de Pearson et des analyses de régression pour la détermination des facteurs prédictifs de l'allongement de la durée d'hospitalisation. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 (bilatéral)

2. Résultats.

2.1. Participants

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 2

112 patients ont été inclus dans notre étude, successivement admis dans le service UF3 de psychiatrie du CHU de Toulouse. La moyenne d'âge des participants est de 43,78 ans

(ET=15,65), 50,5 % sont des femmes (N= 56), et 49,5% sont des hommes (N=55). La durée d'hospitalisation moyenne est de 33,54 jours (ET=25,79) allant de 4 jours pour la plus faible à 156 jours pour la plus élevée. Pour les critères cliniques, le diagnostic le plus fréquemment retrouvé était celui de troubles de l'humeur (N=89) soit 78,5% de l'échantillon. Puis sont retrouvés les troubles névrotiques (N=53) soit 47,3% de la population. Il est retrouvé chez 25% des patients un trouble lié à l'utilisation de substance (N=28). Seuls 1,8% des patients ont rapporté des troubles des conduites alimentaires (N=2). La CGI est en moyenne de 4,80 (ET=1,02). Au mois une hospitalisation antérieure en Psychiatrie a été retrouvée chez 49,5% des sujets de l'étude (N=54). Pour ce qui est des critères de précarité, 93,7% des patients avaient un logement (N=104), 91% (N=101) déclarait avoir une personne de confiance, et 34,5% (N=38) possédait un travail.

2.2. Analyses de corrélations et de régression

2.2.1. Résultats des corrélations

Les résultats sont résumés dans le tableau 3

Lors des tests de corrélation de Pearson, trois variables ont été retrouvées comme corrélées de manière significative à la durée d'hospitalisation. Il s'agit tout d'abord du score à la CGI, qui est associé à des durées d'hospitalisations plus longues si il est élevé (0,431 ; $p < 0,0001$). Il y a également le diagnostic de psychose, lui aussi associé à des durées d'hospitalisation allongées (0,350 ; $P < 0,0001$). Et enfin la dernière variable retrouvée comme corrélée à la durée d'hospitalisation est le diagnostic d'état de stress post traumatique, lui aussi associé à un allongement de la durée d'hospitalisation (0,320 ; $p = 0,001$).

Nous avons également testé les autres variables cliniques, les troubles de l'humeur (F3), les troubles « névrotiques » (F4), les troubles liés à l'utilisation de substance (F1), les troubles du comportement alimentaire (F5), ainsi que tous les diagnostics individuels relevés grâce à la passation du MINI, et également les troubles de la personnalité, mais aucune d'entre-elles n'ont été retrouvées associées significativement à la durée d'hospitalisation. Pour les données socio-démographiques, aucune n'est retrouvée comme corrélée significativement à la durée d'hospitalisation, que ce soit le genre, l'âge, le travail, le logement, la personne de confiance.

2.2.2. Analyse de régression

Les résultats sont résumés dans le tableau 4

Nous avons réalisé une analyse de régression linéaire multiple dite pas à pas avec le score de gravité mesuré à l'entrée du patient puis les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de psychose. Dans ce modèle, les trois variables sont prédictives ($\beta_{cgi} = 0,361$, $p < 0,0001$; $\beta_{espt} = 0,253$, $p = 0,002$; $\beta_{psychose} = 0,231$, $p = 0,006$). Ce modèle permet d'expliquer 29,7% de la variance totale observée.

Tableau 2 : Caractéristiques descriptives de l'échantillon.

Caractéristiques	
Age (années), Moyenne +/- ET	43,78 +/-15,65
Genre H (n/%)	55(49,5%)
Durée d'hospitalisation Moyenne +/-ET	33,54 +/-25,79
CGI Moyenne +/-ET	4,80 +/- 1,02
Logement Oui (n/%)	104(93,7%)
Travail Oui (n/%)	38(34,5%)
Personne de confiance Oui (n/%)	101(91%)
Hospitalisation antérieure Oui (n/%)	54(49,5%)
Episode dépressif majeur Oui (n/%)	83(74,1%)
Troubles Bipolaires Oui (n/%)	7(6,2%)
Dysthymie Oui (n/%)	1(0,9%)
Trouble Panique Oui (n/%)	24(21,4%)
Agoraphobie Oui (n/%)	14(12,5%)
Phobie sociale Oui (n/%)	0(0%)
Trouble Obsessionnel Compulsif Oui (n/%)	1(0,9%)
ESPT Oui (n/%)	4(3,6%)
Trouble de l'adaptation Oui (n/%)	5(4,5%)
Anxiété généralisé Oui (n/%)	23(20,5%)
Troubles liés à l'alcool Oui (n/%)	15(13,4%)
Troubles liés aux opiacés Oui (n/%)	2(1,8%)
Troubles liés au cannabis Oui (n/%)	7(6,2%)

Troubles liés aux sédatifs/Hypnotiques Oui (n/%)	0(0%)
Troubles liés à la cocaïne Oui (n/%)	2(1,8%)
Troubles liés aux stimulants Oui (n/%)	0(0%)
Troubles liés aux hallucinogènes Oui (n/%)	0(0%)
Troubles liés au tabac Oui (n/%)	0(0%)
Troubles liés aux solvants Oui (n/%)	0(0%)
Troubles liés à des drogues multiples Oui (n/%)	3(2,7%)
Troubles psychotiques Oui (n/%)	21(18,8%)
Anorexie mentale Oui (n/%)	1(0,9%)
Boulimie Oui (n/%)	1(0,9%)
Autres troubles alimentaires Oui (n/%)	0(0%)
Troubles de l'humeur Oui (n/%)	89(78,5%)
Troubles psychotiques Oui (n/%)	21(18,8%)
Utilisation de substance Oui (n/%)	28(25%)
Troubles « névrotiques » Oui (n/%)	53(47,3%)
Troubles des conduites alimentaires Oui (n/%)	2(1,8%)
Troubles de la personnalité Oui (n/%)	62(55,9%)

Tableau 3 : Récapitulatif des corrélations observés.

Variables	Durée d'hospitalisation	<i>p</i> Value
Age	r= -0,023	0,814
Genre	r= -0,023	0,810
Logement	r = -0,058	0,543
Travail	r= -0,134	0,162
Personne de confiance	r= 0,090	0,350
Hospitalisation antérieures	r= -0,066	0,492
Score CGI-S	r=0,431	< 0,0001
Épisode dépressif majeur	r= _0,055	0,505
Trouble bipolaire	r= 0,71	0,459
Dysthymie	r= -0,002	0,983
Trouble panique	r= -0,75	0,434
Agoraphobie	r= 0,44	0,649
Trouble obsessionnel Compulsif	r= 0,68	0,475
État de Stress Post Traumatique	r= 0,320	0,01
Troubles de l'adaptation	r= 0,16	0,870
Anxiété généralisée	r= -0,127	0,182
Troubles liés à l'alcool	r= 0,10	0,840
Troubles liés aux opiacés	r= -0,63	0,508
Troubles liés au cannabis	r= 0,69	0,472
Troubles liés à la cocaïne	r= -0,97	0,307

Troubles liés à des drogues multiples	$r= 0,27$	0,780
Troubles psychotiques	$r= 0,350$	<0,0001
Anorexie mentale	$r= 0,002$	0,983
Boulimie	$r=-0,87$	0,361
Utilisation de substances (F1)	$r= -0,113$	0,232
Troubles « névrotiques » (F4)	$r= -0,046$	0,641
Troubles de l'humeur	$r= 0,04$	0,676
Troubles du comportement alimentaire	$r= 0,063$	0,508

Tableau 4 : résultats modèles de régressions pas à pas.

Variables	Durée d'hospitalisation	<i>p</i> value
CGI	$\beta=0,361$	<0,0001
ESPT	$\beta=0,253$	0,002
Troubles psychotiques	$\beta=0,231$	0,006

3. Discussion

3.1. Variables cliniques

3.1.1. Critère de gravité

Dans notre étude nous avons donc mis en évidence que la sévérité symptomatique était prédictive d'une durée d'hospitalisation plus longue. Ces résultats sont en accord avec la littérature. Nous pouvons citer l'étude de Tulloch, Fearon, & David, (2008) retrouvant que la sévérité clinique est associée à un allongement de la durée d'hospitalisation. D'autres études montrent également que les formes sévères d'épisodes dépressifs majeurs sont associées à des durées plus longues d'hospitalisation (Creed et al., 1997; Kirshner & Johnston, 1985).

3.1.2. Critères diagnostics

Notre étude retrouve que le diagnostic de psychose est prédictif de durée d'hospitalisation plus longue. Ces résultats sont concordants avec la littérature (Badriah et al., 2013; Brock III & Brown, 1993; Chung et al., 2010, 2009; Creed et al., 1997; Herr et al., 1991; Jiménez et al., 2004; Kirshner & Johnston, 1985; Lerner et al., 2010; McLray et al., 2005)

De plus, il a également été retrouvé que le fait de souffrir d'état de stress post traumatique (ESPT) est prédictif de durée d'hospitalisation plus longue. Dans la majorité des autres études de la littérature, ce diagnostic fait partie de la catégorie « F4 » de la Cim-10 (Troubles névrotiques), mais n'est pas étudié individuellement. Cette catégorie est plutôt retrouvée

comme associée à une diminution de la durée d'hospitalisation (Chung et al., 2010; Kirshner & Johnston, 1985; Zhang et al., 2011). Cependant, dans la littérature, un article spécifique des hospitalisations en pédopsychiatrie retrouve également que le fait de souffrir de ESPT est associé à des durées d'hospitalisations plus longues (Gold & Shera, 1993).

D'autres variables, fréquemment retrouvées comme associées à la durée d'hospitalisation, ne l'ont pas été dans notre étude. Notamment certaines variables cliniques. Il n'est pas retrouvé de corrélation significative entre les durées d'hospitalisation et la maladie bipolaire contrairement à ce que peut évoquer la littérature (Andreasson et al., 2014; Badriah et al., 2013; Brock III & Brown, 1993; Creed et al., 1997; Huntley et al., 1998; Kirshner & Johnston, 1985), ni de corrélation significative avec les troubles lié à l'utilisation de substance bien qu'il y ait de nombreuses études sur ce sujet (Blank et al., 2005; Bradley & Zarkin, 1996; Herr et al., 1991; Huntley et al., 1998; Ries et al., 2000; Rothbard & Schinnar, 1996; Zhang et al., 2011). Il n' a pas non plus été retrouvé de corrélation significative entre la durée d'hospitalisation et les troubles de la personnalité contrairement à ce que peut évoquer la littérature (Brock III & Brown, 1993; Jiménez et al., 2004; Kirshner & Johnston, 1985; Zhang et al., 2011). Il se peut qu'aucun résultat statistiquement significatif ne soit apparu du fait de la taille de notre échantillon. De plus, il est également possible que nous soyons confrontés à un biais de sélection. En effet il s'agit d'une étude monocentrique, réalisée dans un seul service d'hospitalisation avec une orientation « psychosomatique ». De ce fait les patients ne présentent pas les mêmes pathologies que la population hospitalisée en psychiatrie. Un nombre plus important de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de troubles somatoformes seront retrouvés, et à l'inverse, seront moins représentés les patients souffrant de troubles psychotiques. Cela entraîne donc une non représentativité de l'échantillon en comparaison avec la population hospitalisée habituellement en service de psychiatrie.

3.1. 3. Antécédents d'hospitalisation

Nous notons également que notre étude ne retrouve pas d'association entre les antécédents d'hospitalisation antérieure et la durée d'hospitalisation, hors cette variable était fréquemment retrouvée comme associée à un allongement de celles ci (Cheng et al., 2007; Huntley et al., 1998; Kirshner & Johnston, 1985; Lerner et al., 2010) On note ici que les études de Cheng et al., (2007) et de Kirshner & Johnston, (1985) sont prospectives, comme notre étude, cependant l'étude de Lerner et al., (2010) est elle transversale. Ici également il est envisageable que notre échantillon ne soit pas suffisant pour mettre en évidence des résultats significatifs.

3.2. Critères Socio-démographiques.

3.2.1. Age

Il en est de même pour les critères socio démographiques. Dans notre étude, il n'est pas retrouvé de corrélation entre l'âge et la durée d'hospitalisation, hors Badriah et al., (2013); Chung et al., (2009); Huntley et al., (1998); Jiménez et al., (2004) retrouvent que le fait d'avoir un âge plus avancé est associé à des durées d'hospitalisations plus longues. Cependant parmi ces études, contrairement à la notre les designs étaient exclusivement rétrospectifs. Encore une fois nos résultats sont à modérer du fait de notre manque de puissance, et du biais de sélection.

3.2.2. Genre

Pour ce qui est du genre, contrairement à ce qui a pu être évoqué dans les études, il n'y a pas eu d'associations avec les durées d'hospitalisations retrouvées (Chung et al., 2010, 2009; Rothbard & Schinnar, 1996). Ici également un nombre de sujet insuffisant peut entraîner un manque de résultats. Mais nous pouvons évoquer certaines études comme Huntley et al., (1998); ou Lerner et al., (2010) ne retrouvant pas de résultats significatifs entre le genre et la durée d'hospitalisation, il est toutefois à noter que ces études sont respectivement rétrospectives et transversales. Cependant, les études de Kirshner & Johnston, (1985); et de Rocca et al., (2010) sont elles en accord avec notre travail, ne retrouvant pas le genre comme facteur associé à la durée d'hospitalisation, en ayant un design prospectif.

3.2.3. Précarité

Nous avons étudié les facteurs de précarité à l'aide de trois variables, que sont le travail, le logement et la présence d'une personne de confiance. Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée avec la durée d'hospitalisation. Hors une étude retrouve que le fait de ne pas avoir de travail à temps plein est associé à des durées d'hospitalisations plus longues (Herr et al., 1991). Il en est de même avec l'absence de logement, (Herr et al., 1991; Lerner et al., 2010; Tulloch et al., 2008; Zhang et al., 2011). La littérature avait également retrouvé une corrélation entre isolement social et durées d'hospitalisation (Creed et al., 1997; Ismail et al., 2012; Zhang et al., 2011). Cette absence de résultats dans notre étude pourrait en partie s'expliquer par la sélection des patients. En effet nous notons que beaucoup d'entre eux ont des résultats similaires pour ces variables, et notamment, logement et personne de confiance. Ceci peut être expliqué par le biais de sélection de notre étude, en lien encore une

fois avec le recrutement monocentrique dans un service d'hospitalisation particulier. De plus, dans notre étude nous n'avons pas détaillé les raisons de l'absence de travail, qui pourrait être le chômage, le fait d'être à la retraite, ou bien le fait d'être en invalidité. Le manque de précision dans le traitement de ces données a pu entraîner un biais de confusion : en effet l'absence de travail dans un contexte de chômage est un facteur de précarité (Herr et al., 1991) tandis qu'il n'en est pas de même pour le fait d'être à la retraite.

3.3. Variance totale expliquée de la durée d'hospitalisation

Nous avons mis en évidence dans notre étude que les trois facteurs qui étaient prédictifs de durée d'hospitalisation prolongée n'expliquent que 29,7% de la variance totale observée. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature, en effet Huntley et al., (1998) retrouvent que cinq variables expliquent seulement 15% de la variance. Dans l'étude de Creed et al., (1997), 36,6% de la variance est expliqué par les variables recherchées. Richter, (1999) lui retrouve que seul 11,3% de la variance est expliquée par les variables cliniques et socio-démographiques, tandis que Brock III & Brown, (1993) évoquent que les variables sociales, démographiques et cliniques qu'ils ont pris en compte n'expliquent que 31% de la variance. L'étude de Warnke, Rössler, & Herwig, (2011) s'est elle intéressée à l'impact de la psychopathologie à l'entrée du patient sur la durée d'hospitalisation à l'aide de l'ADMP-system (manuel de documentation de la psychopathologie). Ils retrouvent que seul 5% de la variance est expliqué par ces critères, et lorsqu'ils ajoutent les autres variables (cliniques, sociales, démographiques) cela n'explique toujours que 25% de la variance. Notre étude ne s'est intéressée qu'aux seules variables dépendantes du patient. Que ce soit les

données cliniques, diagnostiques, ou bien les caractéristiques sociales, démographiques. Nous n'avons à aucun moment pris en compte les variables indépendantes du patient.

En effet nous retrouvons dans la littérature que les facteurs en rapport avec le médecin prenant en charge la personne hospitalisée, l'équipe soignante et l'institution hospitalière ont un impact sur la durée d'hospitalisation. Ainsi Badriah et al., (2013) retrouvent dans leur étude que le fait d'avoir un psychiatre ayant moins de 12 ans d'expérience était associé au fait d'avoir des durées d'hospitalisation plus courtes. Il en est de même dans l'étude de Chung et al., (2009), réalisée en Corée du Sud, qui retrouve que le fait d'être hospitalisé dans un hôpital psychiatrique est associé à des durées d'hospitalisation plus longues, alors qu'être hospitalisé dans un établissement tenu par une personne privée serait au contraire associée à des hospitalisation plus courtes. Il retrouve également dans son étude que le fait d'avoir une dotation en personnel plus grande serait associé à des durées d'hospitalisation plus courtes. Kirshner & Johnston, (1985) retrouvent que le fait d'être suivi par un psychiatre libéral serait associé à des durées d'hospitalisations allongées, et qu'inversement, le fait d'être hospitalisé à partir du service des urgences serait associé à une diminution de la durée d'hospitalisation. L'étude de Draper & Luscombe, (1998) s'intéressant à la durée d'hospitalisation en psychiatrie dans une population âgée, retrouvent que le fait qu'il soit identifié un stress chez les aidant était une des première cause d'hospitalisation mais également prédictif d'une durée d'hospitalisation augmentée. Coldefy, (2012) retrouve trois causes responsables d'une augmentation d'hospitalisation de longues durées en psychiatrie, tout d'abord une densité importante de lits d'hospitalisations, facteur le plus explicatif, ensuite le fait qu'il y ait plus de lits dans le secteur public est un critère entraînant une augmentation d'hospitalisation de longues durées, et enfin, plus il y a d'offres médico-sociale sur le territoire de santé, moins il y a de recours à l'hospitalisation de longue durée.

Nous pouvons donc évoquer le fait que la variance de la durée d'hospitalisation est expliquée par deux grandes catégories. Celles dépendantes du patient, que nous avons étudié dans notre étude (variables cliniques, socio-démographiques) et celles indépendantes du patient, comme celles liées au médecin , au personnel paramédical, à l'institution, à l'entourage, et au dispositif du territoire de santé.

3.4. Implications cliniques

Les résultats de notre étude ont mis en lumière l'impact de la gravité symptomatique et du diagnostic sur la durée d'hospitalisation. Il semblerait donc pertinent de pouvoir prendre en compte cette donnée dans les services d'hospitalisation en psychiatrie et de pouvoir ainsi prévenir au mieux les complications notamment sociales d'une hospitalisation prolongée

En ce qui concerne l'ESPT, il s'agit d'une variable retrouvée dans notre étude comme prédictive d'une augmentation de la durée d'hospitalisation. Hors il s'agit d'un diagnostic qui peut parfois ne pas être au premier plan du tableau clinique, et il est fréquent de le sous-évaluer, hors notre étude montre que sa présence peut avoir des conséquences notables sur la durée d'hospitalisation

3.5. Limitations de l'étude

Notre étude présente de nombreuses limitations. Tout d'abord le nombre de patient est relativement faible compte tenu du nombre important de variables étudiées, et il est tout à fait possible que l'étude ait manqué de puissance pour mettre en évidence certaines associations.

L'étude présente également un biais de sélection, en effet il s'agit d'un échantillon de patient sélectionné dans un service unique, du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. Il s'agit du service de l'UF3 ayant une orientation psychosomatique, ces patients ne sont pas représentatifs de tous les patients hospitalisés en psychiatrie. Il est à noter également qu'il n'y a pas d'hospitalisations sous contrainte. Du fait de ce biais de sélection la représentation des pathologies présentées par les patients est probablement divergente d'une population « classique » hospitalisée en psychiatrie, avec notamment un taux élevé de troubles de l'humeur, et un taux relativement faible de troubles psychotiques.

Il en est de même des critères de précarité. En effet une immense majorité bénéficiait d'un logement stable, et d'une personne de confiance. Le travail lui était plus nuancé, mais avec une majorité de personne sans.

CONCLUSION

En conclusion nous avons mis en évidence dans notre étude trois résultats principaux

- La gravité symptomatique mesurée à l'entrée d'hospitalisation est un prédicteur prospectif d'un allongement de la durée d'hospitalisation en psychiatrie.
- Les diagnostics d'ESPT et de Psychose sont des prédicteurs prospectifs d'un allongement de la durée d'hospitalisation en psychiatrie.
- Les critères cliniques liés aux patients n'expliquent qu'une part réduite de la variance totale de la durée d'hospitalisation en psychiatrie.

Ces résultats nécessitent d'être répliqués dans un plus large échantillon en privilégiant des études multicentriques, avec différentes institutions (Secteur psychiatrique, CHU, établissements privées) pour avoir une meilleure représentativité de la population hospitalisée en psychiatrie en France. Cela permettrait de limiter les biais de sélection et de mieux préciser l'impact relatif des facteurs dépendants et indépendants aux patients sur la durée d'hospitalisation en psychiatrie.



Bibliographie :

1. Andreasson, H., Nyman, M., Krona, H., Meyer, L., Anckarsäter, H., Nilsson, T., & Hofvander, B. (2014). Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(6), 635–642. <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.03>
2. Babalola, O., Gormez, V., Alwan, N. A., Johnstone, P., & Sampson, S. (2014). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. In The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000384.pub3>
3. Badriah, F., Abe, T., Nabeshima, Y., Ikeda, K., Kuroda, K., & Hagihara, A. (2013). Predicting the length of hospital stay of psychiatry patients using signal detection analysis. *Psychiatry Research*, 210(3), 1211–1218. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.019>
4. Blank, K., Hixon, L., Gruman, C., Robison, J., Hickey, G., & Schwartz, H. I. (2005). Determinants of Geropsychiatric Inpatient Length of Stay. *Psychiatric Quarterly*, 76(2), 195–212. <http://doi.org/10.1007/s11089-005-2339-x>
5. Boisguérin, Choné, Coquelet, Emery, Evain, & Gualbert. (2013). *Le panorama des établissements de santé, édition 2013*. DREES.
6. Bradley, C., & Zarkin, G. A. (1996). Inpatient stays for patients diagnosed with severe psychiatric disorders and substance abuse. *Health Services Research*, 31(4), 387.
7. Brock III, I. P., & Brown, G. R. (1993). Psychiatric length of stay determinants in a military medical center. *General Hospital Psychiatry*, 15(6), 392–398.
8. Capdevielle, D., Ritchie, K., Villebrun, D., & Boulenger, J.-P. (2009). Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : facteurs cliniques de

variations et leurs conséquences. *L'Encéphale*, 35(1), 90–96.

<http://doi.org/10.1016/j.encep.2008.06.012>

9. Cardona, F., Davis, E., & Switzer, P. (1996). The Kiva project. *Journal of the South Carolina Medical Association*, 2(92).

10. Cheng, I.-C., Liao, S.-C., & Lee, M.-B. (2007). Predictors of Treatment Response and Length of Stay for Inpatients with Major Depression. *Journal of the Formosan Medical Association*.

11. Chung, W., Cho, W. H., & Yoon, C. W. (2009). The influence of institutional characteristics on length of stay for psychiatric patients: A national database study in South Korea. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1137–1144.
<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.045>

12. Chung, W., Oh, S.-M., Suh, T., Lee, Y. M., Oh, B. H., & Yoon, C.-W. (2010). Determinants of length of stay for psychiatric inpatients: Analysis of a national database covering the entire Korean elderly population. *Health Policy*, 94(2), 120–128.
<http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.09.004>

13. Coldefy, M., Le Fur, P., & Lucas-Gabrielli, V. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions D'économie de La Santé*, 145.

14. Coldefy, M. (2012). L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie: similitudes et divergences. *Questions D'économie de La Santé*, 180, 1–8.

15. Coldefy, M., Le Fur, P., & Lucas-Gabrielli, V. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions D'économie de La Santé*, 145.

16. Coughlin, J. W., Edwards, R. R., Redgrave, G. W., & Guarda, A. S. (2010). Pain

severity in eating disorders predicts longer inpatient hospitalization. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 737–742. <http://doi.org/10.1002/eat.20766>

17. Creed, F., Tomenson, B., & Anthony, P. (1997). Predicting length of stay in psychiatry. *Psychological Medicine*, 27, 961–966.

18. DiNapoli, E. A., Regier, N., McPherron, J., Mundy, M. J., Sabastian, S., Doss, J., & Parmelee, P. A. (2015). Predictors in Geriatric Psychiatry Hospital Length of Stay. *Psychiatric Quarterly*, 86(2), 243–251. <http://doi.org/10.1007/s11126-014-9327-1>

19. Draper, B., & Luscombe, G. (1998). Quantification of factors contributing to length of stay in an acute psychogeriatric ward. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 1–7.

20. Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique* (Gallimard).

21. Gold, J., & Shera, D. (1993). Private psychiatric hospitalization of children: Predictors of length of stay. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

22. Greene, E., Cunningham, C. J., Eustace, A., Kidd, N., Clare, A. W., & Lawlor, B. A. (2001). Recurrent falls are associated with increased length of stay in elderly psychiatric inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 965–968. <http://doi.org/10.1002/gps.463>

23. Guy, W., & NIMH. (1976). *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, Md: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.

24. Hallak, J. E. C., Crippa, J. A. S., Vansan, G., & Zuardi, A. W. (2003). Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric

unit. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 36(9), 1233–1240.

25. Herr, B. E., Abraham, H. D., & Anderson, W. (1991). Length of Stay in a General Hospital Psychiatric Unit. *General Hospital Psychiatry*, 13, 68–70.

26. Hobbs, C., & Newton, L. (2002). Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(60).

27. Huntley, D. A., Cho, D. won, & Christman, J. (1998). Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 49(8).

28. Imai, H., Hosomi, J., Nakao, H., Tsukino, H., Katoh, T., Itoh, T., & Yoshida, T. (2005). Characteristics of psychiatric hospitals associated with length of stay in Japan. *Health Policy*, 74(2), 115–121. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.12.018>

29. Ismail, Z., Arenovich, T., & Grieve, C. (2012). Predicting hospital length of stay for geriatric patients with mood disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(11), 696–703.

30. Jiménez, R. E., Lam, R. M., Marot, M., & Delgado, A. (2004). Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Services Research*, 4(1), 4.

31. Kato, K., Galynker, I., & Miner, C. (1995). Cognitive impairment in psychiatric patients and length of hospital stay. *Comprehensive Psychiatry*, 36(3), 213–217.

32. Kirshner, L. A., & Johnston, L. (1985). Length of stay on a short term unit. *General Hospital Psychiatry*, 7, 149–155.

33. Leff, J., Dayson, D., & Gooch, C. (1996). Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatric Services*, (47).

34. Lerner, Y., Zilber, N., & Sc, D. (2010). Predictors of cumulative length of psychiatric inpatient stay over one year: a national case register study. *Israel Journal of*

Psychiatry and Related Sciences, 47(4), 304.

35. Lin, H.-C., Tian, W.-H., Chen, C.-S., Liu, T.-C., Tsai, S.-Y., & Lee, H.-C. (2006). The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: A 3-year population-based study. *Schizophrenia Research*, 83(2-3), 211–214. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2006.01.012>

36. McLray, R., Daylo, A., & Hammer, P. (2005). Predictors of length of stay in a psychiatric ward serving active duty military and civilian patients. *Military Medicine*.

37. Migaud, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Froment-Meurice, Durrleman, & Levy. (2011). *L'organisation des soins psychiatriques. Les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" (2005-2010)*. Cour des comptes.

38. Munk-Jørgensen, P. (1999). Has deinstitutionalization gone too far? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3).

39. Richter, D. (1999). How significant is the comparison for length of stay in psychiatric hospitals based on diagnosis and age? *Gesundheitswesen*.

40. Ries, R. K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K. A., Srebnik, D., & Roy-Byrne, P. (2000). Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatric Services*, 51(2), 210–215.

41. Rocca, P., Mingrone, C., Mongini, T., Montemagni, C., Pulvirenti, L., Rocca, G., & Bogetto, F. (2010). Outcome and length of stay in psychiatric hospitalization, the experience of the University Clinic of Turin. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 603–610. <http://doi.org/10.1007/s00127-009-0091-8>

42. Rothbard, A., & Schinnar, A. (1996). Community determinants of psychiatric hospitalisations and length of stay. *Socio-Economic Planning Sciences*, 30(1), 27–38.

43. Schubert, D. S., Yokley, J., Sloan, D., & Gottesman, H. (1995). Impact of the

interaction of depression and physical illness on a psychiatric unit's length of stay. *General Hospital Psychiatry*, 17(5), 326–334.

44. Sheehan, D., Lecrubier, Y., & Sheehan, K. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview(M.I.N.I) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*.

45. Tulloch, A. D., Fearon, P., & David, A. S. (2008). The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions: A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 569–574. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0332-2>

46. Warnke, I., Rössler, W., & Herwig, U. (2011). Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services. *BMC Psychiatry*, 11(1), 120.

47. Wykes, T., & Sturt, E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 1–11.

48. Zhang, J., Harvey, C., & Andrew, C. (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 578–585. <http://doi.org/10.3109/00048674.2011.585452>

NAME : BEYNEY

First Name : Pierre-Antoine

Risk factors of extension of the length of stay in psychiatry

Abstract:

The length of stay in psychiatry is a major issue for economic and quality of life reasons. Our aim was to research the risk factors of a longer length of stay. This was a prospective study, with 112 patients. Pearson correlation and regression were used to search for correlated and predictive factors. The severity of symptoms, psychosis and post-traumatic stress disorder were found to be associated with and predictive of longer hospitalisation. Nevertheless these three variables explained only 29.7% of the variance. Additional studies, of larger size, from multiple clinics and that take into account patient independent variables, could improve knowledge about factors associated with a longer length of stay.

KEY WORDS: Length of stay ; Psychiatry ; Severity ; Psychosis ; Post traumatic stress disorder

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis reaserch supervisor: Dr Clara Letamendia

**FACTEURS DE RISQUE D'ALLONGEMENT DE LA DURÉE
D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE**

RESUME EN FRANÇAIS :

La durée d'hospitalisation en psychiatrie est un enjeu majeur aussi bien sur le plan financier que sur le plan de la qualité de vie des patients. Notre objectif était donc de rechercher les facteurs de risque d'allongement de la durée d'hospitalisation. Il s'agit d'une étude prospective, 112 patients ont été inclus. Ont été réalisées des analyses de corrélation de Pearson et des régressions pour rechercher les facteurs prédictifs. La gravité symptomatique, le diagnostic de trouble psychotique et celui d'état de stress post-traumatique ont été retrouvés corrélés et également prédictifs de durées d'hospitalisations plus longues. Ces trois variables n'expliquent cependant que 29,7% de la variance. D'autres études de plus grandes tailles, multicentriques, prenant également en compte les variables indépendantes du patient pourraient être réalisées afin d'obtenir une meilleure connaissance des facteurs associés à la durée d'hospitalisation en psychiatrie.

TITRE EN ANGLAIS : Risk factors of extension of the length of stay in psychiatry

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Durée d'hospitalisation ; Psychiatrie ; Gravité symptomatique ; Psychose ; Etat de stress post-traumatique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Clara Letamendia