

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1559

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement

par

**Nina POEY**

le 27 SEPT 2019

**LES HOSPITALISATIONS DE LONGUE DURÉE EN PSYCHIATRIE**

**ETUDE DES OBSTACLES À LA CONSTRUCTION D'UN PROJET DE SORTIE ET DE LA  
POSSIBILITÉ D'ORIENTATION SUR LE DISPOSITIF HOME POUR LES PATIENTS  
HOSPITALISÉS AU LONG COURS EN PSYCHIATRIE PUBLIQUE À TOULOUSE.**

Directeur de thèse : Dr Julien BILLARD

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO	Assesseur
Monsieur le Docteur Pierre HECQUET	Assesseur
Monsieur le Docteur Radoine HAOUI	Suppléant

# TABLEAU du PERSONNEL HU

## des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III

au 1<sup>er</sup> septembre 2018

### Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PAGES B.
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jea	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

### Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis  
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
 Professeur ARBUS Louis  
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
 Professeur BOCCALON Henri  
 Professeur BONEU Bernard  
 Professeur CARATERO Claude  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Hugues  
 Professeur CONTE Jean  
 Professeur COSTAGLIOLA Michel  
 Professeur DABERNAT Henri  
 Professeur FRAYSSE Bernard  
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
 Professeur JOFFRE Francis

Professeur LARENG Louis  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LARENG Louis  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MANELFE Claude  
 Professeur MASSIP Patrice  
 Professeur MAZIERES Bernard  
 Professeur MOSCOVICI Jacques  
 Professeur MURAT  
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
 Professeur SALVAYRE Robert  
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
 Professeur SIMON Jacques

**P.U. - P.H.**

**Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe**

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**

**2<sup>ème</sup> classe**

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane

**Professeur Associé Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRAON Anne
------------------------

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

**Doyen : E. SERRANO**

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2<sup>ème</sup> classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. BOYER Pierre  
M. STILLMUNKES André

**Professeur Associé en Pédiatrie**

Mme CLAUDET Isabelle

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN  
TOULOUSE-RANGUEIL  
37, allées Jules Guesde – 31000 Toulouse  
TOULOUSE cedex**

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr CHICOULAA Bruno

**FACULTE DE MEDECINE**

**133, route de Narbonne - 31062**

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr LATROUS Leila

## REMERCIEMENTS

---

Au Professeur Christophe ARBUS, pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse et pour avoir donné votre accord à la réalisation de cette étude sur l'hôpital Purpan. Je vous remercie aussi de m'avoir permis de réaliser un stage en Angleterre avec le programme EFPT.

Au Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse, ainsi que pour la richesse de votre pédagogie et de celle enseignée dans les stages de pédopsychiatrie.

Au Professeur Nicolas FRANCHITTO pour avoir généreusement consenti à être membre de mon jury de thèse, ainsi que pour l'enseignement et les conseils que vous m'avez apportés tout au long de mon stage en addictologie, discipline que j'affectionne tout particulièrement.

Au Docteur Pierre HECQUET, pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse avec spontanéité, pour votre participation active à mon questionnaire de thèse et pour tout ce que vous m'avez transmis lors de mon stage sur le secteur 5. Je vous remercie aussi de m'accorder votre confiance pour travailler à vos côtés.

Au Docteur Julien BILLARD, pour m'avoir permis de participer à un travail si intéressant. Je te remercie pour ta disponibilité, pour la pertinence de tes conseils et pour ton implication tout au long de cette thèse. Je te remercie aussi pour ce que tu m'as apporté lors de mon stage à l'UF1.

Au Docteur Radoine HAOUI, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie aussi pour l'intérêt que vous avez montré à l'égard de mon travail et pour votre participation active dans la diffusion de mon questionnaire aux psychiatres du CH G.Marchant.

Aux Dr Gallet, Dr Very, Dr Neauport, Dr Authier, Dr De Grove, Dr Ferrand, Dr Jamot, Dr Boyer-Vidal, Dr Vincent, Dr Astorg, Dr Porteau, Dr Lateyron, Dr Varet, Dr Neyrand, Dr Gavarret, Dr Métais, Dr Ragonnet, Dr Taib et Dr Pierre pour leur participation à mes questionnaires.

A Federico Moretti et Adeline Gallini de l'USMR pour leur aide précieuse dans l'analyse des données de cette thèse et pour leur grande disponibilité.

A ma famille, ma sœur, mes amis et à Florian pour votre aide et votre soutien.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes  
condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la  
morale, de l'honneur et de la probité.  
Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,  
mes confrères et la société.*

# TABLE DES MATIERES

---

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>10</b>
.....	10
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
.....	11
<b>LES HOSPITALISATIONS DE LONGUE DUREE EN PSYCHIATRIE .....</b>	<b>12</b>
.....	12
<b>I. CONTEXTE .....</b>	<b>12</b>
<b>A. La désinstitutionnalisation de la psychiatrie .....</b>	<b>12</b>
1) Le processus de désinstitutionnalisation.....	12
2) Les enjeux de la désinstitutionnalisation .....	13
<b>B. Les hospitalisations de longue durée en psychiatrie.....</b>	<b>15</b>
1) Le processus de désinstitutionnalisation n'a pas été mené jusqu'au bout .....	15
2) Les hospitalisations de longue durée et les hospitalisations inadéquates .....	15
<b>C. L'offre d'hébergement médicosociale, sociale et sanitaire.....</b>	<b>17</b>
1) L'offre médicosociale et sociale.....	17
2) L'offre sanitaire .....	17
<b>D. Le dispositif HOME .....</b>	<b>19</b>
<b>II. ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>20</b>
<b>A. La population des patients hospitalisés au long cours.....</b>	<b>20</b>
<b>B. Les obstacles à la construction d'un projet de sortie pour le patient.....</b>	<b>21</b>
1) Les obstacles liés aux caractéristiques du patient .....	21
2) Les obstacles liés à l'organisation des soins .....	22
3) Les obstacles liés au logement individuel.....	22
<b>C. Les études portant sur les modèles Supported Housing et Housing First .....</b>	<b>23</b>
<b>III. Objectifs .....</b>	<b>24</b>
<b>METHODES.....</b>	<b>25</b>
<b>I. Population étudiée.....</b>	<b>25</b>
<b>II. Déroulé de l'étude .....</b>	<b>25</b>
<b>A. Elaboration du questionnaire.....</b>	<b>25</b>
<b>B. Mise en œuvre de l'étude.....</b>	<b>26</b>
<b>C. Sécurisation des données .....</b>	<b>26</b>
<b>D. Collecte des données .....</b>	<b>26</b>
<b>III. Analyses statistiques.....</b>	<b>27</b>

<b>RESULTATS</b> .....	<b>28</b>
I. La population des patients hospitalisés au long cours .....	28
II. Les obstacles à la construction d'un projet de sortie .....	33
A. Dans le cas des hospitalisations « adéquates » .....	33
B. Dans le cas des hospitalisations « inadéquates » .....	34
III. La possibilité d'orienter les patients sur le dispositif HOME .....	37
IV. Analyses bivariées .....	39
A. Association entre les obstacles à la sortie ou le projet de sortie et le diagnostic.....	39
B. Association entre les obstacles et le projet de sortie actuel .....	39
C. Association entre les obstacles ou le projet de sortie et le fait d'avoir une réponse positive à la question sur le dispositif HOME.....	39
D. Association entre le fait d'avoir vécu en logement autonome avant l'hospitalisation et les variables projet de sortie, obstacles et possibilité d'orienter le patient sur le dispositif HOME .....	40
E. Association entre la durée d'hospitalisation et les variables diagnostic, possibilité d'orienter sur le dispositif HOME, inadéquation de l'hospitalisation et projet de sortie.	40
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>41</b>
I. Principaux résultats de l'étude .....	41
A. La population des patients hospitalisés au long cours.....	41
B. Les obstacles à la construction d'un projet de sortie .....	42
C. La possibilité d'orienter les patients sur le dispositif HOME .....	42
II. Choix méthodologiques et biais potentiels .....	43
III. Hypothèses et pistes de réflexion .....	43
<b>CONCLUSION</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>ANNEXE 1</b> : Le questionnaire .....	<b>47</b>
<b>ANNEXE 2</b> : Tableaux des analyses bivariées.....	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>53</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

---

AAH : Allocation Adulte Handicapé  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation  
CGI : Clinical Global Impression  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CH : Centre Hospitalier  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CMP : Centre médico-Psychologique  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CPP : Comité de Protection des Personnes  
CRPS : Centre de Réhabilitation Psycho-sociale  
DGRI : Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DIM : Départements d'Information Médicale  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
HL : Hospitalisation Libre  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé  
MAS : Maison d'accueil Spécialisée  
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique  
PI : Péril Imminent  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Service Accompagnement Vie Sociale  
SDRE : Soins sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat  
SDRE 122.1 : Soins sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat selon l'article 122.1 sur l'irresponsabilité pénale  
SDT : Soins sans consentement à la Demande d'un Tiers  
TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme  
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée  
USMR : Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche clinique et épidémiologique  
VAD : Visite à Domicile

# INTRODUCTION

---

La France a connu un processus de désinstitutionalisation après la seconde guerre mondiale où le nombre de lits d'hospitalisation ainsi que la durée moyenne de séjour ont été divisés par plus de deux.

Pourtant, on compte aujourd'hui encore un nombre important d'hospitalisations de longue durée en psychiatrie.

Nous savons que l'hospitalisation prolongée provoque des effets iatrogènes de désinsertion sociale. De plus, il semblerait qu'une grande partie de ces hospitalisations longues ne soit pas justifiée par une indication thérapeutique mais plutôt due à un manque de solutions d'aval.

Ce constat, global en France, qui concerne un quart des lits d'hospitalisations pose problème dans le sens où cela bloque des places pour les patients ayant besoin d'une hospitalisation rapide.

C'est pourquoi des études ont cherché à identifier les obstacles à la construction d'un projet de sortie pour les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie.

Les obstacles retrouvés sont divers. Ils peuvent être liés aux caractéristiques du patient, à l'organisation des soins ou encore aux difficultés d'accès et de maintien du patient dans un logement individuel. D'autre part, ils sont difficilement identifiables et varieraient en fonction du lieu de soin.

Peu d'études se sont intéressées à la région Haute-Garonne, l'étude la plus récente datant de 2007.

Le dispositif HOME est un projet de logement thérapeutique à Toulouse basé sur le modèle Housing First qui propose l'accès rapide à un logement autonome, axé sur le choix du patient, avec un soutien flexible au domicile assuré par une équipe mobile pluridisciplinaire.

Ce dispositif facilitant la mise en place d'un projet de domiciliation pourrait représenter une réponse possible pour certains patients hospitalisés au long cours en psychiatrie à Toulouse.

L'objectif principal de notre étude est d'identifier les obstacles à la construction d'un projet de sortie chez les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie publique à Toulouse et l'objectif secondaire vise à évaluer la possibilité d'orienter ces patients sur le dispositif HOME.

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale dont la méthode repose sur des questionnaires hétéro-administrés auprès des psychiatres référents des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie publique à Toulouse.

# LES HOSPITALISATIONS DE LONGUE DUREE EN PSYCHIATRIE

---

## I. CONTEXTE

### A. La désinstitutionnalisation de la psychiatrie

#### 1) Le processus de désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation renvoie à la sortie des patients des hôpitaux psychiatriques et s'accompagne, dans les faits, d'une diminution des lits et de la durée d'hospitalisation ainsi que d'une réorganisation du système de soins avec des installations thérapeutiques au sein même de la communauté.

Ce processus est apparu en France après la seconde guerre mondiale suite à différents événements.

Tout d'abord, l'apparition des neuroleptiques ou « révolution chlorpromazine » qui a radicalement amélioré le pronostic du trouble schizophrénique en termes de stabilité symptomatique et de fonctionnement social permettant alors de raccourcir considérablement les durées d'hospitalisation.

De plus, à cette époque, les conditions des asiles sont catastrophiques (40 000 patients seraient morts de faim ou de froid dans les asiles pendant la seconde guerre mondiale) et des critiques virulentes sur l'institution psychiatrique sont largement diffusées dans les médias.

S'en suit alors la création du secteur psychiatrique matérialisée par la circulaire du 15 mars 1960 qui vise à l'intégration du patient dans son milieu familial et social et à la continuité des soins. En réalité, il faudra attendre la loi de 1985 pour que la politique du secteur se mette réellement en place.

On notera aussi l'influence des associations de malades et du développement de programmes de réinsertion dans le processus de désinstitutionnalisation. (1,2)

Ainsi, la France assiste à une fermeture drastique des lits d'hospitalisation et à une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS).

Entre 1987 et 2005, les lits de psychiatrie générale sont passés de 120 000 à 56 500 (soit -56%) selon la MNASM (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale) (3) et la durée moyenne de séjour est passée de 86 jours à 41 jours (soit - 62 %) entre 1989 et 2003 en psychiatrie générale (4).

Concernant la ville de Toulouse, le CH Gérard Marchant comptait 1500 lits avant la seconde guerre mondiale contre 315 lits aujourd'hui. A noter aussi une diminution de 16% des lits dans les 20 dernières années suite à la catastrophe d'AZF.

Au CHU Purpan, le nombre de lits a peu fluctué sur les 20 dernières années (5).

A l'étranger, on assiste aussi à une désinstitutionnalisation de la psychiatrie dans les années 70,

principalement en Europe (Angleterre, Italie, Europe centrale et de l'Ouest), en Amérique du Nord et en Australie, et cela de façon plus ou moins radicale.

Plus récemment, de telles expériences ont été rapportées en Asie du Sud-Est.

Aux États-Unis on préconisait dès les années 60 une désinstitutionnalisation accélérée de la psychiatrie avec la création de programmes extrahospitaliers appelés « crisis center ».

Le changement est brutal, presque 90% des lits ferment entre la moitié du XXème siècle et 1995. Le pays rencontre alors de graves problèmes avec une errance urbaine massive des malades psychiatriques et un grand nombre d'entre eux qui se trouvent repoussés dans les prisons.

La position la plus extrême a été tenue en Italie avec la loi de 1978 qui interdit les nouvelles admissions dans les anciens hôpitaux psychiatriques.

Les expériences de désinstitutionnalisation du Canada et de l'Angleterre sont considérées comme plus progressives. (1,2)

## 2) Les enjeux de la désinstitutionnalisation

La tendance actuelle des politiques de santé tend également vers une diminution des séjours hospitaliers de longue durée, cela pour des raisons économiques, idéologiques et aussi liées à l'état clinique du patient.

### a. Enjeux économiques

La prise en charge en hospitalisation des patients représente en effet le premier poste de dépense pour la psychiatrie. Le budget total alloué à la psychiatrie s'élevait à 13 Milliards d'euros en 2011 dont 8 Milliards d'euros pour l'hospitalisation, soit 62% du budget total. Le coût d'une hospitalisation complète en France en psychiatrie est de l'ordre de 450 € par jour alors qu'une prise en charge en Hôpital de jour est estimée à 55 € par jour (6).

Pour la schizophrénie spécifiquement, le coût de l'hospitalisation a fait l'objet de plusieurs évaluations. Il représentait 55 % des coûts directs de la schizophrénie en France en 1992, 74 % en Grande Bretagne et seulement 16,5 % en Italie, pays où la diminution du nombre de lits a été la plus importante.

On peut donc voir que ces coûts sont variables selon les pays en fonction de l'organisation des soins, plus ou moins orientée vers une prise en charge dans la communauté (7).

Dans son étude, Capdevielle tente d'évaluer l'impact économique de la transition des soins de l'intra-hospitalier vers l'extra-hospitalier. Les résultats sont contradictoires, cependant la conclusion de l'auteur suggère que les soins extra-hospitaliers assurés par des équipes spécialisées seraient plus coût-efficaces que les soins en intra-hospitalier (7).

### b. Qualité de vie et satisfaction des patients

Des raisons idéologiques sont aussi à l'origine de cette transition des soins psychiatriques vers l'extra-hospitalier.

Nous savons en effet que l'institutionnalisation des patients entraîne des effets iatrogènes de désinsertion sociale et de perte d'autonomie s'ajoutant aux altérations liées à la pathologie elle-même.

L'individu perd peu à peu l'accès à son réseau social de protection et d'intégration (logement, travail, revenus... etc.), ce qui conduit à un isolement majeur où la personne risque de perdre sa citoyenneté voire son identité (4). Elle établit alors sa nouvelle identité comme étant « malade psychiatrique » (7). L'hospitalisation est en effet un marqueur social extrêmement stigmatisant pour la personne et son entourage.

Ainsi, on peut voir dans une étude s'intéressant aux patients chroniques hospitalisés en Norvège que pour 76 % d'entre eux, l'équipe soignante représente les personnes principales de leur réseau social (8).

De la même façon, l'étude norvégienne de Borge constate que les patients vivant à l'extérieur

de l'institution ont significativement plus de contacts avec la famille ou les amis et sont plus actifs socialement (8). Cependant, cette étude montre aussi que presque la moitié des patients se sentent seuls, qu'ils vivent dans la communauté ou en institution.

L'étude de Chapireau portant sur 47 000 personnes montre que plus l'hospitalisation en psychiatrie est longue, plus les relations sociales des patients ont tendance à se limiter aux seules relations familiales (9).

La qualité de vie serait aussi améliorée comme le montre la méta-analyse de Capdevielle qui décrit des expériences de désinstitutionnalisation de patients schizophrènes à Londres en 1996 puis à Sydney et à Berlin en 2002. Les patients rapportent aussi une satisfaction globale supérieure (10).

Il est également cité dans le rapport du centre de preuve en psychiatrie de 2015 que les préférences des personnes vivant avec un trouble schizophrénique sont clairement en faveur des soins communautaires qui permettent « liberté, choix, autonomie, mobilité, intimité, sécurité et proximité de la famille, des amis et de son lieu de vie » (1)

Enfin, une revue Cochrane menée en 2000 montre que les patients ayant de courtes durées d'hospitalisation ont plus de chance d'opérer un retour à l'emploi que les patients ayant de longues durées d'hospitalisation (10).

En revanche, il semblerait que les patients soient plus exposés à la discrimination en vivant dans la communauté qu'en vivant à l'hôpital (11).

### c. Conséquences cliniques et conséquences sur le taux de réadmission

La majorité des études montre une stabilité clinique des patients dans ces expériences de désinstitutionnalisation. Certaines études avancent même une amélioration clinique avec une diminution des doses de traitement comme dans l'étude menée à Sydney en 2002 (10,12).

Cependant, certaines études mettent en évidence une augmentation du taux de mortalité (notamment par suicide) dans les pays ayant diminué leur nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Ces données sont présentées telles quelles mais on peut penser que des facteurs socioéconomiques entrent en ligne de compte dans ces chiffres (7).

D'autres points négatifs sont également soulevés comme le fait que la désinstitutionnalisation se soit accompagnée d'une forte augmentation des soins sans consentement en Angleterre, en Allemagne, Danemark et aux USA.

De plus, une transinstitutionnalisation ou réinstitutionnalisation a également été décrite, avec un nombre important de personnes schizophrènes qui vivent en prison ou dans des structures résidentielles.

Concernant le taux de réadmission, la majorité des études montrent que les hospitalisations de courte durée ne sont pas associées à un taux supérieur de réadmission à l'hôpital. On note même une diminution du risque de ré-hospitalisation dans les pays orientés sur les soins extrahospitaliers (Australie), probablement liée à la mise en place d'un suivi intensif dans la communauté.

Enfin, le problème de la porte tournante défini comme le va-et-vient incessant des patients entre l'hôpital et la communauté est souvent soulevé lorsqu'on évoque la désinstitutionnalisation et la diminution des durées d'hospitalisation.

Il semblerait que ce problème existe surtout dans les endroits où les systèmes de soins extrahospitaliers ont été peu développés avec peu de liaison entre l'intra et l'extra-hospitalier. D'autres auteurs soulignent que ce problème est lié à la nature même de la maladie mentale et à ses rechutes (7), (2).

Toutefois, au-delà de sa fonction thérapeutique, l'hospitalisation remplit une fonction sociale de protection des personnes présentant des troubles mentaux, parfois de séparation et de répit pour la personne et ses proches. De même, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) rapporte que l'hospitalisation à temps plein reste un mode

de prise en charge incontournable (4,13).

## **B. Les hospitalisations de longue durée en psychiatrie**

### 1) Le processus de désinstitutionnalisation n'a pas été mené jusqu'au bout

Au regard de ses voisins européens, la France présente un certain retard en matière de désinstitutionnalisation.

On constate en effet que les deux tiers des ressources des secteurs psychiatriques sont encore consacrés à l'hospitalisation et que le développement des structures d'hébergement et services d'accompagnement dans la vie quotidienne sont insuffisamment développés. L'articulation entre sanitaire, médicosocial et social est elle aussi insuffisante.

Ces constats apparaissent en décalage avec la loi de la sectorisation de 1985 et avec le plan psychiatrie et santé mentale de 2005 et de 2011-2015.

La loi de la sectorisation de 1985 avait notamment pour but le transfert du budget des sites hospitaliers vers la communauté, considérant que l'hôpital n'avait plus fonction d'accueillir les patients sur le long terme. Le plan psychiatrie et santé mentale de 2005 intégrant la reconnaissance du handicap psychique a permis de créer les MDPH et a posé le problème de la nécessaire articulation entre sanitaire, médico-social et social. Celui de 2011-2015 affirme dans ses intentions la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale (14).

De la même façon, la MNASM préconise de développer la psychiatrie de liaison médicosociale, les structures d'hébergement et les services d'accompagnement à la vie sociale pour éviter les ré-hospitalisations.

Elle propose de s'appuyer sur le concept de case-management (développé au Québec, États-Unis et Grande-Bretagne) qui propose un cadre de référence à la prise en charge ambulatoire du patient, favorise l'accompagnement dans son milieu de vie ordinaire et améliore la continuité des soins et la coordination entre soignants.

Ce concept aurait démontré son efficacité pour réduire la durée moyenne de séjour en hospitalisation.

Un autre concept qui influence l'organisation des systèmes de soins est le concept de rétablissement. Le rétablissement est un processus par lequel l'individu apprend à vivre une existence satisfaisante et ouverte sur l'avenir malgré les limitations imposées par la maladie (Provencher, 2002). Pour B.Pachoud c'est « vivre sa vie au-delà de la maladie ».

D'où l'accent mis sur un mode d'accompagnement qui favorise l'empowerment (restauration du pouvoir de décider et d'agir) et l'autonomisation de la personne (1).

Pour Capdevielle, la distinction hôpital/communauté apparaît être une fausse dichotomie qui gagnerait à être remplacée par de nouvelles modalités de prises en charge incluant l'hôpital et le suivi dans la communauté dans une étroite collaboration (7).

### 2) Les hospitalisations de longue durée et les hospitalisations inadéquates

On compte aujourd'hui encore un grand nombre d'hospitalisation de longue durée en

psychiatrie. Or le maintien à l'hôpital sur une longue période apparaît d'autant plus décalé que les capacités d'hospitalisation ne cessent de diminuer.

Les hospitalisations longues ont concerné 12700 patients en France en 2011, soit 0,8% de la file active mais représentaient un quart des lits d'hospitalisation en psychiatrie d'après l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé).

Selon la MNASM, entre 20 et 40 % des lits étaient occupés par des patients en séjour prolongé en 2011(4).

On définit une hospitalisation de longue durée comme une hospitalisation supérieure ou égale à 292 jours dans l'année, continu ou non.

Il s'agit du seuil utilisé dans la majorité des études, partant de l'hypothèse qu'il correspond à une durée au-delà de laquelle la désocialisation des patients devient plus marquée avec une perte de repères, éventuellement de logement et de vie sociale extérieure... (15-18).

Cependant, il n'existe pas de définition unique pour identifier une hospitalisation de longue durée, certaines études utilisant le seuil de 9 mois (19) ou encore de 12 mois (20).

Parmi ces hospitalisations longues il semblerait qu'une grande partie ne soit pas justifiée par une indication thérapeutique mais plutôt due à un manque de solutions d'aval. C'est pourquoi on qualifie souvent ces hospitalisations d'« inadéquates ».

Le problème relatif aux hospitalisations « inadéquates » est qu'elles bloquent des places pour les patients aigus ayant besoin d'une hospitalisation rapide. La MNASM estime que chaque personne indûment hospitalisée en psychiatrie « bloque » la place d'une douzaine d'admissions par an, sur la base d'une durée moyenne de séjour d'un mois.

Ce rapport décrit une crise hospitalière en psychiatrie, caractérisée par la coexistence entre l'impossibilité de faire sortir des personnes qui pourraient ne pas rester à l'hôpital, tandis que des patients décompensés, ont du mal à y entrer faute de place (4).

L'OMS Europe pour la santé mentale indiquait en 2004 que 40% des personnes hospitalisées dans les services de psychiatrie pourraient bénéficier, sans augmentation du risque auto ou hétéro agressif, d'une alternative non hospitalière de traitement.

En France, ces hospitalisations « inadéquates » concerneraient 60 à 70 % des séjours prolongés en psychiatrie selon la MNASM (2011). Les deux tiers relèveraient de MAS (Maison d'accueil Spécialisée) ou de FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) et le tiers restant serait concerné par un manque de logements (logements individuels ou collectifs plus ou moins supervisés/accompagnés médico socialement). Ces chiffres sont indicatifs et nous savons que des disparités importantes peuvent être observées selon les territoires.

Concernant la Haute-Garonne, nous ne disposons que d'une seule étude menée par la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) et l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) Midi-Pyrénées, datant de 2007.

Elle comptabilisait 26% d'hospitalisations de longue durée en psychiatrie (publique et privée) en 2007 (soit 115 patients), dont 72,2 % d'hospitalisations inadéquates. (A noter que le seuil utilisé dans cette étude était de 12 mois) (20).

Pour la ville de Toulouse, nous disposons de données plus récentes du rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) de 2017 où il est fait mention de 94 patients hospitalisés au long cours au CH G.Marchant à Toulouse en mars 2016, soit près du tiers des patients hospitalisés, plutôt (aux 2/3) dans les unités de suite et de réhabilitation.

Nous remarquons aussi que la DMS du CH G.Marchant a quasiment doublé de 2000 à 2016 passant de 24 à 46 jours, du fait de la forte augmentation des admissions en ASDRE (Admission Sur Décision du Représentant de l'Etat) sur les 20 dernières années (multipliées par 4) (5).

## **C. L'offre d'hébergement médicosociale, sociale et sanitaire**

### 1) L'offre médicosociale et sociale

L'offre médicosociale comprend les MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), les FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), les foyers de vie ou foyers occupationnels et les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés.

L'offre sociale comprend les maisons relais ou résidence accueil (pension de famille) dont la durée d'accueil est illimitée et les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) dont la durée d'accueil est limitée.

Il existe également des services d'accompagnement dans le domicile comme les SAVS (Service Accompagnement Vie Sociale) qui permettent d'aider les personnes dans les tâches de la vie quotidienne et les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour les Adultes Handicapés) qui proposent en plus des prestations de soins ou d'accompagnement vers le soin, étant dotés d'une équipe médicale et paramédicale.

### 2) L'offre sanitaire

En France, l'offre d'hébergement sanitaire comprend les appartements thérapeutiques et communautaires, les centres de postcure ou centres de réhabilitation ainsi que l'accueil familial thérapeutique.

Il existe en réalité deux modèles de logement thérapeutique : le modèle Residential Continuum et le modèle Supported Housing.

#### a. Le modèle Residential Continuum

Le modèle Residential Continuum est un service transitoire conçu pour répondre rapidement aux besoins des patients ne pouvant se maintenir en logement autonome.

Il s'agit le plus souvent de logements collectifs comprenant un service plutôt restrictif avec des règles de conduites exigées, une participation obligatoire aux activités du service et une abstinence de toxiques. Ce modèle est souvent qualifié de modèle « High need high readiness », car il sélectionne des usagers aux besoins d'accompagnement élevé mais capables d'adhérer au plan de traitement de ces structures.

A l'issue de ce service, le patient peut progresser, dans l'idéal, vers un logement autonome.

On remarque que dans l'agglomération toulousaine la grande majorité des dispositifs de logement thérapeutique fonctionnent sur ce modèle :

- Les appartements thérapeutiques du CH G.Marchant qui proposent une prise en charge limitée d'un an renouvelable. La présence infirmière est continue ou discontinue selon le type d'appartement et la participation aux activités thérapeutiques est obligatoire.

- Les Centres de post-cure Maignan et Pont de Bois qui dépendent aussi du CH G.Marchant. La durée d'admission est limitée à un an renouvelable. Les activités thérapeutiques sont aussi obligatoires et les conduites addictives exclues.

- Les appartements communautaires du SAMSAHPsy Route Nouvelle dont la durée d'hébergement est de 3 ans maximum. Il y a une visite à domicile d'un professionnel du

SAMSAH par semaine et la participation aux activités thérapeutiques est obligatoire. Les appartements collectifs de l'Association Croix-Marine fonctionnent sur un modèle similaire.

- L'hospitalisation de nuit du Centre APRES qui propose des activités de réhabilitation en journée auxquelles le patient doit adhérer pour pouvoir bénéficier des soins en hospitalisation de nuit. La durée d'admission est de deux ans maximum.

Ces structures rencontrent parfois des difficultés d'orientation à la fin de la prise pour les patients nécessitant un étayage et ne pouvant résider en logement autonome. Ces patients sont souvent orientés vers un autre dispositif de logement thérapeutique entraînant alors une discontinuité.

Nous pouvons noter aussi que les délais d'accès à ces structures peuvent être importants, parfois jusqu'à 6 mois ou 1 an.

### *b. Le modèle Supported Housing*

Le modèle Supported Housing propose au patient d'accéder directement au logement autonome de son choix, et fournit un soutien assuré par une équipe mobile pour maintenir le patient dans son domicile.

Ce soutien est flexible et s'adapte aux besoins du patient. Il n'y a pas d'équipe basée dans le logement, la participation aux activités est volontaire et il n'y a pas d'obligation d'abstinence aux toxiques. Ce modèle constitue donc un environnement moins restrictif que le modèle Residential Continuum.

Les cinq principaux critères caractérisant ce modèle sont : logement normal, soutien flexible, séparation entre la gestion du logement et l'équipe mobile de suivi, choix de l'usager et accès au logement immédiat.

De nouveaux dispositifs de logement ont vu le jour plus récemment à Toulouse et se rapprochent du modèle Supported Housing :

L'unité de domiciliation du CH G.Marchant créée en 2010 qui fonctionne sur le modèle du bail glissant, nécessite un délai de 3 mois d'évaluation avant l'accès au logement et exige que le patient ait une mesure de protection juridique. Une visite à domicile par semaine est assurée par l'unité de domiciliation et un suivi conjoint se fait avec le secteur adresseur. La durée de prise en charge est illimitée.

De même, la résidence accueil O Mon Pais créée en 2017 est une structure intermédiaire entre médicosocial et sanitaire qui facilite le suivi psychiatrique. Elle propose des studios regroupés dans une résidence accueil gérée par l'Association des Cités du Secours catholiques, en partenariat avec le CH G.Marchant (secteur 3). Il n'y a pas de présence permanente d'un professionnel et il est nécessaire que la personne puisse respecter les règles de la vie semi-collective.

Il existe une déclinaison du modèle Supported Housing appelée le modèle Housing First qui s'adresse aux personnes ayant une maladie mentale sévère et étant SDF.

Ce modèle reprend les principales caractéristiques du modèle Supported Housing en accentuant l'inconditionnalité d'accès au logement. Il est basé sur le concept de réduction des risques, de réhabilitation psycho-sociale et de rétablissement (21).

Le dispositif un Chez Soi d'Abord créée en 2011 est basé sur ce modèle Housing First. 100 personnes sont actuellement logées à Toulouse par ce dispositif.

## D. Le dispositif HOME

Actuellement à Toulouse, le dispositif HOME est un projet basé sur les modèles Supported Housing et Housing First que nous venons de citer. Il s'adresse à des patients (pas nécessairement SDF) dont la pathologie psychiatrique est sévère et entraîne des difficultés pour maintenir un logement autonome. Ce dispositif nécessite que l'état de santé du patient soit compatible avec une vie dans la communauté.

Les critères d'accès du dispositif sont :

- Âge  $\geq$  18 ans
- Diagnostic de schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant persistant, trouble bipolaire, trouble grave de la personnalité ou trouble envahissant du développement selon le DSM5
- Hospitalisé ou suivi en psychiatrie
- Présentant des difficultés dans le logement (perte du logement, logement dégradé, incapacité à y vivre seul, hébergé chez l'entourage/famille refusant de maintenir cette situation)
- Acceptant les conditions d'accès au dispositif (paiement du loyer, une visite à domicile (VAD) hebdomadaire de l'équipe dédiée, un suivi psychiatrique extérieur au dispositif).

La personne est adressée par son psychiatre traitant qui s'engage à la poursuite du suivi. Il s'agit d'un dispositif intersectoriel.

Ce dispositif propose l'accès rapide à un logement autonome (<1 mois) associé à un accompagnement intensif au domicile par une équipe pluridisciplinaire à raison d'une VAD par semaine au minimum et jusqu'à 2 par jour, disponible H24 7j/7.

La gestion locative est assurée par un organisme de logement social SOLIHA 31 sur le modèle de l'intermédiation locative. C'est-à-dire que l'opérateur logement capte des logements disséminés dans le parc privé et les sous-loue à l'utilisateur en assurant la gestion locative (paiement du loyer, entretien du logement, lien propriétaire et syndicat).

Le loyer est inférieur à 30% des revenus de l'utilisateur et le dispositif favorise le choix de l'utilisateur concernant le logement.

L'accompagnement est illimité dans le temps, flexible et il y a un ratio soignant/soigné de 1/10. Il s'agit d'un accompagnement aux soins psychiatriques et somatiques, aux habiletés sociales, à l'installation et au maintien dans le logement.

Il n'y a pas de condition d'abstinence exigée ni de participation à des activités. Il faut simplement que l'utilisateur accepte le principe d'une visite à domicile hebdomadaire.

Ce dispositif pourrait permettre un mode de vie plus indépendant et favoriser la responsabilisation de l'utilisateur.

Il semble complémentaire aux dispositifs existants sur l'agglomération toulousaine, notamment pour les patients qui refusent les structures d'hébergement proposées du fait de leur préférence pour le logement autonome ou bien à l'inverse, pour les patients qui se trouvent refusés des structures d'hébergement.

Ainsi, de par son fonctionnement et sa rapidité d'accès au logement (< 1 mois), ce dispositif semble faciliter la mise en place d'un projet de domiciliation pour les patients.

Dans ce sens, le dispositif HOME pourrait représenter une solution intéressante pour certains patients hospitalisés au long cours et réduire ainsi les durées d'hospitalisation en psychiatrie.

La désinstitutionnalisation de la psychiatrie après la seconde guerre mondiale :	- nombre de lits et durée moyenne de séjour divisée par plus de 2 des années 80 aux années 2000. - amélioration de la qualité de vie des patients et pas d'aggravation clinique.
Il existe encore beaucoup d'hospitalisations de longue durée (déf. $\geq$ 292 jours dans l'année continus ou non) : Une grande partie serait des hospitalisations inadéquates :	- ¼ des lits en France (2011) ainsi qu'en Haute-Garonne (2007). - environ 70 % en France (2011) ainsi qu'en Haute-Garonne (2007).
Le dispositif HOME est un projet de logement thérapeutique à Toulouse basé sur le modèle Supported Housing / Housing First :	- accès rapide à un logement autonome, basé sur le choix du patient. - soutien flexible au domicile par une équipe mobile pluridisciplinaire.

## II. ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

### A. La population des patients hospitalisés au long cours

Il existe une surreprésentation d'hommes parmi les patients hospitalisés au long cours en France : ils représenteraient 64 % des patients d'après les chiffres de l'IRDES de 2014 (15).

La méta-analyse de Capdevielle montre aussi une surreprésentation masculine tandis que les femmes sont surreprésentées pour des âges au-dessus de 50 ans.

Les femmes seraient donc hospitalisées plus tardivement au cours de l'évolution de leur maladie et/ou la débuteraient plus tardivement permettant alors une meilleure intégration socioprofessionnelle (10).

On observe que ces patients sont pour la plupart célibataires.

L'âge moyen de ces patients est de 47 ans et ne diffère pas de l'âge moyen observé chez l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie.

Pour les plus de 60 ans, les hospitalisations au long cours sont sous-représentées. D'une part, parce qu'une partie importante des personnes atteignant 60 ans est orientée vers des structures de type EHPAD et d'autre part, parce que les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères connaissent une espérance de vie inférieure de dix à vingt ans à la population générale (15).

Concernant le diagnostic, plus de la moitié des patients hospitalisés au long cours souffre de troubles schizophréniques.

Ce diagnostic est largement surreprésenté par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie (52 % versus 22 %) où ce sont les troubles de l'humeur et troubles névrotiques qui arrivent en première position.

Les autres diagnostics le plus fréquemment rencontrés chez les patients hospitalisés au long cours sont le retard mental (11 %) et les troubles neurodéveloppementaux (9%) (15).

Pour ce qui est de l'autonomie, on observe que la population des patients hospitalisés au long

cours n'est pas homogène. On peut en réalité distinguer trois groupes de patients selon l'IRDES. Le premier groupe représente plus de la moitié des personnes hospitalisées au long cours et est composé de patients majoritairement masculins, d'âge moyen, souffrant de schizophrénie et étant faiblement dépendants.

Le second groupe rassemble 1/4 des patients hospitalisés au long cours. Ils sont plus âgés, sont majoritairement des femmes, souffrent de troubles de l'humeur, de troubles de la personnalité ou de démence et sont moyennement dépendants.

Enfin, le troisième groupe compte 1/4 des patients. Ils sont relativement jeunes, souffrent de retard mental ou de troubles du neurodéveloppement et sont plus lourdement dépendants (15).

En ce qui concerne la sévérité clinique, l'étude italienne de Gigantesco montre qu'il n'y a pas d'association entre sévérité des symptômes psychiatriques et durée d'hospitalisation (22). Capdevielle retrouve lui une corrélation entre sévérité des symptômes négatifs et hospitalisation prolongée.

Les comorbidités somatiques augmenteraient significativement les durées d'hospitalisation alors que les comorbidités addictives seraient associées à des durées de séjour plus brèves. On pourrait y voir le fait que ces patients se stabiliseraient plus rapidement une fois l'addiction prise en charge ou à l'inverse, ces résultats pourraient indiquer des sorties prématurées des soins (10).

Pour la Haute-Garonne spécifiquement, nous disposons seulement de l'étude de la DRASS-ARH Midi-Pyrénées de 2007. Elle retrouvait des patients de 40 à 50 ans, dont 68 % d'hommes. Les diagnostics les plus fréquents étaient la schizophrénie dans 47% des cas (56% tous troubles psychotiques confondus), le retard mental dans 23% des cas et l'autisme dans 9% des cas (20).

## **B. Les obstacles à la construction d'un projet de sortie pour le patient**

### 1) Les obstacles liés aux caractéristiques du patient

D'après la MNASM les patients présentant des comportements violents connaissent plus de longs séjours que les autres patients. De même, on peut voir dans une étude du Nord-Pas-de-Calais que les patients ayant connu une hospitalisation sous contrainte ou une mesure d'isolement sont aussi plus concernés par les longs séjours (16).

La MNASM identifie un groupe de personnes difficiles à faire sortir car hospitalisés sur décision de l'irresponsabilité pénale (article 122.1), présentant des comportements violents ou bien une dangerosité persistante évidente. Ils représenteraient 25 % des hospitalisations prolongées dans plusieurs enquêtes françaises.

Ces chiffres interrogent car à l'étranger ils seraient plutôt de 10 à 15%, ce qui suggère qu'il est possible de faire évoluer certains de ces patients vers des réponses médico-sociales. Pour cela, les expériences étrangères prônent des approches de réhabilitation portant sur le contrôle de l'impulsivité et de l'agressivité.

La résistance aux traitements, souvent favorisée par les toxiques et la diffusion des nouvelles drogues de synthèse représente également un frein important (17). Selon l'enquête ARS (Agence Régionale de Santé) Rhône-Alpes 39% des patients hospitalisés au long cours présentaient une résistance au traitement.

Le refus du projet par le patient ou par sa famille est une situation qui n'est pas rare, elle

concernait 16% des patients hospitalisés au long cours dans une étude de l'ARS Rhône-Alpes (18).

Enfin, on peut citer d'autres obstacles en cause dans la problématique des longues hospitalisations tels que les comorbidités somatiques, les difficultés financières ou la précarité (18),(22).

## 2) Les obstacles liés à l'organisation des soins

L'obstacle principal qui ressort des différentes études régionales est le manque de places dans les structures médico-sociales. Cela concernait 45% des patients dans l'enquête DRASS Basse-Normandie (23).

L'absence de dispositif adapté au patient a aussi été soulevée. Ce frein était présent chez 22,8% des patients hospitalisés au long cours dans l'enquête DRASS Basse-Normandie.

De plus, ces études constatent qu'il existe parfois une réticence de la part des structures médico-sociales à accueillir les patients (24% des patients hospitalisés au long cours dans l'enquête ARS Rhône-Alpes). En effet, ces structures peuvent éprouver des inquiétudes vis-à-vis de la persistance de troubles du comportement ou de l'absence de garanties d'un suivi par l'équipe de psychiatrie.

Un autre frein rapporté est le délai d'obtention d'une orientation notifiée par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour 9% des patients dans l'enquête DRASS Basse-Normandie.

D'autres facteurs plus indirects peuvent être cités tels que la densité de lits selon les territoires et la densité de personnel médical.

En effet, plus l'offre de lits en hospitalisation temps plein sur un territoire est importante, plus le recours à l'hospitalisation au long cours est élevé et inversement.

Concernant la densité de personnel médical, une faible densité de personnel médical est associée à des taux d'hospitalisation au long cours plus importants. Le projet de sortie du patient est moins souvent réinterrogé, les médecins étant centrés sur les patients aigus par manque de temps (15) (17).

Enfin, le manque de communication entre le sanitaire et le médico-social ainsi que parfois, la méconnaissance de l'environnement médico-social par certains psychiatres, sont aussi à noter.

## 3) Les obstacles liés au logement individuel

Il existe des freins pour les patients vis-à-vis de l'accès et du maintien dans un logement autonome.

Concernant l'accès au logement, une des difficultés majeures est celle de la signature d'un bail. Les propriétaires favorisent les personnes ayant des garanties élevées or les personnes souffrant de maladie mentale ont pour la plupart des revenus bas, issus des aides sociales. De plus, il existe une réticence chez certains bailleurs à loger cette population. Les patients se trouvent alors contraints de demander un logement social et se confrontent à un délai d'attente important.

Concernant le maintien dans le logement, nous savons que les pathologies psychiatriques sévères entraînent souvent des difficultés pour le patient à maintenir un logement autonome.

Un accompagnement de ces personnes peut être nécessaire en termes de gestion budgétaire, d'alimentation, d'hygiène personnelle ou encore de l'entretien du logement.

Cet accompagnement doit même aller plus loin dans le sens où il doit permettre au patient de réinvestir le domaine social et de lutter contre le retentissement de la maladie, cela, à l'aide des outils de réhabilitation psycho-sociale.

Malheureusement, on constate que les dispositifs favorisant l'accès et le maintien dans le logement sont encore insuffisamment développés en France. De plus, cet accompagnement semble faire appel à des services du médico-social et du sanitaire mais les offres proposées demeurent cloisonnées (14).

En outre, il arrive que le patient soit hébergé par la famille ou l'entourage et que ceux-ci refusent de maintenir cette situation.

Par rapport à cela, la MNASM déplore le manque de services de soutien auprès de la famille.

A noter aussi que l'hospitalisation peut être le facteur déclenchant de la perte du logement personnel ou bien de l'hébergement dans la famille.

L'étude de Chapiro de 2004 concluait que le fait d'avoir vécu en domicile ordinaire avant l'hospitalisation ne conduisait qu'une fois sur deux à retourner vivre dans un logement indépendant deux ans plus tard, ce qui témoigne de grandes difficultés de réinsertion (9).

Dès lors, un cercle vicieux peut s'installer. L'hospitalisation aggrave la perte d'autonomie et rend la réinsertion dans le logement plus difficile avec, à termes, la recherche de solutions institutionnelles plus lourdes (4).

D'autres facteurs plus généraux peuvent être cités comme la résistance de la communauté à la sortie des patients atteints de pathologie psychiatrique, couplée à la stigmatisation omniprésente qui existe autour des maladies mentales (13).

Ainsi on peut voir que d'une part, les obstacles à la construction d'un projet de sortie ne se confinent pas aux symptômes psychiatriques, et d'autre part, qu'il s'agit souvent d'une combinaison de facteurs plutôt que d'une cause unique identifiée.

Les études portant sur ce sujet sont rares et semblent insuffisantes pour appréhender ces situations souvent complexes d'hospitalisations de longue durée en psychiatrie.

En ce qui concerne la Haute-Garonne, l'étude DRASS-ARH Midi-Pyrénées montre avant tout un manque de places dans les institutions du médico-social. Cela concernait 95% des hospitalisations inadéquates en Haute-Garonne en 2007. Les autres obstacles ne sont pas détaillés dans cette étude (20).

### **C. Les études portant sur les modèles Supported Housing et Housing First**

Une méta-analyse américaine portant sur 30 études va dans le sens d'une meilleure stabilité dans le logement attribuée au modèle Supported Housing. Elle montre aussi une diminution du temps passé en hospitalisation mais présume que ceci n'est pas spécifique au modèle Supported Housing mais plutôt lié à l'association logement thérapeutique et soutien dans le logement, quel que soit le modèle.

Cette étude va dans le sens d'une complémentarité des modèles de logement, le modèle Residential Continuum réduisant les signes psychiatriques et le modèle Supported Housing apportant une satisfaction supérieure à l'utilisateur (21).

Une étude américaine contrôlée randomisée de 2004 portant sur 225 participants compare le modèle Housing First au modèle Residential Continuum.

Elle montre un accès au logement plus rapide et une meilleure stabilité dans le logement pour le modèle Housing First (80 % des participants se maintiennent dans le logement à 2 ans). Cette étude conclut que le modèle Housing First n'entraîne pas d'aggravation des signes psychiatriques, aucune différence significative n'étant retrouvée entre les deux groupes (24).

En France, le programme Un Chez Soi d'Abord basé sur le modèle Housing First a fait l'objet d'un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) national débuté en 2011. Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée incluant 4 sites (Toulouse, Paris, Lille et Marseille) qui compare le modèle Housing First à un groupe témoin.

Les résultats intermédiaires publiés en 2016 montrent une baisse significative du recours à l'hospitalisation dans le groupe Housing First (37 jours vs 103 jours ;  $p < 0,0001$ ), cette baisse étant plus significative concernant l'hospitalisation en Psychiatrie (24 jours vs 79 jours ;  $p < 0,0001$ ).

L'accès au logement et le maintien dans le logement sont aussi significativement plus importants dans le groupe Housing First (73% du temps dans un logement stable contre 32% pour l'offre de soins habituelle) (25).

La population des patients hospitalisés au long cours en France :	Majorité d'hommes, âge moyen 47 ans, plus de la moitié de schizophrènes, 11% de retards mentaux et 9% de troubles neurodéveloppementaux.
Les obstacles à la construction d'un projet de sortie :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- liés aux caractéristiques du patient : comportements violents, résistance au traitement, refus du projet proposé.</li> <li>- liés à l'organisation des soins : manque de places dans les structures et absence de structures adaptées.</li> <li>- liés aux difficultés d'accès et de maintien dans un logement individuel.</li> </ul>
Les études portant sur les modèles Supported Housing – Housing First :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accès au logement plus rapide</li> <li>- meilleure stabilité dans le logement</li> <li>- diminution du recours à l'hospitalisation</li> </ul>

### III. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les obstacles à la construction d'un projet de sortie pour les patients hospitalisés au long cours dans les hôpitaux psychiatriques publics de Toulouse.

L'objectif secondaire vise à évaluer la possibilité d'orienter ces patients sur le dispositif HOME.

# METHODES

---

## I. Population étudiée

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale multicentrique réalisée dans les hôpitaux psychiatriques publics de Toulouse : le CH Gérard Marchant et le CHU Purpan.

Nous avons inclus tous les patients majeurs hospitalisés à temps plein sur une durée supérieure ou égale à 292 jours (continus ou non) dans les 365 jours précédant le jour de l'étude. C'est-à-dire entre le 18 février 2018 et le 18 février 2019.

Nous avons exclu de l'étude les patients mineurs ainsi que les patients hospitalisés à l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) et aux Jardins des Silos (service de psychogériatrie du CH G.Marchant).

En effet, ces patients représentent des populations spécifiques en termes de caractéristiques cliniques, de projet de sortie et d'obstacles à la sortie et ne sont donc pas comparables à la population générale des patients hospitalisés en psychiatrie publique à Toulouse. C'est pourquoi nous avons choisi de les exclure pour éviter des biais de sélection.

La population interrogée était constituée des psychiatres référents de la prise en charge des patients inclus. C'est-à-dire que nous n'avons pas directement interrogé les patients mais nous nous sommes adressés à leurs psychiatres référents.

## II. Déroulé de l'étude

### A. Elaboration du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire à partir des données de la littérature et à partir des questionnaires utilisés dans les enquêtes régionales menées par l'ARS, l'ARH et la DRASS.

En particulier l'enquête de l'ARS Rhône-Alpes (18), l'enquête de l'IRS-DRASS Midi-Pyrénées (20), l'enquête de l'ARIF (Agence Régionale de l'Hospitalisation en IdF) Ile-de-France (19) et l'enquête de la DRASS-ARH Basse-Normandie (23).

Le questionnaire présentait 17 questions portant sur les caractéristiques globales des patients (diagnostic, addiction, gravité clinique, mode d'hospitalisation, protection juridique, ressources financières, relations sociales et lieu de vie avant l'hospitalisation), le caractère « inadéquat » de l'hospitalisation, le projet de sortie envisagé, les obstacles à la sortie, les projets et obstacles antérieurs et enfin la possibilité d'orienter ces patients sur le dispositif HOME.

Cf. questionnaire en annexe.

Le questionnaire a été testé auprès de quatre psychiatres des hôpitaux Marchant et Purpan avant sa diffusion large.

## **B. Mise en œuvre de l'étude**

Nous avons contacté le Dr Radoine Haoui président de la CME (Commission Médicale d'Etablissement) du CH G.Marchant et le Pr Christophe Arbus du CHU Purpan, pour les prévenir du lancement de l'étude et pour inciter leur établissement à participer.

Nous avons ensuite contacté les Départements d'Information Médicale (DIM) des établissements de Purpan et G.Marchant afin qu'ils nous communiquent la liste des patients majeurs hospitalisés à temps plein sur leur établissement sur une durée supérieure ou égale à 292 jours (continus ou non) entre le 18 février 2018 et le 18 février 2019.

Ils nous ont aussi fourni l'âge de ces patients, le nom du psychiatre référent, l'unité d'hospitalisation, la durée de leur hospitalisation et le nombre de séjours.

Nous avons 91 patients inclus au total, dont 83 hospitalisés au CH G.Marchant et 8 au CHU Purpan.

Nous avons ensuite pris rendez-vous auprès des 23 psychiatres référents afin de leur soumettre le questionnaire.

## **C. Sécurisation des données**

Nous avons pris un avis auprès de Mme Isabelle Olivier de la DGRI (Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation) pour la sécurisation des données et les enjeux éthiques de notre étude.

Aucune commission CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ou CPP (Comité de Protection des Personnes) n'était requise pour notre étude.

Les DIM des établissements de Purpan et G.Marchant nous ont communiqué la liste des patients de façon sécurisée via médimail.

Cette liste était nominative et a été transformée en liste codifiée anonymisée. Le fichier téléchargé via médimail contenant la liste nominative a été supprimé de l'ordinateur immédiatement après sa réception.

Les questionnaires étaient anonymisés.

Les données étaient saisies dans un fichier Excel protégé par un mot de passe d'accès.

## **D. Collecte des données**

Nous avons donc rencontré les psychiatres référents des patients inclus et avons utilisé des questionnaires hétéro-administrés.

Pour chaque patient inclus, le psychiatre référent devait renseigner un questionnaire spécifique.

Au cours de l'entretien, des informations supplémentaires étaient apportées aux psychiatres concernant le dispositif HOME notamment.

Il est arrivé à deux reprises que le patient soit sorti de l'hôpital entre la réception de la liste des patients et la rencontre avec le psychiatre référent. Dans ces cas-là, le questionnaire était tout

de même renseigné à l'exception des questions 16 et 17 portant sur le recours au dispositif HOME, étant donné que le projet de sortie du patient avait déjà abouti.

### **III. Analyses statistiques**

L'analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Des indicateurs statistiques simples ont été calculés comme la moyenne, la médiane et l'écart type.

Une analyse plus détaillée de type bivarié a permis de repérer les liens significatifs entre certaines variables. Nous avons bénéficié pour cela de l'aide de Mme Adeline Gallini et de Mr Federico Moretti de l'USMR (Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche clinique et épidémiologique) du CHU Purpan.

# RESULTATS

---

Il y avait 91 patients hospitalisés au long cours sur les hôpitaux psychiatriques de Toulouse entre le 18 février 2019 et le 18 février 2018.

Le CH G.Marchant comptant 275 lits et le CHU Purpan 88 lits, cela représentait 25% des lits d'hospitalisations à Toulouse.

83 patients étaient hospitalisés sur le CH G.Marchant (dont 71% sur les unités de suite) et 8 sur le CHU Purpan.

Ces hospitalisations de longue durée représentaient alors 30% des hospitalisations totales pour le CH G.Marchant et 9% pour le CHU Purpan.

Le taux de réponse à nos questionnaires était de 100%. Nous avons donc pu recueillir les 91 questionnaires.

## I. La population des patients hospitalisés au long cours

**Tableau 1 : Sexe**

	N= 91	
	No.	%
Sexe		
Femme	29	31.87
Homme	62	68.13

68,13% des patients étaient des hommes et 31,87% étaient des femmes.

**Tableau 2 : Âge**

	N	Moyenne	SD	P25	Médiane	P75	Min	Max
Âge								
	91	45.31	12.25	38.00	45.00	54.00	19.00	72.00

SD : Ecart type

L'âge moyen était de 45,31 ans.

**Tableau 3 : Diagnostic**

	N= 91	
	No.	%
Diagnostic		
Schizophrénie	51	56.04
Trouble schizo-affectif	10	10.99
Trouble délirant persistant	6	6.59
Trouble bipolaire	3	3.30
Trouble de la personnalité	5	5.49
Trouble du spectre de l'Autisme (TSA)	9	9.89
Retard intellectuel	6	6.59
Trouble neurologique	1	1.10

73,62% des patients avaient un trouble psychotique (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant persistant) dont 56,04% de schizophrénie.

16,48% des patients avaient un trouble neurodéveloppemental dont 9,89% de TSA et 6,59% de retard intellectuel (figure 1).

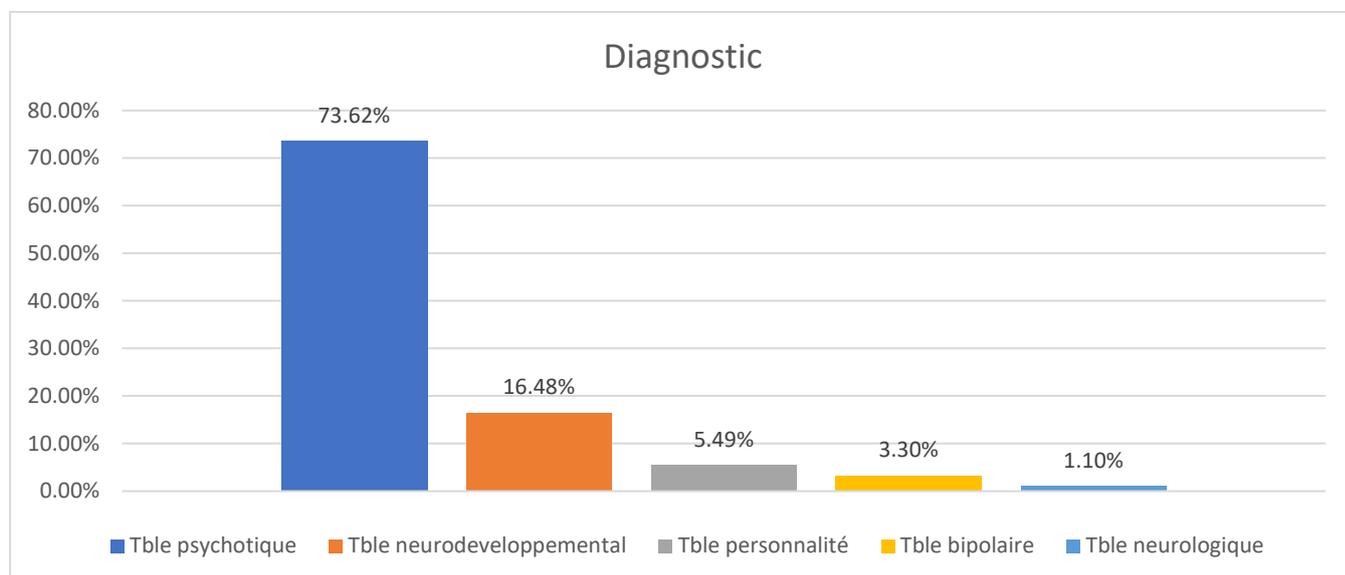


Figure 1 : Diagnostic

**Tableau 4 : Addiction**

	N= 91	
	No.	%
Addiction		
Non	49	53.85
Oui	42	46.15

**Tableau 5 : Sévérité clinique sur l'échelle CGI (Clinical Global Impression)**

	N= 91	
	No.	%
Sévérité clinique (CGI)	N=85	
Légèrement malade	2	2.20
Modérément malade	10	10,99
Manifestement malade	19	20,88
Gravement malade	34	37,36
Parmi les plus malades	20	21,98
Non évaluable	6	6,59

Les patients côtés « non évaluables » présentaient un retard intellectuel ou un TSA et le psychiatre considérait cette question comme non applicable.

**Tableau 6 : Mode d'hospitalisation**

	N= 91	
	No.	%
Mode hospitalisation		
SDRE	7	7.69
SDRE 122.1	15	16.48
SDT	18	19.78
HL	49	53.85
PI	2	2.20

SDRE : Soins sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat

SDRE 122.1 : Soins sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat selon l'article 122.1 sur l'irresponsabilité pénale

SDT : Soins sans consentement à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

PI : Péril Imminent

**Tableau 7 : Protection juridique**

	N= 91	
	No.	%
Protection juridique		
Aucune	10	10.99
Curatelle	30	32.97
Tutelle	45	49.45
En cours	6	6.59

**Tableau 8 : Ressources financières**

	N= 91	
	No.	%
Ressources (plusieurs réponses possibles)		
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	80	87.91
Salaire/Indemnités	1	1.09
Retraite	4	4.39
RSA	4	4.39
Allocation chômage	4	4.39
Prestation sécurité sociale	4	4.39
Revenus divers (patrimoine, famille)	5	5.49
Aucune	1	1.09
AAH en cours	2	2.19

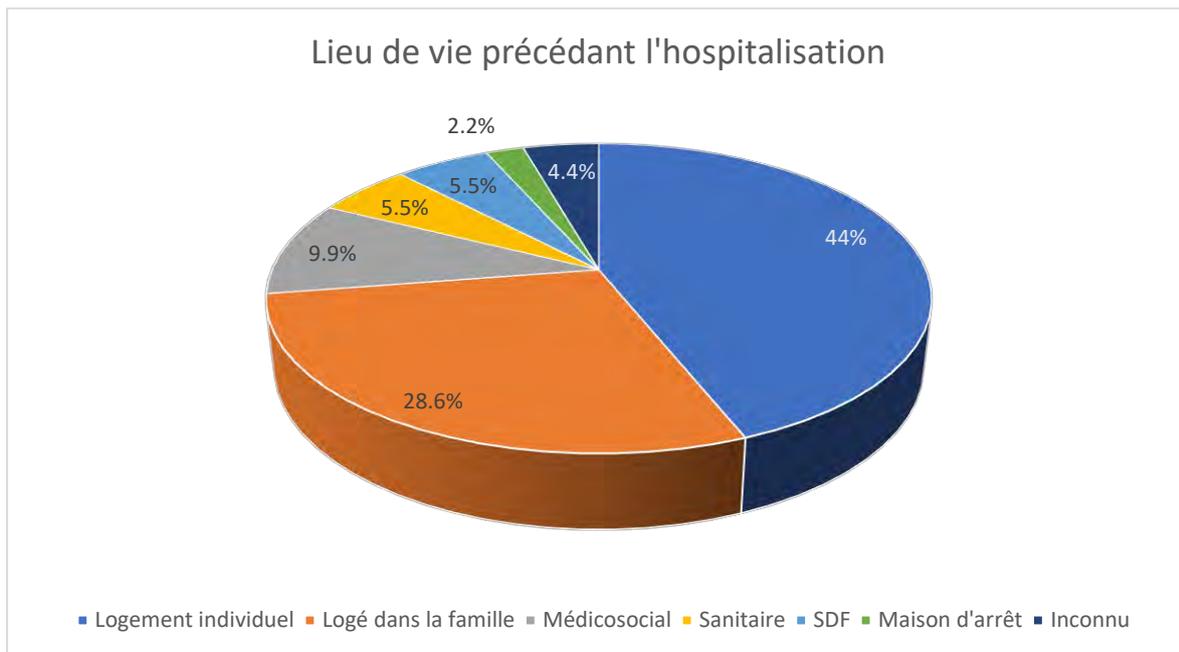
**Tableau 9 : Personnes ressources et fréquence des contacts**

	N= 91	
	No.	%
Personnes ressources		
Aucune	21	23.08
Famille	67	73.63
Amis	3	3.30

	N= 91	
	No.	%
Fréquence des contacts	N=70	
Quotidien	3	4.29
Hebdomadaire	40	57.14
Mensuel	14	20.00
Occasionnel	13	18.57

**Tableau 10 : Lieu de vie précédant l'hospitalisation**

	N= 91	
	No.	%
Lieu de vie		
Logement individuel	40	43.96
Logé dans la famille	26	28.57
Structure médicosociale	9	9.89
Structure sanitaire	5	5.49
SDF	5	5.49
Maison d'arrêt	2	2.20
Inconnu	4	4.40



**Figure 2 : Lieu de vie précédant l'hospitalisation**

Pour 4,4% des patients le lieu de vie précédant l'hospitalisation était inconnu des psychiatres du fait de la très longue durée d'hospitalisation de ces patients.

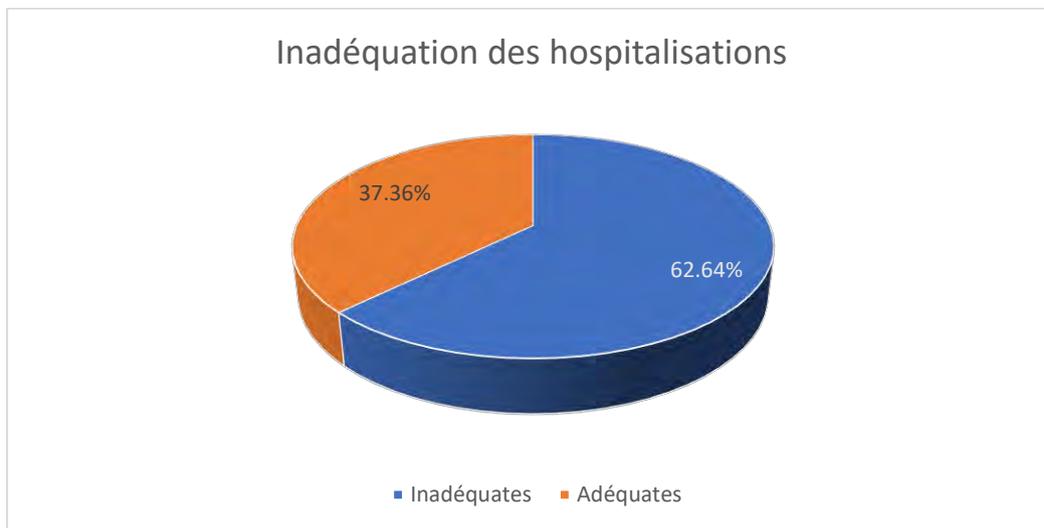


Figure 3 : Inadéquation des hospitalisations

57 patients soit 62,64% étaient hospitalisés de façon « inadéquate » car l'état clinique était compatible avec une prise en charge autre que l'hospitalisation complète en psychiatrie.

34 patients soit 37,36% étaient hospitalisés de façon « adéquate » car nécessitaient un maintien en hospitalisation complète du fait de leur état clinique.

Pour le CH G.Marchant 65% des patients hospitalisés au long cours étaient hospitalisés de façon inadéquate contre 37% pour le CHU Purpan.

**Tableau 11 : Durée totale d'hospitalisation**

	N	Moyenne	SD	P25	Médiane	P75	Min	Max
Durée hospit.	91	1046.96	1171.77	398.00	593.00	1137.00	299.00	6114.00

SD : Ecart type

La durée moyenne d'hospitalisation était de 1046 jours soit environ 2,9 ans.

**Tableau 12 : Nombre de séjours sur la durée totale d'hospitalisation**

Nombre de séjours	N= 91	
	No.	%
1	53	58.24
2	24	26.37
3	6	6.59
4	6	6.59
6	1	1.10
9	1	1.10

Le nombre moyen de séjours sur la durée totale d'hospitalisation était de 1,7.

## II. Les obstacles à la construction d'un projet de sortie

### A. Dans le cas des hospitalisations « adéquates »

**Tableau 13 : Obstacles à la construction d'un projet de sortie**

	N= 34	
	No.	%
Obstacles (plusieurs réponses possibles)	N=34	
Résistance au traitement	25	73.53
Comportements violents	17	50.00
Troubles du comportement	6	17.64
Résistance au traitement due aux toxiques	5	14.71
Inobservance du traitement	2	5.88
Intolérance au traitement	2	5.88
Dangerosité persistante	2	5.88
Problème somatique	2	5.88

Les comportements violents pouvaient être auto ou hétéro-agressifs.

Les troubles du comportement comprenaient les transgressions des règles, les fugues, les insultes et la potomanie.

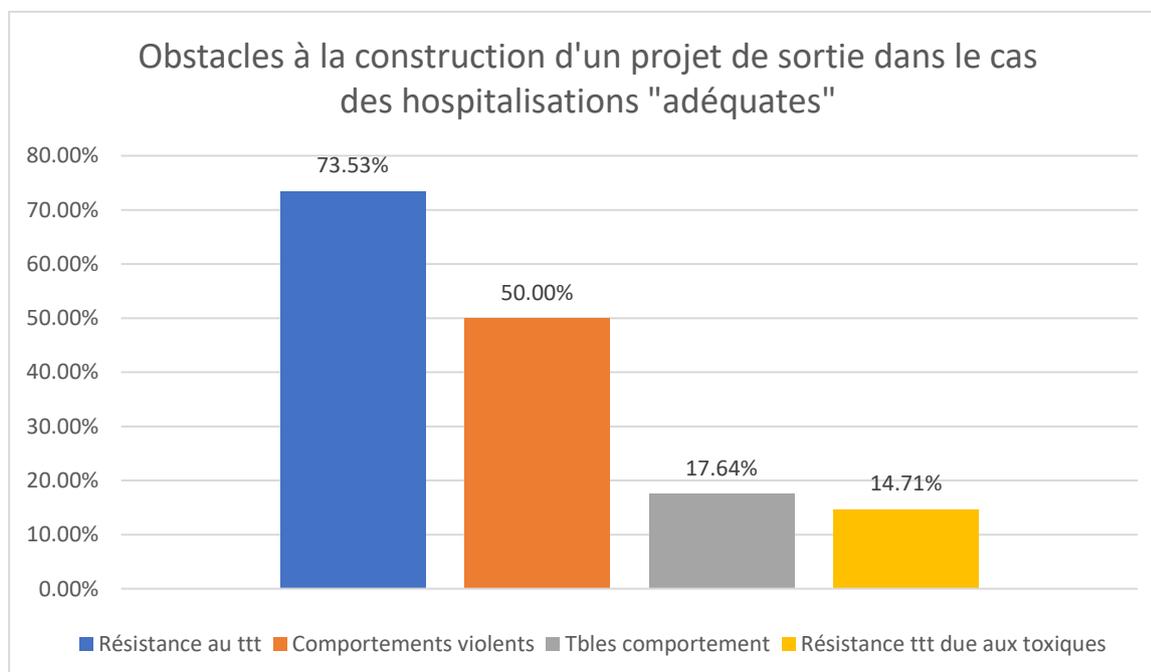


Figure 4 : Obstacles à la construction d'un projet de sortie dans le cas des hospitalisations "adéquates".

## B. Dans le cas des hospitalisations « inadéquates »

**Tableau 14 : Obstacles à la construction d'un projet de sortie**

	N= 57	
	No.	%
Obstacles (plusieurs réponses possibles)	N=57	
Délai d'admission sur la structure	28	52.83
Refus du projet par le patient	13	24.53
Pas de structure adaptée	5	9.44
Refus de la structure d'accueillir le patient	5	9.44
Volonté du patient de vivre en logement autonome	4	7.55
Hospitalisation en SDRE 122.1	3	5.66
Difficulté d'accès au logement autonome	2	3.77
Difficulté dans le logement autonome	2	3.77
Difficultés financières	1	1.89
Délai d'obtention d'une notification MDPH	1	1.89
Suspension d'orientation MDPH	1	1.89
Manque de soutien médicosocial dans la communauté	1	1.89
Manque de lien entre psychiatres	1	1.89
Trouble de la personnalité	1	1.89
Hospitalisation en ASDRE	1	1.89

L'hospitalisation en SDRE 122.1 représentait un obstacle dans le sens où le préfet refusait les sorties de l'hôpital lorsque le patient était non accompagné.

Les difficultés d'accès à un logement autonome étaient liées au délai d'attente pour accéder à un logement social.

Les difficultés dans le logement autonome étaient une incapacité pour le patient de vivre seul ou un refus de la famille de continuer d'héberger le patient.

Le manque de lien entre psychiatres faisait référence au cas d'un patient hospitalisé dans un pavillon ne correspondant pas à son secteur géographique.

Concernant l'obstacle « refus de la structure d'accueillir le patient », il s'agissait de structures médicosociales (3 patients) mais aussi de structures sanitaires (2 patients).

**Tableau 15 : Motif de refus du projet par le patient**

Motif	N=13	
Volonté de vivre en logement autonome	8	61.54
Volonté de rester vivre à l'hôpital	3	23.08
Impossibilité d'obtenir le consentement du patient	2	15.38

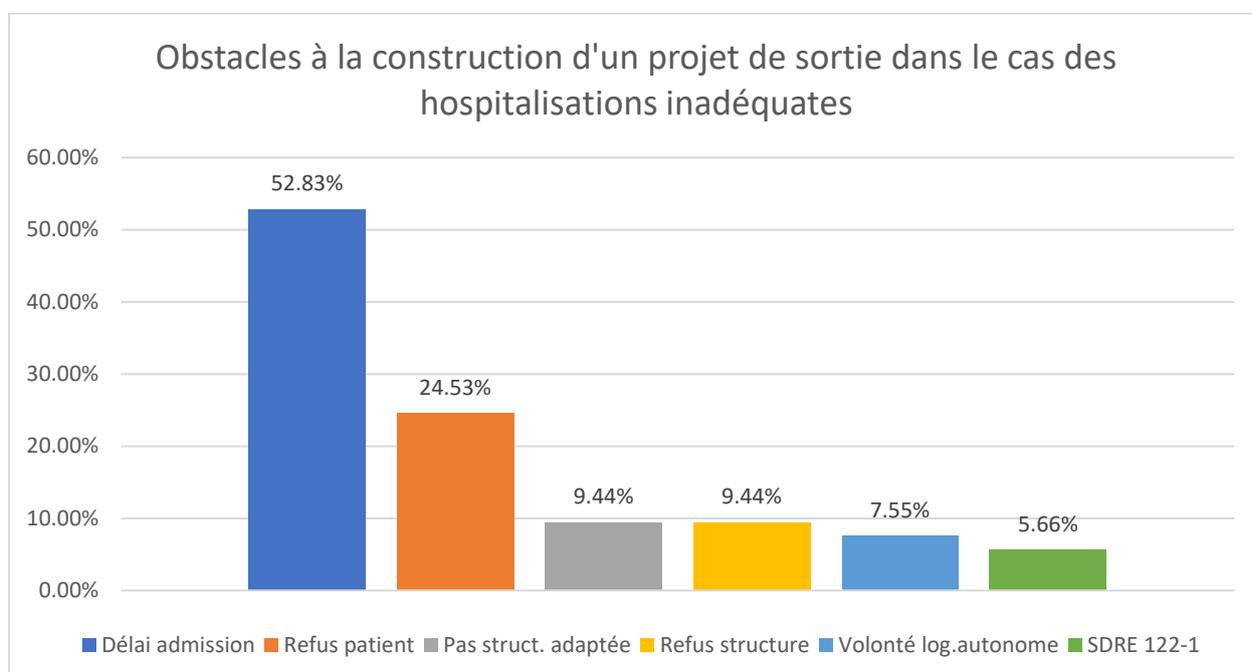


Figure 5 : Obstacles à la construction d'un projet de sortie dans le cas des hospitalisations inadéquates.

D'autres éléments ont été recueillis lors d'échanges informels au cours de la passation du questionnaire.

A été mentionné le problème du faible temps de présence des psychiatres et des assistantes sociales sur les unités de suite du CH G.Marchant. Ces unités étaient aussi parfois décrites comme peu attractives pour certains psychiatres.

De fait, le projet de sortie du patient était révisé moins souvent et la sortie de l'hôpital retardée.

**Tableau 16 : Projet de sortie envisagé**

	N= 57	
	No.	%
Projet de sortie	N=57	
Structure médicosociale	33	57.89
Structure sanitaire	15	26.32
Structure sociale	3	5.26
Logement individuel	2	3.51
Logé dans la famille	2	3.51
Pas de projet	2	3.51

Concernant les deux projets de logement individuel, l'un était sans accompagnement et l'autre avec un accompagnement par une aide-ménagère.

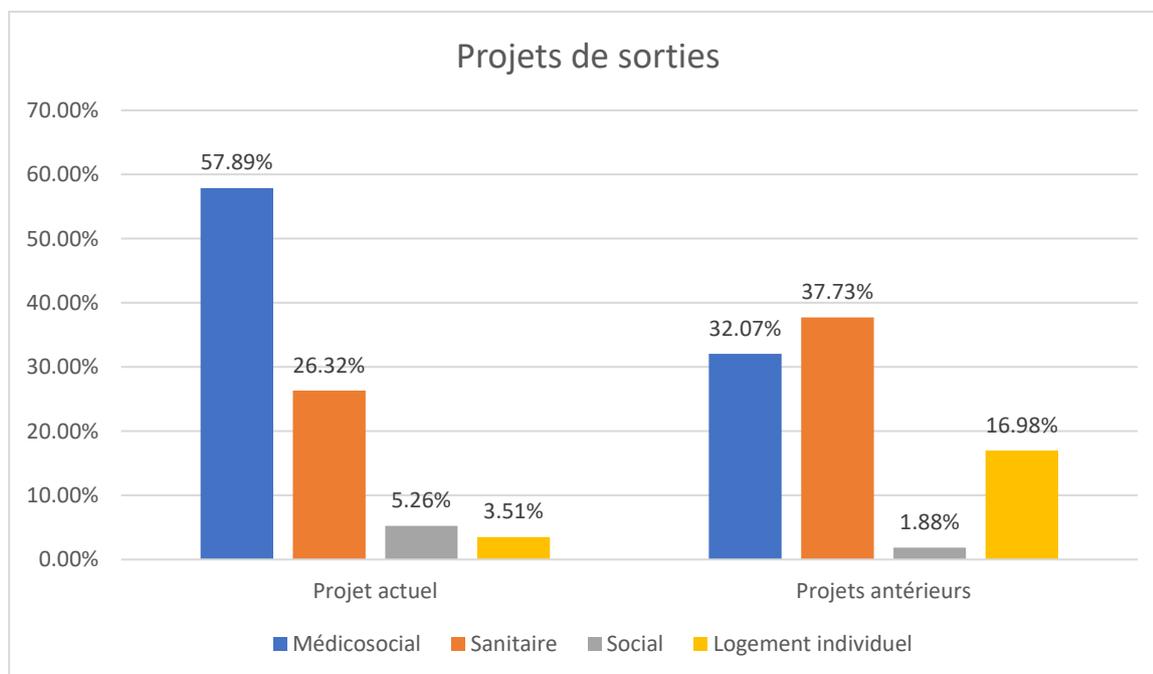
Concernant les deux patients n'ayant pas de projet de sortie, cela était dû pour l'un au mode d'hospitalisation en SDRE (art.122-1) et pour l'autre à l'absence de structure adaptée (le patient se trouvait refusé des MAS du fait de sa maladie de Huntington et se voyait aussi refusé des MAS spécialisées dans la maladie de Huntington car sa maladie n'était pas suffisamment avancée).

**Tableau 17 : Détail des structures**

	No.	%
<b>Structures médicosociales</b>	<b>N=32</b>	
FAM / MAS	15	46.88
Foyer de vie	11	34.38
EPHAD	6	18.75
<b>Structures sanitaires</b>	<b>N=16</b>	
Appartement thérapeutique	6	37.50
Centre de post-cure	4	25.00
Un Chez Soi d'Abord	3	18.75
Accueil Familial Thérapeutique	3	18.75
<b>Structures sociales</b>	<b>N=3</b>	
CHRS	1	33.33
Maison relais	2	66.66

**Tableau 18 : Projets de sortie réalisés au cours des 5 dernières années**

	N= 57	
	No.	%
<b>Projets antérieurs (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>N=57</b>	
Structure sanitaire	20	37.73
Structure médicosociale	17	32.07
Logement individuel	9	16.98
Structure sociale	1	1.88
Aucun	16	30.19



**Figure 6 : Projets de sorties actuels et antérieurs**

**Tableau 19 : Raisons des échecs des projets antérieurs**

	N= 41	
	No.	%
Echecs des projets antérieurs		
Refus de la structure	22	53.65
Difficultés de maintien dans logement autonome	8	19.51
Refus du projet par le patient	7	17.07
Structure pas adaptée au patient	4	9.75
Délai d'admission sur la structure	3	7.31
Refus du projet par le tuteur	2	4.87
Manque de soutien médico-social communauté	2	4.87
Hospitalisation SDRE 122.1	1	2.43

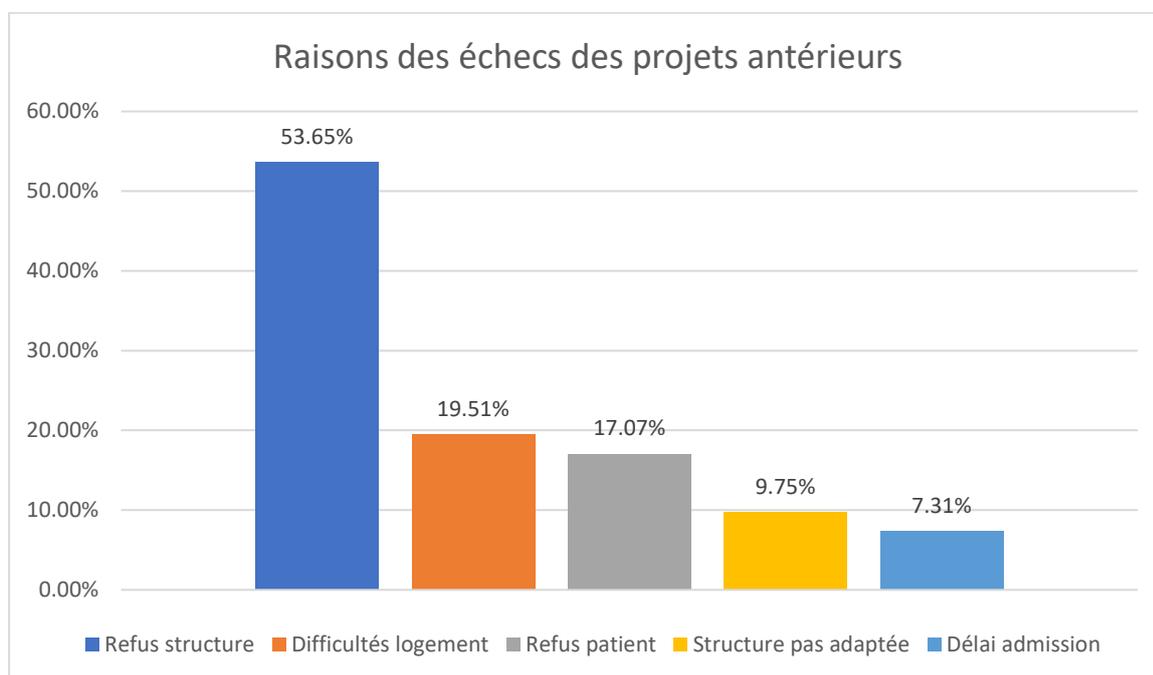


Figure 7 : Raisons des échecs des projets antérieurs

### III. La possibilité d'orienter les patients sur le dispositif HOME

La question « Si le dispositif HOME existait à Toulouse, y adresseriez-vous ce patient dans l'immédiat ? » était posée uniquement dans les cas d'hospitalisations « inadéquates » soit pour 57 patients sur les 91.

De plus, elle s'adressait uniquement aux patients correspondant aux critères d'accès du dispositif HOME, soit 50 patients sur les 57.

**Tableau 20 : Possibilité d'orienter les patients sur le dispositif HOME**

	N= 50	
	No.	%
Orientation sur dispositif HOME	N=50	
Oui	17	34.00
Non	33	66.00

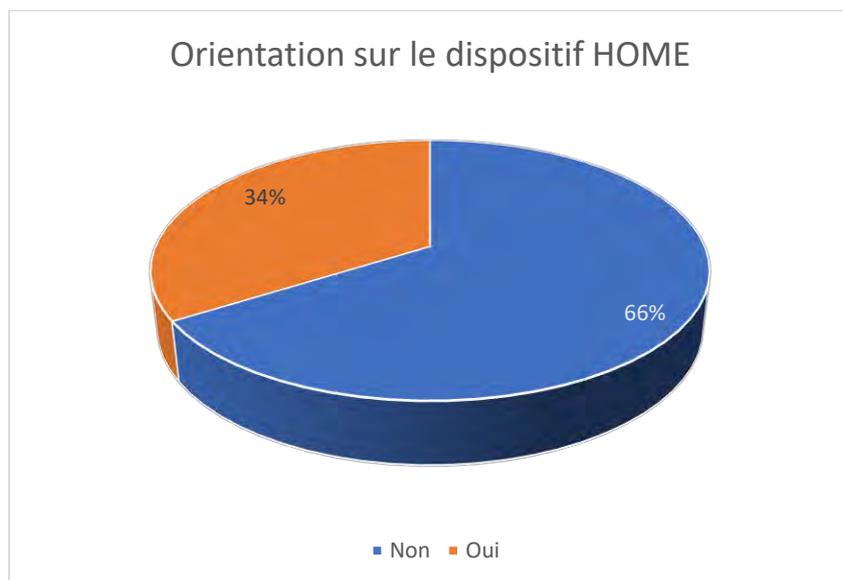


Figure 8 : Orientation sur le dispositif HOME

La principale raison justifiant un « Non » à cette réponse était le fait que le patient ne soit pas suffisamment autonome pour intégrer le dispositif (96,6% des cas).

Pour un patient, la réponse était négative parce que le projet de sortie actuel convenait.

Cependant, la réponse à cette question n'était pas toujours accompagnée de justification (seules 44% des réponses étaient justifiées).

**Tableau 21 : Meilleure acceptabilité du dispositif HOME par le patient**

	N= 50	
	No.	%
Meilleure acceptabilité	N=50	
Oui	25	50.00
Non	25	50.00

Dans 50% des cas, le psychiatre estimait que le dispositif HOME était plus acceptable pour le patient que les dispositifs existants, principalement du fait de la volonté du patient de vivre en logement autonome (76% des cas), du fait que l'accès au logement soit rapide (3 patients concernés), du fait que le logement soit individuel et non pas collectif (1 patient concerné) ou encore du fait que ce dispositif soit plus acceptable narcissiquement pour le patient (1 patient concerné).

Dans 50% des cas, le psychiatre estimait que ce dispositif n'était pas plus acceptable pour le patient que les dispositifs existants, principalement parce que le patient acceptait le projet qui lui était proposé (80% des cas) ou alors parce qu'il n'était pas possible d'obtenir l'adhésion du patient quel que soit le projet proposé (20% des cas).

## **IV. Analyses bivariées**

### **A. Association entre les obstacles à la sortie ou le projet de sortie et le diagnostic**

Nous avons comparé les patients ayant un trouble neurodéveloppemental (TSA, retard intellectuel ou trouble neurologique) avec les autres patients grâce au test du Chi2 et au test de Fisher.

Il y avait plus de patients avec un trouble neurodéveloppemental (88,33%) que de patients avec un autre type de diagnostic (51,11%) chez les patients orientés vers une structure médico-sociale ; la différence étant significative entre les deux groupes de patients ( $p=0,045$ ).

En revanche il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui était d'être orienté vers une structure sanitaire ( $p= 0.696$ ).

Il y avait plus de patients avec un trouble neurodéveloppemental (75%) que de patients avec un autre type de diagnostic (31,71%) chez les patients ayant comme obstacle à la sortie le délai d'admission sur la structure d'accueil ; la différence étant significative entre les deux groupes de patients ( $p=0,007$ ).

En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour ce qui était d'avoir comme obstacle à la sortie le refus du projet ou la volonté du patient de vivre en logement autonome ( $p= 0.134$ ).

### **B. Association entre les obstacles et le projet de sortie actuel**

Il n'y avait pas d'association significative entre un obstacle de type « délai d'admission sur la structure » et un projet de structure sanitaire ( $p= 0.696$ ), ni avec un projet de structure médicosociale ( $p= 0.121$ ).

Il n'y avait pas d'association non plus entre un obstacle de type « refus du projet par le patient » ou « volonté de vivre en logement autonome » et un projet de structure sanitaire ( $p= 0.603$ ), ni de structure médicosociale ( $p= 0.922$ ).

### **C. Association entre les obstacles ou le projet de sortie et le fait d'avoir une réponse positive à la question sur le dispositif HOME**

Le fait d'avoir une réponse positive à la question sur le dispositif HOME n'était pas associé de manière significative au fait d'avoir un obstacle de type « refus du projet par le patient » ou « volonté du patient de vivre en logement autonome » ( $p= 0.07$ ).

La majorité des patients ayant une réponse négative à la question sur le dispositif HOME avait un projet de structure médico-sociale (75,8%), en particulier des FAM et des foyers de vie. Les patients ayant des réponses positives à cette question avaient des projets de sortie très variés.

#### **D. Association entre le fait d'avoir vécu en logement autonome avant l'hospitalisation et les variables projet de sortie, obstacles et possibilité d'orienter le patient sur le dispositif HOME**

Un obstacle de type « refus du projet par le patient » ou « volonté du patient de vivre en logement autonome » était associé de manière significative au fait d'avoir vécu en logement autonome avant l'hospitalisation (40%,  $p=0.045$ ).

En revanche, il n'y avait pas d'association entre le fait d'avoir comme projet de sortie une structure sanitaire ( $p=0.743$ ) ou médicosociale et le fait d'avoir vécu en logement autonome avant l'hospitalisation ( $p=0.640$ ).

Il n'y avait pas d'association non plus entre le fait d'avoir une réponse positive à la question sur le dispositif HOME et le fait d'avoir vécu en logement autonome avant l'hospitalisation ( $p=0.933$ ).

Nous pouvons noter aussi que seulement deux des patients qui vivaient en logement autonome avant leur hospitalisation avaient comme projet de sortie actuel un logement autonome (soit 3%).

22,5% des patients qui vivaient en logement autonome avant leur hospitalisation avaient essayé un projet de logement autonome dans les 5 dernières années.

#### **E. Association entre la durée d'hospitalisation et les variables diagnostic, possibilité d'orienter sur le dispositif HOME, inadéquation de l'hospitalisation et projet de sortie**

Le diagnostic, la possibilité d'orienter le patient sur le dispositif HOME et l'inadéquation de l'hospitalisation n'étaient pas associés de manière significative avec la durée d'hospitalisation ( $p=0.9211$ ,  $p=0.623$  et  $p=0.496$ ).

En revanche, il y avait une association significative entre la durée d'hospitalisation et un projet de structure sanitaire ( $p=0.025$ ) ou un projet de structure médicosociale ( $p=0.004$ ).

## DISCUSSION

---

Cette étude nous a permis d'obtenir des pistes de réponse à nos objectifs qui portaient sur les obstacles à la construction d'un projet de sortie pour les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie publique à Toulouse ainsi que sur la possibilité de les orienter sur le dispositif HOME.

### I. Principaux résultats de l'étude

#### A. La population des patients hospitalisés au long cours

91 patients étaient hospitalisés au long cours en psychiatrie publique à Toulouse au 18 février 2019, ce qui représente 25% des hospitalisations totales. Ce taux est parfaitement identique à celui retrouvé par l'IRDES en France en 2011.

La part des hospitalisations inadéquates était estimée à 62,6% dans notre étude. C'est-à-dire que pour 62,6% des patients, l'hospitalisation complète en psychiatrie ne correspondait pas à la solution la plus adaptée pour le patient.

Ce taux correspond à celui de la MNASM qui se situait entre 60 et 70% en France en 2011.

Dans le contexte actuel où la capacité d'hospitalisation des hôpitaux ne cesse de diminuer, il apparaît évident qu'un tel taux d'hospitalisations inadéquates rend difficile l'hospitalisation des patients nécessitant des soins en aigu.

Néanmoins, le taux d'hospitalisations inadéquates au CH G.Marchant est légèrement en deçà de celui retrouvé dans cet hôpital en 2007 dans l'enquête de l'ARS-DRASS Midi Pyrénées qui était de 72,2 % (mais le seuil utilisé dans cette étude était de 12 mois et non pas de 292 jours).

Les patients de notre étude étaient de sexe masculin pour la plupart (68,1%), d'âge moyen (45,3 ans) et avaient en majorité un diagnostic de schizophrénie (56%), de trouble du spectre de l'autisme (9,9%) ou de retard intellectuel (6,6%).

Ces chiffres sont sensiblement les mêmes que ceux de l'IRDES qui décrivaient 64% d'hommes d'âge moyen (47 ans), 52% de schizophrénie, 9% d'autisme et 11% de retard intellectuel en France en 2014.

Tout comme dans l'étude de l'IRDES, nous pouvons dégager plusieurs profils de patients de notre étude.

Le premier groupe est composé de patients schizophrènes, majoritairement masculins et d'âge moyen représentant plus de la moitié des patients (56,04%).

Le deuxième groupe comprend des patients plus jeunes (âge moyen 33,3 ans) avec un diagnostic d'autisme, de retard intellectuel ou de trouble neurologique, qui sont majoritairement orientés vers une structure médicosociale et qui ont comme principal obstacle à la sortie le délai d'admission sur la structure d'accueil. Ce groupe représente 17,58% des patients.

Nous voyons aussi dans notre étude que pour 23,08% des patients, la famille représentait leurs personnes ressources et que seulement 3,3% des patients avaient des amis.

Ce constat fait écho à l'étude de Chapireau qui montrait que plus l'hospitalisation en psychiatrie

est longue, plus les relations sociales des patients ont tendance à se limiter aux seules relations familiales (9).

Nous pouvons souligner que 23,08% des patients de notre étude n'avaient aucune personne ressource en dehors du personnel soignant.

## **B. Les obstacles à la construction d'un projet de sortie**

Dans le cas des hospitalisations « adéquates », les principaux obstacles étaient la résistance au traitement, la résistance au traitement en rapport avec les consommations de toxiques, les comportements violents et les autres troubles du comportement.

La résistance au traitement en rapport avec les consommations de toxiques soulève le problème de la fréquence de cette comorbidité parmi les troubles psychiatriques et de l'accès aux toxiques au sein des hôpitaux psychiatriques à Toulouse.

Dans le cas des hospitalisations « inadéquates », les principaux obstacles étaient le délai d'admission sur la structure d'accueil, le refus du projet de sortie par le patient, l'absence de structure adaptée au patient et le refus de la structure d'accueillir le patient.

Ces résultats correspondent aux obstacles retrouvés dans les enquêtes de l'ARS Rhône-Alpes et de la DRASS Basse-Normandie.

L'enquête ARS-DRASS Midi-Pyrénées mettait déjà en avant en 2007 le problème du manque de places dans les structures de la Haute-Garonne (95% d'obstacles liés au manque de places), en particulier dans le secteur du médico-social.

En revanche, les analyses bivariées de notre étude montrent que le manque de places ne concerne pas plus particulièrement le secteur médico-social que le secteur sanitaire à Toulouse. 24,53% des patients refusaient le projet de sortie qui leur était proposé dont 61,54% du fait d'une volonté de vivre en logement autonome.

Ceci va dans le sens des études précédemment citées qui retrouvent une plus grande satisfaction des patients dans les logements du type Supported Housing qui proposent un logement indépendant dans la communauté et se basent sur le choix de l'utilisateur.

Aussi, nous percevons ici la difficulté à construire un projet de sortie pour des patients bien souvent dans l'incapacité de reconnaître leurs troubles, tout en étant conforme à leurs attentes et leurs désirs.

## **C. La possibilité d'orienter les patients sur le dispositif HOME**

Notre étude a montré que le dispositif HOME pouvait être intéressant pour 34% des patients en situation d'hospitalisation inadéquate.

Par rapport aux obstacles retrouvés dans notre étude en situation d'hospitalisations inadéquates qui étaient le délai d'admission sur la structure d'accueil, le refus du projet de sortie par le patient, l'absence de structure adaptée au patient et le refus de la structure d'accueillir le patient, il semble que dispositif HOME représente une solution envisageable pour certains patients hospitalisés au long cours.

En effet, il propose un accès rapide dans le logement (< 1 mois) et apparaît être plus acceptable pour certains patients (50%) du fait de leur préférence pour le logement autonome.

Pourtant, nous ne retrouvons pas d'association significative entre le fait d'avoir une réponse positive à la question sur le dispositif HOME et le fait d'avoir un obstacle de type « refus du projet par le patient » ou « volonté du patient de vivre en logement autonome ». Notre échantillon étant plutôt faible (N=50), il est possible que cette association n'apparaisse pas dans

notre étude.

## II. Choix méthodologiques et biais potentiels

Le seuil choisi dans notre étude pour définir une hospitalisation de longue durée était de 292 jours. Or nous pouvons voir que les patients répondant à ce critère ne forment pas un groupe homogène. C'est pourquoi cet indicateur gagnerait à être précisé. Les analyses menées par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) en 2017 sur la distribution de la durée d'hospitalisation en psychiatrie et sur les caractéristiques des patients selon la durée des hospitalisations n'ont pas permis d'identifier un seuil unique mobilisable pour séparer les hospitalisations longues des autres hospitalisations (26).

Par ailleurs, il nous a été difficile d'obtenir la durée d'hospitalisation totale dans le cas des patients ayant eu des séjours discontinus. Pour ces patients, le DIM a choisi de nous fournir la durée d'hospitalisation totale sur la période de février 2018 à février 2019 additionnée à la durée d'hospitalisation du séjour s'étant terminé en 2018. Cette mesure, bien qu'arbitraire, nous semblait être la plus représentative possible.

Les biais potentiels de cette étude étaient des biais déclaratifs. En effet, pour connaître la part des hospitalisations inadéquates, il était demandé aux psychiatres de dire si l'état clinique du patient était compatible avec une prise en charge autre que l'hospitalisation complète.

Tout d'abord, nous savons qu'il est souvent difficile d'apprécier la frontière entre patients stabilisés ou non stabilisés du fait notamment de la fluctuation de l'état clinique dans les maladies mentales.

De plus, la réponse à cette question pouvait varier d'un psychiatre à l'autre, en fonction de la représentation qu'il avait de la place qu'occupe l'hospitalisation dans le soin psychiatrique.

D'ailleurs, l'étude de l'ARS Rhône-Alpes montre que les soignants des établissements qui ont les taux les plus élevés de patients hospitalisés au long cours, considèrent plus souvent qu'ils relèvent encore d'une hospitalisation psychiatrique.

Par ailleurs, aucune recommandation en psychiatrie n'existe pour guider l'orientation des patients sur telle ou telle structure en fonction de leur profil, ce qui nous amène à nous interroger sur les critères qui motivent ces orientations.

Par rapport à cela, l'étude de l'ARS Rhône-Alpes montre que les professionnels orientent surtout vers les types de structures qu'ils connaissent et il est possible que cela se retrouve également dans notre étude.

La réalisation systématique dans les services d'évaluations du niveau d'autonomie des patients pourrait aussi faciliter les orientations. (A noter la création du C2RPS au CH G.Marchant qui vise notamment à généraliser cette pratique).

Enfin, nous pouvons soulever un biais déclaratif éventuel dans la question portant sur les addictions. Le type de produit n'étant pas précisé dans cette question, il est très probable qu'une partie des psychiatres n'aient pas tenu compte de l'addiction au tabac et aient répondu « non » à tort à cette question.

## III. Hypothèses et pistes de réflexion

Nous pouvons voir que le CH G.Marchant était plus touché par la problématique des hospitalisations de longue durée que le CHU Purpan avec 30% d'hospitalisations de longue durée contre 9% au CHU Purpan. Il en était de même pour les hospitalisations inadéquates où la part était plus élevée au CH G.Marchant (65%) qu'au CHU Purpan (37%).

Une des hypothèses serait que plus l'offre de lits en hospitalisation temps plein sur un territoire est importante, plus le recours à l'hospitalisation au long cours est élevé comme le constate Coldefy dans l'étude de l'IRDES (15).

D'autre part, il est probable que la population de patients ne soit pas comparable sur les deux établissements du fait de la différence des territoires géographiques mais aussi de l'organisation de ces deux établissements (seules deux unités sur quatre sont sectorisées au CHU Purpan).

Notre étude, tout comme l'étude de l'IRDES retrouvait une prévalence de la schizophrénie de 56% chez les patients hospitalisés au long cours. Ce constat interpelle d'autant que cette prévalence est nettement supérieure à la prévalence de ce diagnostic parmi l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie qui n'est que de 22%.

L'étude de l'IRDES rapporte que la psychose masculine est source d'hospitalisation prolongée, vraisemblablement du fait de la fréquence des troubles du comportement qui y sont associés, troubles toujours difficilement acceptables dans les établissements autres que psychiatriques, qu'ils soient du champ sanitaire ou médicosocial.

En effet, les comportements violents et autres troubles du comportement concernaient 67,64% des patients en situation d'hospitalisation « adéquate » dans notre étude. Nous avons vu précédemment que les études étrangères retrouvaient des chiffres bien inférieurs aux chiffres français pour ce type de patients (10-15% contre 25%). Ce constat suggère qu'il serait possible d'en faire évoluer une partie vers des réponses médicosociales notamment avec des approches de réhabilitation portant sur le contrôle de l'impulsivité et de l'agressivité.

Par ailleurs, nous pouvons nous interroger sur les raisons pour lesquelles l'hôpital psychiatrique a, dans la représentation collective, vocation à accueillir les comportements violents.

Nous avons été interpellés par le nombre important de patients orientés en structure médicosociale ainsi que par le faible nombre de patients orientés en logement autonome.

En réalité, seuls 9,89% des patients vivaient en structure médicosociale avant d'être hospitalisés alors qu'ils étaient 57,89% à y être orientés à la sortie.

De même, 72,53% des patients vivaient en logement autonome avant d'être hospitalisés (seuls ou hébergés par la famille) et seulement 3,51% avaient un projet de logement autonome à la sortie (soit 2 patients seulement).

C'est-à-dire que seulement 3% des patients qui vivaient en logement autonome avant d'être hospitalisés avaient le projet de retourner vivre dans un logement autonome après leur hospitalisation.

Nous rappelons que Chapireau dans son étude de 2004 indiquait que le fait d'avoir vécu en domicile ordinaire avant l'hospitalisation ne conduisait qu'une fois sur deux à retourner vivre dans un logement indépendant deux ans plus tard (9).

Nous savons aussi que l'hospitalisation prolongée entraîne des effets iatrogènes de désinsertion sociale qui rendent difficile le retour dans la communauté.

Toutefois, plusieurs questionnements émanent de ce constat :

Les patients vivant en logement autonome avant d'être hospitalisés étaient-ils déjà en grande difficulté pour maintenir leur logement ou ont-ils perdu de leur autonomie au cours de l'hospitalisation ?

Dans le cas où ils auraient perdu de l'autonomie pendant l'hospitalisation, nécessitent-ils réellement une structure médicosociale ou y sont-ils adressés par défaut de structure alternative proposant un étayage suffisant ?

Par ailleurs, 16,98% des patients ont fait l'essai d'un logement autonome au cours des 5 dernières années mais pour 19,51% d'entre eux le projet a échoué du fait de difficultés de

maintien dans le logement. Il est possible alors que suite à ces échecs le logement autonome ne soit plus envisagé pour le patient (seulement 3,51% de projet actuel de logement autonome). La question est de savoir si ces échecs sont liés à une incapacité réelle du patient à maintenir un logement autonome, à une utilisation insuffisante des dispositifs existant (SAVS, SAMSAH...) ou si ces échecs témoignent d'un manque de dispositifs de soutien intensif au domicile dans l'agglomération toulousaine.

Enfin, nous remarquons qu'un grand nombre de patients (53,65%) ont été refusés de la structure d'accueil au cours des 5 dernières années. Il s'agit souvent de patients ayant présenté un état de crise durant leur séjour dans la structure d'accueil. Le soutien de la psychiatrie pourrait être dans ce cas, son engagement à reprendre le patient le temps de la crise. De plus, dans le cas où le refus serait lié à une réticence des structures médicosociales, nous pourrions imaginer qu'une meilleure communication entre les structures sanitaires et médico-sociales ainsi que des formations au personnel des structures médicosociales sur le handicap psychique puissent limiter ces refus.

## CONCLUSION

Cette étude nous a permis tout d'abord de quantifier les hospitalisations de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques publics de Toulouse et d'en caractériser la population.

La population de patients hospitalisés au long cours en psychiatrie, selon la définition que nous avons utilisée est hétérogène en termes de caractéristiques socio-démographiques, de diagnostic, de parcours de soin et d'orientation possible. Néanmoins, un profil majoritaire s'en dégage, constitué d'hommes, d'âge moyen et ayant un diagnostic de schizophrénie.

Nous avons pu également mieux identifier les obstacles à la construction d'un projet de sortie pour les patients hospitalisés au long cours.

Les obstacles identifiés étaient multiples, ce qui témoigne de la complexité des situations rencontrées dans la problématique des hospitalisations de longue durée.

Nous avons pu voir que ces obstacles ne se limitaient pas à des arguments cliniques et qu'ils étaient souvent liés à l'organisation des soins ainsi qu'au refus du projet par le patient.

De plus, de nombreux patients montraient une préférence pour le logement autonome mais peu d'entre eux y étaient orientés.

Le dispositif HOME, basé sur le modèle Housing First, proposerait au patient l'accès rapide à un logement autonome de son choix couplé à un soutien intensif au domicile.

Il paraît adapté pour une partie des patients hospitalisés au long cours de façon inadéquate (34%) et semble alors représenter une solution intéressante dans la problématique des hospitalisations de longue durée en psychiatrie publique à Toulouse.

D'autres perspectives de solutions nous paraissent intéressantes telles qu'une meilleure articulation entre les secteurs du sanitaire et du médicosocial, une densité suffisante de personnel médical dans les services permettant une révision plus systématique des projets de sortie ou encore le développement des approches de réhabilitation psycho-sociale pour prévenir la chronicité des patients.

Enfin, des recherches ultérieures pourraient permettre de répondre aux questions suivantes :

Par quel processus arrive-t-on à un tel décalage entre le nombre de personnes vivant dans la communauté avant d'être hospitalisées et le faible nombre de personnes réorientées vers la communauté à la sortie ?

Comment élaborer des recommandations fiables sur les modalités d'orientation des patients sur les différentes structures ?

Dans tous les cas, il nous semble que la question des patients hospitalisés au long cours est un enjeu majeur de santé publique et qu'elle devrait faire l'objet d'une authentique réflexion de la part de la communauté psychiatrique pour offrir à chaque patient un véritable projet de rétablissement.

*Vu le président du jury =  
le 19/08/19*



Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

21.08.2019

# ANNEXE 1 : Le questionnaire

---

1. Quel est l'âge et le sexe du patient ?

2. Quel est le diagnostic principal du patient ?

- Schizophrénie
- Trouble schizo-affectif
- Trouble délirant persistant
- Trouble bipolaire
- Trouble de la personnalité
- Trouble du spectre de l'autisme
- Handicap intellectuel
- Autre : .....

3. Existe-t-il un diagnostic associé de trouble de l'usage d'une substance ?  Oui  Non

4. Quelle est la gravité de l'état clinique du patient sur l'échelle CGI ?

- 0. Non évaluée
- 1. Normal, pas du tout malade
- 2. A la limite
- 3. Légèrement malade
- 4. Modérément malade
- 5. Manifestement malade
- 6. Gravement malade
- 7. Parmi les patients les plus malades

5. Mode d'hospitalisation actuel :  SDRE

- SDRE 122.1
- SDT
- HL
- PI

6. Protection juridique :  Sauvegarde de justice

- Curatelle
- Tutelle
- Aucune
- En cours

7. Ressources du patient :  AAH

- Salaire / Indemnités journalières
- Retraite
- RSA
- Allocation chômage
- Prestations de sécurité sociale / Pension invalidité
- Revenus divers (aide de la famille, patrimoine, rente...)
- Aucune
- En cours

8. Y a-t-il des personnes ressources pour le patient :  Famille  Amis  Aucune

Quelle est la fréquence des contacts ?  quotidien  hebdomadaire  mensuel  occasionnel

9. Où vivait le patient avant cette hospitalisation ?

- Logement individuel  Logement thérapeutique  Structure médico-sociale  Structure sociale
- Hébergé par la famille/entourage  SDF  Autre : .....

10. La personne présente-elle des difficultés à maintenir un logement autonome ? (perte du logement, logement insalubre ou dégradé, incapacité à y vivre seul, hébergé chez entourage/famille refusant de maintenir cette situation)

- Oui  Non  Ne sait pas

11. L'état clinique du patient est compatible avec une prise en charge autre qu'une hospitalisation complète :  Oui  Non

→ Si non : pour quel(s) motif(s) le patient demeure hospitalisé ?

- Comportements violents
- Résistance au traitement
- Résistance au traitement en rapport avec des consommations de toxiques
- Problème somatique
- Autre : .....

(Le questionnaire s'arrête ici)

→ Si oui :

12. Quel est le projet de sortie envisagé pour ce patient ?

- Logement individuel de droit commun :

- Avec accompagnement à domicile :
  - Aide-ménagère / auxiliaire de vie
  - VAD du CMP
  - SAMSAH
  - SAVS
  - IDE libéraux
- Sans accompagnement

- Structure sanitaire :
  - Appartement thérapeutique / Appartement communautaire
  - Centre de postcure
  - Unité de domiciliation de Marchant
  - Un chez soi d'abord
  - Accueil familial thérapeutique
- Structure médico-sociale :
  - Foyer d'accueil Médicalisé (FAM) / Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
  - Foyer de Vie ou foyer occupationnel
  - EHPAD
  - Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
- Structure sociale :
  - CHRS
  - Maison relais / Résidence accueil / Pension de famille
- Autre : .....
- Pas de projet.

13. Quels sont les obstacles à la sortie du patient ?

- Délai d'admission sur la structure
- Pas de structure adaptée au patient
- Refus de la structure d'accueillir le patient
- Refus du projet par le patient. Motif : .....
- Difficultés liées au logement du patient (perte du logement, logement insalubre ou dégradé, incapacité à y vivre seul, hébergé chez entourage/famille refusant de maintenir cette situation)
- Difficulté d'accès à un logement autonome
- Volonté du patient de vivre en logement autonome
- Manque de soutien médico-social dans la communauté
- Patient en difficultés financières
- Patient en situation irrégulière
- Délai d'obtention d'une notification MDPH
- Patient en soins psychiatriques sur décision de l'irresponsabilité pénale (article 122.1)
- Autre : .....

14. Quels ont été les projets de sortie antérieurs sur les 5 dernières années ?

- Logement individuel
- Structure sanitaire
- Structure médico-sociale
- Structure sociale
- Autre : .....
- Pas de projet antérieur

15. S'il y a eu des projets antérieurs quelles ont été les raisons des échecs ?

- Refus de la structure d'accueillir le patient
- Refus du projet par le patient
- Structure pas adaptée aux besoins du patient. Détaillez .....
- Manque de soutien médico-social dans la communauté
- Difficultés de maintien dans un logement autonome (perte du logement, logement insalubre ou dégradé, incapacité à y vivre seul, hébergé chez entourage/famille refusant de maintenir cette situation)
- Autre : .....

16. Le dispositif HOME repose sur le modèle de logement thérapeutique « Housing First » (tout comme « Un chez soi d'abord »), adapté à une population de patients non SDF mais hospitalisés en psychiatrie. Il s'adresse à des patients dont la pathologie psychiatrique est sévère et entraîne des difficultés pour maintenir un logement autonome. Ce dispositif propose l'accès rapide à un logement autonome (< 1 mois) associé à un accompagnement intensif au domicile par une équipe pluridisciplinaire à raison d'une VAD au minimum par semaine (jusqu'à 1 / jour dans les situations de crise), disponible H24 7j/7 avec un ratio soignant/soigné de 1/10.

Il n'y a pas d'obligation d'abstinence ni de participation à des activités et pas d'équipe soignante basée dans le logement.

Si le dispositif HOME existait à Toulouse, y adresseriez-vous ce patient dans l'immédiat ?

- Oui. Pourquoi ? .....
- Non. Pourquoi ? .....

17. Pensez-vous que le dispositif HOME peut être plus acceptable pour ce patient que les dispositifs existants ?

- Oui. Pourquoi ? .....
- Non. Pourquoi ? .....

## ANNEXE 2 : Tableaux des analyses bivariées

### A. Association entre les obstacles à la sortie ou le projet de sortie et le diagnostic

diagnostic neurodev	projet medicosoc		Total
	Non	Oui	
Non	22 48.89	23 51.11	45 100.00
Oui	2 16.67	10 83.33	12 100.00
Total	24 42.11	33 57.89	57 100.00

Test Chi2 p= 0.045

diagnostic neurodev	projet sanitaire		Total
	Non	Oui	
Non	32 71.11	13 28.89	45 100.00
Oui	10 83.33	2 16.67	12 100.00
Total	42 73.68	15 26.32	57 100.00

Test Fisher p= 0.325

diagnostic neurodev	obstacle « délai structure »		Total
	Non	Oui	
Non	28 68.29	13 31.71	41 100.00
Oui	3 25.00	9 75.00	12 100.00
Total	31 58.49	22 41.51	53 100.00

Test du Chi2 p=0,007

diagnostic neurodev	obstacle « refus patient »		Total
	Non	Oui	
Non	29 70.73	12 29.27	41 100.00
Oui	11 91.67	1 8.33	12 100.00
Total	40 75.47	13 24.53	53 100.00

Test de Fisher p=0,134

## B. Association entre les obstacles et le projet de sortie actuel

Obstacle délai stru	projet sanitaire		Total
	Non	Oui	
Non	24 77.42	7 22.58	31 100.00
Oui	16 72.73	6 27.27	22 100.00
Total	40 75.47	13 24.53	53 100.00

Test Chi2 p= 0.696

obstacle_ délai struc	projet medicosoc		Total
	Non	Oui	
Non	15 48.39	16 51.61	31 100.00
Oui	6 27.27	16 72.73	22 100.00
Total	21 39.62	32 60.38	53 100.00

Test Chi2 p= 0.121

Obstacle refus patient	projet sanitaire		Total
	Non	Oui	
Non	30 75.00	10 25.00	40 100.00
Oui	10 76.92	3 23.08	13 100.00
Total	40 75.47	13 24.53	53 100.00

Test Fisher p= 0.603

obstacle_ refus patient	projet médicosoc		Total
	Non	Oui	
Non	16 40.00	24 60.00	40 100.00
Oui	5 38.46	8 61.54	13 100.00
Total	21 39.62	32 60.38	53 100.00

Test Chi2 p= 0.922

## C. Association entre les obstacles et le fait d'avoir une réponse positive à la question sur le dispositif HOME

Dispositif HOME	obstacle « délai structure »		Total
	Non	Oui	
Non	15 46.88	17 53.13	32 100.00
Oui	13 81.25	3 18.75	16 100.00
Total	28 58.33	20 41.67	48 100.00

Test Chi2 p= 0.023

Dispositif HOME	obstacle « refus patient »		Total
	Non	Oui	
Non	26 81.25	6 18.75	32 100.00
Oui	9 56.25	7 43.75	16 100.00
Total	35 72.92	13 27.08	48 100.00

Test Fisher p= 0.07

#### D. Association entre le fait d'avoir vécu en logement autonome avant l'hospitalisation et les variables projet de sortie, obstacles et possibilité d'orienter le patient sur le dispositif HOME

Logement individuel	obstacle « refus patient »		Total
	Non	Oui	
Non	28 84.85	5 15.15	33 100.00
Oui	12 60.00	8 40.00	20 100.00
Total	40 75.47	13 24.53	53 100.00

Test de Fisher p=0.045

Logement individuel	projet sanitaire		Total
	Non	Oui	
Non	26 72.22	10 27.78	36 100.00
Oui	16 76.19	5 23.81	21 100.00
Total	42 73.68	15 26.32	57 100.00

Test Chi2 p=0.743

Logement individuel	proje médicosoc		Total
	Non	Oui	
Non	16 44.44	20 55.56	36 100.00
Oui	8 38.10	13 61.90	21 100.00
Total	24 42.11	33 57.89	57 100.00

Test Chi2 p= 0.640

Logement individuel	Dispositif HOME		Total
	Non	Oui	
Non	19 65.52	10 34.48	29 100.00
Oui	14 66.67	7 33.33	21 100.00
Total	33 66.00	17 34.00	50 100.00

Test Chi2 p=0.933

		obstacle « refus patient »		
Logement individuel		Non	Oui	Total
Non		28	5	33
		84.85	15.15	100.00
Oui		12	8	20
		60.00	40.00	100.00
Total		40	13	53
		75.47	24.53	100.00

Test de Fisher p=0.045

E. Association entre la durée d'hospitalisation et les variables suivantes : le diagnostic, la possibilité d'orienter sur le dispositif HOME, l'inadéquation de l'hospitalisation et le projet de sortie

Test Mann Whitney

	N	Mean	SD	P25	Median	P75	Min	Max
Tble neurodév.								
Non	75	1055.73	1180.78	393.00	593.00	1191.00	299.00	6114.00
Oui	16	1005.81	1165.22	413.50	594.50	892.50	365.00	4452.00

P=0.9211 → pas d'association

	N	Mean	SD	P25	Median	P75	Min	Max
Home								
Non	33	1098.55	1118.75	462.00	669.00	1097.00	353.00	5267.00
Oui	17	826.24	536.84	500.00	582.00	1273.00	304.00	2168.00

P=0.623 → pas d'association

	N	Mean	SD	P25	Median	P75	Min	Max
Inadéquation								
Non	34	1112.71	1392.68	378.00	573.00	1137.00	300.00	6114.00
Oui	57	1007.74	1029.33	462.00	611.00	1097.00	299.00	5267.00

P=0.496 → pas d'association

	N	Mean	SD	P25	Median	P75	Min	Max
Projet sanitaire								
Non	42	1085.29	1045.28	485.00	686.50	1328.00	353.00	5267.00
Oui	15	790.60	984.78	353.00	500.00	611.00	299.00	4109.00

P= 0.025 → association

	N	Mean	SD	P25	Median	P75	Min	Max
Projet medsoc								
Non	24	699.21	782.15	356.50	514.50	639.00	299.00	4109.00
Oui	33	1232.12	1136.29	485.00	953.00	1486.00	365.00	5267.00

P=0.004 → association

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Hardy-Baylé M-C. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. 2015;
2. Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionnalisation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2009;167(6):455-8.
3. Bastien D. Les inadéquations d'hospitalisation au long cours en psychiatrie : stratégie d'établissement et actions institutionnelles autour de l'exemple de l'EPSM Montperrin. 2007;83.
4. MNASM Guide pour une démarche de conduite du changement. 2011;
5. LOPEZ A. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques. 2017.
6. Migaud M. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005-2010). 2011.
7. Capdevielle D, Boulenger J-P, Villebrun D, Ritchie K. Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : implication des systèmes de soin et conséquences médicoéconomiques. *L'Encéphale.* sept 2009;35(4):394-9.
8. Borge L, Martinsen EW, Ruud T, Watne Ø, Friis S. Quality of Life, Loneliness, and Social Contact Among Long-Term Psychiatric Patients. *Psychiatr Serv.* 1 janv 1999;50(1):81-4.
9. Chapireau. Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique. 2004;8.
10. Capdevielle D, Ritchie K, Villebrun D, Boulenger J-P. Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : facteurs cliniques de variations et leurs conséquences. *L'Encéphale.* févr 2009;35(1):90-6.
11. Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *J Health Soc Behav.* mars 2000;41(1):68.
12. Kunitoh N. From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1 sept 2013;67(6):384-96.
13. Fisher WH, Barreira PJ, Geller JL, White AW, Lincoln AK, Sudders M. Long-Stay Patients in State Psychiatric Hospitals at the End of the 20th Century. *Psychiatr Serv.* août 2001;52(8):1051-6.
14. Lafond J. Réduire les hospitalisations au long cours en psychiatrie par l'accès et le maintien au logement des personnes vivant avec un handicap psychique, sous-tendu par un trouble schizophrénique.

15. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. 2014;8.
16. Plancke L, Amariei A. [Long-term psychiatric hospitalizations]. Rev Epidemiol Sante Publique. févr 2017;65(1):9-16.
17. Joubert F. HOSPITALISATIONS AU LONG COURS EN PSYCHIATRIE ETUDE DE L'HETEROGENEITE DES PRATIQUES ENTRE ETABLISSEMENTS A PARTIR DE L'ANALYSE DE DONNEES MEDICO-ADMINISTRATIVES ET D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS. 2015;147.
18. Ynesta DS, Danguin MA-S. Les hospitalisations psychiatriques au long cours en Rhône-Alpes. :154.
19. Barreyre J-Y, Makdessi-Raynaud Y, Peintre C. Délégation régionale ANCREAI Île-de-France – CEDIAS. :188.
20. DESNE S. MISP - IRS DRASS Midi-Pyrénées. :150.
21. Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. Psychiatr Serv Wash DC. avr 2009;60(4):473-82.
22. Gigantesco A, de Girolamo G, Santone G, Miglio R, Picardi A, PROGRES-Acute group. Long-stay in short-stay inpatient facilities: risk factors and barriers to discharge. BMC Public Health. 22 août 2009;9:306.
23. Godelle A, Neelz S. ETUDE COMMANDITEE PAR LA DRASS ET L'ARH. 2007;105.
24. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. Am J Public Health. avr 2004;94(4):651-6.
25. Gesmond T. Le programme expérimental « UN CHEZ-SOI D'ABORD », volet qualitatif de recherche. 2016.
26. Notice RME PSY. Restitution « Hospitalisations longues en Psychiatrie ». 2017.

AUTEUR : Nina POEY

TITRE : Les hospitalisations de longue durée en psychiatrie – Etude des obstacles à la construction d'un projet de sortie et de la possibilité d'orientation sur le dispositif HOME pour les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie publique à Toulouse.

DIRECTEUR DE THESE : Julien BILLARD

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 27 septembre 2019

---

Résumé en français

**Introduction :** L'objectif de cette étude est d'identifier les obstacles à la construction d'un projet de sortie et d'évaluer la possibilité d'orientation sur le dispositif HOME pour les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie à Toulouse.

**Méthodes :** Questionnaires hétéro-administrés aux psychiatres des patients inclus.

**Résultats :** Les principaux obstacles étaient la résistance au traitement et les comportements violents dans le cas des hospitalisations adéquates ; le délai d'admission sur la structure, le refus du projet par le patient et l'absence de structure adaptée dans le cas des hospitalisations inadéquates. L'orientation sur le dispositif HOME était possible pour 34% des patients en situation d'hospitalisation inadéquate.

**Conclusion :** Les obstacles à la construction d'un projet de sortie sont multiples et ne se limitent pas à des arguments cliniques. Le dispositif HOME semble représenter une solution intéressante pour certains patients hospitalisés au long cours à Toulouse.

---

Titre et résumé en anglais

Long term hospitalisations in psychiatry : Barriers to discharge from the hospital and possibility of using HOME project for long-term inpatients in public psychiatry in Toulouse.

**Introduction :** The goal of this study is to identify the barriers to discharge from the hospital and the possibility of using HOME project for long-term inpatients in public psychiatry in Toulouse.

**Methods :** Hetero-administered questionnaires to the psychiatrists of the patients enrolled.

**Results :** The main barriers were treatment resistance and violent behaviours in case of appropriate hospitalisations ; admission delays, patient rejection of the project and lack of suitable structures in case of inappropriate hospitalisations. The use of HOME project was possible for 34% of patients in inappropriate hospitalisation situation.

**Conclusion :** Barriers to discharge are multiples and are not confined to clinical conditions. HOME project seems to be an interesting solution for some long-term inpatients in Toulouse.

---

Mots-Clés : longues hospitalisations, psychiatrie, obstacles, projet de sortie, dispositif HOME

---

Discipline administrative : PSYCHIATRIE

---

Faculté de Médecine Toulouse-Purpan - 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse