

Est-il encore pertinent de fermer nos unités?

**ETUDE OBSERVATIONNELLE RETROSPECTIVE
MULTICENTRIQUE
SUR L'APPARITION D'EVENEMENTS
INDESIRABLES ENTRE
SERVICES D'ADMISSION PPO VERSUS PPF**

FERREPSY, 21/03/18

Dr Corentin Cambonie

Dr Etienne Very

JE CROIS QUE
C'EST CETTE
PERFUSION
QUI ME REND
MALADE...



PLAN

- Notions préalables
- Éléments de la littérature
 - Aspects législatifs en France
 - Epidémiologie
 - Indications
 - Etat de la recherche
 - Expériences d'ouverture
- Etude observationnelle rétrospective

Préalables

- Unité fermée (UF) ?
- Dans les services d'admission psychiatrique
- **Hétérogénéité** des organisations de soins intra et inter-hospitalières
- Inscription dans un contexte historique et politique : retour aux portes fermées?^{1 et 2}

1. Alezrah, Charles, and Jean-Marie Bobillo. "Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ?" *Information psychiatrique* 80, no. 7 (2004): 571–78.

2. Bantman, Patrick. "La Liberté d'aller et venir en psychiatrie. Entre l'exigence de la loi, l'éthique et la réalité des pratiques. Cinq ans après la conférence de consensus, ou en sommes-nous ?" *L'information psychiatrique* me 86, no. 4 (November 15, 2012): 293–97

Eléments de la littérature

Loi et recommandations

- Code de Santé Publique (L.3211)
 - Un patient en HL «dispose des **mêmes droits** [...] que ceux des patients soignés pour une autre cause »;
 - « les restrictions **adaptées, nécessaires et proportionnées**»
- *Circulaire Veil (1993):*
 - HL: « *en aucun cas, installés dans des services fermés à clé ni [...]* chambres verrouillées »
 - Hospitalisation Sans Consentement: « *le placement en UF doit répondre à une indication médicale*»
- HAS (RBP, 12/2014): **prévention individuelle**

1. Eric Péchillon, Carol Jonas. "Liberté D'aller et Venir: Que Dit Le Droit?" Santé Mentale, juin 2015

2. Veil S. Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993

3. HAS. "Liberté D'aller et Venir Dans Les Établissements Sanitaires et Médico-Sociaux, et Obligation de Soins et de Sécurité." RBP,12/14

L' ASPDT implique-t-elle l'UF ?

- ASPDT → « surveillance médicale constante » → UF?



crainte croissante de judiciarisation¹

- Jurisprudence (D. Reyboz²): faute retenue sur le **défait de surveillance**, pas sur les moyens (UF)
- A l'inverse, responsabilité potentiellement engagée en cas d'usage disproportionné de la contrainte médicale³

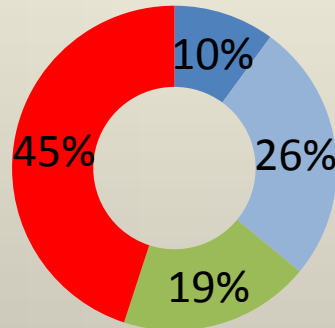
1. HAS. "Liberté D'aller et Venir Dans Les Établissements Sanitaires et Médico-Sociaux, et Obligation de Soins et de Sécurité." *Recommandation de bonne pratique*, décembre 2004.

2. Reyboz David, and Jean-Pierre Garret. 2012. *Point de vue de patients sur l'ouverture et la fermeture à clé des portes des services d'hospitalisation psychiatriques*. France.

3. Eric Péchillon, Carol Jonas. "Liberté D'aller et Venir: Que Dit Le Droit?" *Santé Mentale*, juin 2015.

Epidémiologie

Recueil étude Alezrah-Bobillo¹ (189 secteurs)



■ UO toujours ouvertes ■ UO "fermables"
■ UF uniquement ■ UO + UF

- Configurations **variables**
- Majorité des services possèdent des **UO et UF**
- Existence **d'UO toujours ouvertes**

1. Alezrah, Charles, and Jean-Marie Bobillo. "Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ?" *Information psychiatrique* 80, no. 7 (2004): 571–78.

Indications d'UF

- Données suédoises sur la fermeture des unités¹:
 - **Prévention fugue:** 97%,
 - **Législation:** 54%,
 - **Protection et sécurité (auto/hétéro-agressivité):** 48%
- Données françaises sur la restriction des circulations²:
 - **Sécurité du patient** (fugue et suicide): 87%,
 - **Hospitalisation sans consentement:** 72%,
 - **Limitation alcool et toxiques:** 59%,
 - **Protection des autres patients:** 54%

1. Haglund, K., E. van der Meiden, L. von Knorring, and L. von Essen. 2007. "Psychiatric Care behind Locked Doors. A Study Regarding the Frequency of and the Reasons for Locked Psychiatric Wards in Sweden." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14 (1): 49–54

2. Alezrah, Charles, and Jean-Marie Bobillo. "Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ?" *Information psychiatrique* 80, no. 7 (2004): 571–78.

Que dit la recherche sur l'UF?

- Etudes de **faible puissance, peu harmonisées**



1) Prévention des risques:

- Consommation de toxiques, hétéro-agressivité, suicides et TS, **fugues**
- Au mieux **limitée**

2) Dimension thérapeutique intrinsèque: **Inconnue**

3) Et l'ambiance? **Vécu et Climat**

Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study

Dr Christian G Huber, MD[†]  , Andres R Schneeberger, MD[†], Eva Kowalinski, MD, Daniela Fröhlich, MA, Stefanie von Felten, PhD, Marc Walter, MD, Martin Zinkler, MD, Prof Karl Beine, MD, Prof Andreas Heinz, MD, Prof Stefan Borgwardt, MD, Prof Undine E Lang, MD

- **PPO et PPF?**
- **Pas de différence entre les hôpitaux PPO vs PPF**
- **Moindre probabilité de survenue dans l'UO VS UF**
 - TS ($p=0.003$)
 - Fugues ($p<0.001$ et $p=0.01$) mais pas sur suicide ($p=0.63$)

Expériences d'ouverture

188

JULY 28, 1962

SPECIAL

Special Articles

THE OPEN DOOR TEN YEARS' EXPERIENCE IN DINGLETON

R. A. W. RATCLIFF
M.R.C.P.E., D.P.M., D.M.S.A.

« Aujourd'hui, est-il pertinent
de fermer l'unité ? »

Patrick BANTMAN

Psychiatre, chef de pôle, EPS Esquimaux,
Saint-Maurice

Etude de recherche clinique

Justification de l'étude

- *Observationnelle*
- *Rétrospective (2015-2016)*
- *Multicentrique (CH Marchant et Montauban)*
- *Services de secteur pratiquant une Politique de la Porte Ouverte (Groupe PPO) versus Politique de la Porte Fermée (Groupe PPF)*
- *Événements indésirables*

Hypothèses

- Principales:
 - Risques: fugue, décès, événements violents
 > **Plus fréquents dans le groupe PPF**
 - Isolements et Contentions
 > **Plus fréquents dans le groupe PPO**
- Secondaire: durée moyenne de séjour par patient **plus court dans le groupe PPO**

Méthodologie (1)

- **Unité d'analyse:** séjour
- **Critères d'inclusion:**
 - 16 ans et +
 - Entre 1^{er} janvier 2015 et 31 décembre 2016
- **Critère de non-inclusion:** changement de groupe sur le même séjour
- **Groupe PPF:** services d'admission des secteurs toulousains 1 à 6 (CH Marchant)
- **Groupe PPO:** Services d'admission PAJA, du S8 Toulouse et du S3 Montauban

Méthodologie (2)

- **Critères d'évaluation principaux:** fugues (totales et >24 heures), décès par suicide, déclaration d'actes hétéro-agressifs, isolement et contention
- **Critère d'évaluation secondaire:** durée moyenne de séjour par an et par patient
- **Analyse statistique:**
 - Appariement sur âge, sexe, mode légal, diagnostic
 - Proportions > test du Chi-2
 - Moyennes > Student ou Wilcoxon
- Autorisation CNIL et avis favorable CE Marchant

Après appariement (1)

Caractéristiques socio-démographiques	Groupe PPF (n = 731)	Groupe PPO (n = 731)	p-value
• Age, moyenne en années	39	40.1	0.118
• Population d'âge			
- Jeunes adultes, n (%)	157 (22)	157 (22)	1
- Adultes, n (%)	542 (74)	542 (74)	1
- Personnes âgées, n (%)	32 (4)	32 (4)	1
• Homme, n (%)	471 (64)	471 (64)	1
• Type d'hospitalisation			
- Hospitalisation libre, n (%)	484 (66)	484 (66)	1
- Hospitalisation SC, n (%)	247 (34)	247 (34)	1
• Diagnostic			
- F2, n (%)	395 (54)	395 (54)	1
- Autre diagnostic, n (%)	336 (46)	336 (46)	1
• Diagnostic associé, moyenne	1.35	0.94	<0.001

Après appariement (2)

Événements indésirables	Groupe PPF (n = 731)	Groupe PPO (n = 731)	p-value
• Au moins 1 isolement, n (%)	123 (17)	82 (11)	0.003
• Durée d'isolement, moyenne en jours	8.47	8.83	0.032
• Au moins 1 contention, n (%)	28 (4)	27 (4)	1
• Durée de contention, moyenne en heures	87.9	19.2	0.003
• Au moins une fugue, n (%)	66 (9)	35 (5)	0.002
• Au moins une fugue > 24h, n (%)	39 (5)	25 (3)	0.096
• Décès, n	2	1	NA
• Durée de séjour par patient, moyenne en jours	47,63	49,056	0.287

- **FEV avant appariement** (n/%) : PPF = 192/13,5 ; PPO = 105/8,8 ; $p < 0.001$

Discussion

- Moins d'événements indésirables sur PPO
- Pas plus d'isolement et contention sur PPO
- Pas de différence sur les durées de séjour
- Hétérogénéité des secteurs (avant appariement)

Forces et limites

- Forces: effectif, multi-centricité, appariement
- Limites:
 - Appariement limité sur quelques variables
 - Absence de l'auto-agressivité (suicide, TS)
 - Pas d'harmonisation du recueil des données
 - Pas de prise en compte du **parcours du patient**

Perspectives

- Elargir l'étude grâce à la FERREPSY et travailler à l'harmonisation du recueil
- Apparier sur davantage de variables
- Réfléchir à une méthode pour évaluer la valeur thérapeutique intrinsèque de l'UF
- Se focaliser sur des populations spécifiques et discuter des stratégies

Perspectives de publication

- **Article 1 : Article scientifique**

- Publication des résultats de l'étude dans une revue anglaise de type Journal of Psychiatric Research (IP = 2,528).

- **Article 2 : Revue de littérature**

- Publication dans une revue française de type Encéphale pour communication à la communauté médicale française (IP = 0,742), en auto-citant la publication 1 susmentionnée et en développant les résultats trouvés.

Take-home messages



- Connaître l'hétérogénéité des pratiques
- Se responsabiliser sur la question des restrictions aux libertés
 - « Adaptées, nécessaires et proportionnées »
 - Absence de consentement n'implique pas unité fermée
 - Prévenir les risques est possible en unité ouverte!
- Questionner régulièrement l'intérêt de l'enfermement pour le patient