

POUR LA RECHERCHE

FFP

FEDERATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

7 Euros



<http://www.psydoc-france.com>

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- François Chapiereau -

La place des DIM dans la recherche en psychiatrie



Directeur de la Publication :

Pr G. Darcourt

Rédacteur en chef :

Dr J-M Thurin

Rédacteurs en chef adjoints :

Dr M. Horassius, Pr Ph. Mazet

Comité de Rédaction :

Dr F. Chapiereau,

Dr M. Falk-Vairant,

Dr S. Friedman, Dr J. Garrabé,

M. Villamaux

Secrétaire de rédaction et

maquette : **M. Thurin**

PLR électronique,

Comité Technique

A. Coen, C. Polge

J.M. et M. Thurin,

D. Vélea, M. Villamaux

Souvent, les Départements d'Information Médicale (DIM) suscitent la méfiance. Quelle est cette sorte de médecins qui s'intéresse aux chiffres ? Ne s'éloignent-ils pas des malades et des soins ? Ne sortent-ils pas de la médecine ? Toutes ces données laborieusement réunies servent-elles à autre chose qu'à tout ramener à la moyenne ? À comparer qui a plus et qui a moins, comme si cette spécialité là ne connaissait que l'addition et la soustraction ?

Pour aider les lecteurs de *Pour la Recherche* à répondre à ces questions, et à quelques autres, le comité de rédaction a conduit une enquête postale nationale et a contribué au colloque du Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique* réuni à Lyon en octobre 2003.

Sans vouloir être exhaustif, ce numéro apporte des informations sur ce qu'est un DIM, donne les résultats de l'enquête nationale, présente les points de vue des intéressés à propos de groupements régionaux (Aquitaine et Poitou-Charentes), donne l'exemple d'un DIM qui a créé un pôle d'appui à la recherche (Saint Jean de Dieu à Lyon), présente l'analyse de deux études réalisées en PACA, et attire l'attention sur un rapport particulièrement remarquable dont la réalisation aurait été impossible sans une pratique ancienne et éprouvée du recueil méthodique de l'information et de son exploitation loyale.

Au total, ce tour d'horizon montre que malgré des moyens limités et très inégalement répartis, les DIM se sont posés les questions de base : À quoi sert l'information ? À quelles conditions une étude permet-elle des conclusions intéressantes ? Quelle contribution originale les médecins peuvent-ils apporter à côté des statistiques administratives ?

S'il fallait dégager une seule idée de cet ensemble, ce serait que le travail des DIM devient intéressant à partir du moment où les soins sont envisagés non pas comme une somme ou une juxtaposition d'actes, mais comme une organisation ou comme un fonctionnement complexe, sur lesquels les chiffres peuvent apporter un éclairage partiel mais irremplaçable, à condition d'être maniés selon des règles aussi particulières que rigoureuses.

Quelle place pour les DIM dans la recherche en psychiatrie ? Une place importante, à n'en pas douter ; et appelée à croître à l'avenir.

* <http://www.gfep.org>

Quelles missions pour le DIM ?

La circulaire DGS/DH 9007 du 11 avril 1990, incitant les établissements spécialisés en psychiatrie à se doter d'un DIM énonce des axes de travail. Au travers de ses missions, le DIM est positionné comme prestataire auprès des services de soins mais aussi comme promoteur du système d'information médicale pour l'établissement.

1. FPP et PMSIpsy

Le DIM assure la gestion et l'exploitation de la fiche par patient (FPP) et, depuis 2002, la conduite de l'expérimentation du Programme de médicalisation des systèmes d'information en psychiatrie (PMSIpsy) pour les établissements qui s'y sont engagés.

L'équipe du DIM assure la formation au codage et veille à la qualité de l'information médicale : exhaustivité et fiabilité des données sociales, diagnostiques, et du codage de l'activité de soin.

Il réalise avec chaque secteur la validation des données statistiques d'activité annuelles avant de les transmettre à la Direction. Il peut être amené à travailler, à la demande de la Commission médicale d'établissement (CME) ou d'un service, sur le choix d'indicateurs ou le traitement de données spécifiques en vue de la contractualisation interne ou d'un projet de Contrat d'objectif et de moyens.

2. Dossier patient et archivage

Le DIM a pour mission d'assurer la gestion et la conservation du dossier patient, qu'il soit informatisé ou non, et la responsabilité du système d'information médicale. Dans la majorité des hôpitaux, plusieurs recueils d'informations existent simultanément ce qui occasionne une perte de temps et risque d'erreur. La diversité du parcours de soin des patients ou le fait que les soins soient dispensés au cours d'une même période sur plusieurs lieux rend très difficile la constitution et la circulation d'un dossier unique pour le patient. C'est pourquoi, l'informatisation des unités de soins et la mise en place d'un dossier patient commun informatisé est actuellement envisagée dans de nombreux établissements.

Le système d'information médicale a pour principe de rassembler l'information recueillie et de la rendre disponible de façon à faciliter le travail des équipes de soins. Selon les hôpitaux, les applications médicales sont plus ou moins nombreuses (prescription, dossier...) et le DIM doit veiller à la cohérence entre les sources d'informations au sein du système d'information hospitalier. Dans ce cadre, il participe à l'élaboration et à l'évolution du schéma directeur informatique, schéma de planification des grandes orientations et des moyens informatiques à mettre en œuvre dans l'établissement. Il est garant de la sécurité et du respect des règles de confidentialité conformément aux recommandations de la CNIL. L'équipe du DIM assure, auprès des secrétariats et des équipes, la formation, l'assistance, la maintenance et l'organisation du réseau. Il informe sur la réglementation (Loi du 4 Mars 2002 notamment). Il sensibilise au respect de la confidentialité et à la qualité de la tenue des dossiers.

3. Conseil et expertise

Le DIM doit se structurer de manière à jouer un rôle de conseil et d'expertise en matière de biostatistiques, d'épidémiologie, de santé publique et d'évaluation. La base de données de l'établissement, constituée d'un suivi par patient sur plusieurs années, permet l'étude de données cliniques et la réalisation de travaux de recherche. L'équipe du DIM propose aide et formation aux outils de recherche, d'évaluation ou d'analyse de l'information médicale. Il aide également les services à répondre aux enquêtes extérieures régionales ou nationales.

4. Contribution à la démarche qualité

Le DIM est également incité à s'engager dans la démarche qualité auprès des équipes en mettant à disposition les outils et les données susceptibles d'aider à l'évaluation des pratiques et des soins et à la préparation de la visite d'accréditation. Dans ce contexte, il lui revient l'animation du groupe de professionnels chargés de l'audit du dossier patient.

5. Formation et Information

Dans chacun de ses champs d'application, l'information médicale requiert formation et information. Le DIM est lié aux équipes par une double obligation de transparence et de confidentialité. Il recueille auprès des professionnels les besoins et les demandes en terme d'information, de moyens techniques, de formation, de traitements statistiques et d'analyses de données.

Véronique Daoud (Responsable du DIM Ville-Evrard)

Comment travaille le DIM ?

L'organisation des DIM est variable d'un établissement à l'autre, département ou service. Son fonctionnement fait l'objet d'un règlement intérieur ou d'un projet validé par la CME. Les instances (collège du DIM, assemblée de correspondants, conseil du DIM) ne sont pas toujours constituées ou opérationnelles. On retrouve dans tous les cas, l'importance de l'articulation du DIM avec les Services de soins, la *direction* et le *service informatique*. Au sein de chaque service, le DIM travaille en collaboration étroite avec les secrétariats médicaux et le - ou les - correspondant(s) du DIM, désignés par le Chef de Service. Leur rôle est d'informer, d'aider et d'accompagner l'équipe en matière d'information médicale, ainsi que de recenser les besoins et les difficultés. Le *correspondant* participe aux groupes de travail organisés par le DIM. Il prépare avec le DIM et les équipes des unités de soins, des réunions de synthèse ou

de travail pour le *secteur*. Si la participation des médecins est indispensable au codage diagnostique, à l'évaluation des pratiques et de la qualité des soins, les cadres infirmiers sont des interlocuteurs privilégiés pour le choix d'indicateurs de charge en soins et d'outils de pilotage des unités de soins.

Les chefs de service et les correspondants du DIM se réunissent en assemblée en veillant à prendre en compte les spécificités des services et à la cohérence des projets de l'établissement. La Commission de l'Information Médicale ou Conseil du DIM est une instance de pilotage. Elle associe les médecins élus et le président de la CME, le directeur, le responsable du service informatique (RSIO) et le directeur des soins. Ensemble, ils arrêtent les orientations à soumettre aux instances consultatives et délibératives de l'établissement. (V. D.)

Enquête nationale sur les départements d'information médicale en psychiatrie

François Chapiereau

Au début de l'année 2003, la Fédération Française de Psychiatrie a conduit une enquête intitulée « Quelle place pour les DIM dans la recherche en psychiatrie ? ». Un questionnaire de deux pages a été adressé à plus de 500 établissements de tous statuts juridiques. Le taux global de réponse a été celui qui est souvent retrouvé lors d'une enquête postale de ce type, mais avec des différences considérables selon le statut des établissements. Le nombre de questionnaires retournés a été de 132. Les sept hôpitaux militaires disposant d'un service de psychiatrie ont tous répondu ; les cliniques privées ont le plus faible taux de réponse.

Des tendances significatives se dégagent.

Globalement, les moyens humains consacrés aux DIM pour la psychiatrie sont faibles. Les moyens en matériel et en logiciel sont inégalement répartis. Souvent l'équipement est minimum. Les logiciels de recueil de données sont en très grand nombre : aucun ne s'impose par sa qualité et sa maniabilité. C'est au point que de nombreux logiciels « maison » ont été élaborés. Malgré ces difficultés, l'enquête montre un réel dynamisme, un important travail déjà réalisé, et une forte volonté de le développer.

Dans les centres hospitaliers spécialisés, les responsables des DIM sont le plus souvent des psychiatres, et ils conservent une activité clinique. Les études réalisées par les DIM sont souvent valorisées par des présentations dans des colloques, voire par des publications. La collaboration avec des partenaires extérieurs est fréquente.

Dans les centres hospitaliers généraux et de la même manière dans les CHU-CHR, il est fréquent que les DIM ne s'occupent pas du tout de la psychiatrie. Le recueil et l'exploitation des données a lieu dans chaque secteur, avec les moyens restreints que cela suppose. Lorsque le DIM s'occupe de la psychiatrie, il conduit souvent des études, mais ces travaux sont peu valorisés : il y a moins souvent de collaboration, de soutien et d'ouverture vers des partenaires que dans les CHS.

Dans les cliniques, les moyens humains sont particulièrement faibles. Plus qu'ailleurs, le DIM semble reposer sur le médecin responsable. Les collaborateurs sont peu nombreux et peu disponibles (une petite fraction d'équivalent temps plein). Le très faible nombre de réponses semble indiquer que, dans nombre de cas, l'activité DIM n'émerge pas de manière identifiable.

Les hôpitaux militaires ont ceci de commun avec les CHU et les CHR qu'ils s'occupent aussi de toutes les autres spécialités médicales. Toutefois, une différence majeure apparaît dans le fait que la psychiatrie fait partie de leur activité.

En moyenne, un DIM dispose d'un peu plus d'un mi-temps de médecin responsable (0,7), partagé entre plusieurs médecins (en moyenne 1,2). Il y a un peu plus d'un temps plein de collaborateur (1,7). Ces collaborateurs sont plus souvent des secrétaires (70 %) que des techniciens (30 %). Se rencontrent aussi des infirmiers ou des cadres soignants. Dans les cliniques privées, les moyens humains des DIM sont nettement plus restreints : le temps médical est plus faible (0,4) comme celui des collaborateurs (0,5).

C'est dans les CHS et dans les cliniques que le médecin responsable du DIM est le plus souvent un psychiatre, environ deux fois sur trois (60 %). Dans les établissements généraux, un psychiatre peut faire partie de l'équipe du DIM (10 % des cas).

En règle générale, le médecin responsable conserve une

activité clinique (70 % des cas), ce qui correspond bien au faible temps médical alloué et à la fréquence des participations à temps partiel.

Le mode de recueil des données est souvent mixte, alliant le travail « papier - crayon » à la saisie sur ordinateurs autonomes ou en réseau. Quatre fois sur dix, le support papier reste la première étape, avec les risques d'erreur de copie que cela comporte lors du passage à l'informatique. Dans trois cas sur dix, la saisie a lieu sur ordinateurs autonomes, ce qui pose ensuite le problème de la réunion des informations dès lors qu'il existe plus d'un lieu de saisie. Sept DIM sur dix se déclarent reliés à un réseau informatique, qui coexiste dans certains cas avec des ordinateurs autonomes. Lorsqu'il y a un serveur, il est plus souvent dédié à l'information médicale (quatre cas sur dix) que partagé avec l'administration (trois cas sur dix).

La question portant sur le logiciel utilisé pour les données de la fiche par patient est l'une de celles dont les résultats sont les plus frappants : **le nombre de logiciels différents est égal à la moitié du nombre de réponses** ; aucun logiciel n'est cité plus de quatre fois (en dehors de celui qui est commun aux hôpitaux militaires). On relève la fréquence non négligeable des logiciels « maison », ce qui confirme l'impression recueillie lors des congrès et réunions de responsables de DIM, au cours desquels l'un des participants se lève inmanquablement pour proposer aux autres le partage de l'outil développé dans son établissement. C'est à l'occasion de cette partie du questionnaire que de nombreux DIM d'hôpitaux généraux mentionnent le fait qu'ils ne s'occupent pas de la psychiatrie, dont les données sont alors recueillies et traitées dans chaque service concerné.

Un DIM sur deux dispose d'un logiciel de statistiques, ce qui est peu si on considère que le rôle des DIM n'est pas seulement de fournir des données mais aussi de les analyser et de les interpréter. Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, les hôpitaux généraux sont les moins souvent dotés (un sur trois), et les CHS les mieux équipés (deux sur trois).

Le plus grand nombre des DIM (près de neuf sur dix) participent d'une manière ou d'une autre à la préparation de l'accréditation dans leur établissement. Ils participent plus souvent à des projets d'amélioration de la qualité sur des thèmes précis (huit sur dix) qu'au comité de pilotage (six sur dix). Le projet auquel les DIM sont le plus souvent associés est de loin celui du dossier du patient (un sur deux). Curieusement, un DIM sur six seulement déclare être associé à la préparation du Schéma de l'information hospitalière, ce qui est vraiment très peu, s'agissant d'un document qui relève d'une obligation légale et qui doit donc exister partout. Pour appuyer cette interprétation des résultats, il suffit sans doute de rappeler la signification du sigle PMSI : projet de médicalisation des systèmes d'information. Dans un nombre limité de cas, le responsable du DIM est lui-même (ou elle-même) responsable qualité dans son établissement.

Presque deux DIM sur trois ont effectué des études ou des travaux de recherche en dehors de la préparation des rapports annuels de secteur. Si on ajoute que presque tous ceux qui ne l'ont pas fait souhaiteraient le faire, l'intérêt des DIM pour l'analyse et pour l'interprétation de leurs données ne fait aucun doute. Les études sont fréquentes dans les hôpitaux généraux (deux sur trois), moins dans les CHS (quatre sur dix). Parmi les souhaits, trois types principaux d'études se dégagent : d'abord l'épidémiologie puis l'évaluation et la recherche clinique.

Les études effectuées par les DIM sont très peu valorisées par des présentations orales.

Moins de un DIM sur cinq a eu l'occasion de présenter ses travaux lors d'un congrès, d'un colloque, ou d'une réunion scientifique. Les CHS sont ceux qui trouvent le plus ce type de soutien à leurs efforts (plus de un sur quatre). En revanche, les hôpitaux généraux, qui effectuent plus souvent des études, apparaissent particulièrement isolés lorsqu'il s'agit de valoriser leur travail (moins de un sur dix). De même, les publications sont plus souvent le fait des CHS (un sur six) que des hôpitaux généraux (un sur vingt), et sont totalement absentes des réponses dans les autres catégories d'établissements.

La collaboration avec des équipes extérieures à l'établissement est fréquente (plus de quatre DIM sur dix). Cette collaboration va de la simple fourniture de données pour des études régionales ou nationales, à une implication plus construite comme la constitution de bases régionales ou l'élaboration et la conduite d'enquêtes. Un DIM sur cinq déclare collaborer avec d'autres DIM (un sur trois dans les CHS), ce qui témoigne d'un important effort pour mettre sur pied des groupes ou des réseaux de travail, malgré l'absence d'incitation réglementaire ou financière dans ce sens. La collaboration avec des universités ou avec les Observatoires régionaux de la santé (ORS) concerne chacune un DIM sur dix, mais dans les CHS, un DIM sur cinq déclare collaborer avec un ORS. Notons que, à la différence des Agences régionales d'hospitalisations (ARH), les ORS n'ont pas de mission de planification, de sorte que leurs travaux sont plus ouverts sur la recherche et sur l'évaluation.

Le financement d'un DIM pour une recherche reste l'exception, et concerne un peu plus les CHS que les hôpitaux généraux. Cette situation suppose non seulement la mise au point d'un projet très élaboré, mais aussi l'existence de crédits accessibles, ce qui est rarement le cas.

À la fin du questionnaire, une question ouverte demandait au rédacteur son avis sur les trois priorités de développement pour le DIM de son établissement. La répartition des types de réponse est la même aux trois niveaux de priorité. **Les réponses les plus nombreuses concernent les moyens pour travailler** : le système d'information hospitalier, la qualité des données transmises par les cliniciens, les effectifs de personnel au DIM, et quelques autres questions analogues. La quasi totalité des DIM qui ont donné leurs priorités y ont inclus ce domaine. Ceci indique à coup sûr un sentiment de travailler sous pression, et de ne pas disposer des moyens correspondant aux objectifs fixés.

Le libellé de plusieurs réponses indique expressément la pauvreté en matériel et en personnel dans lequel fonctionnent un certain nombre de DIM : « obtenir un secrétariat ; un médecin DIM au moins à mi-temps ; améliorer ou au moins stabiliser le système d'information hospitalière... ». Un type de réponse moins fréquent mais apparenté au premier concerne l'absence de reconnaissance du DIM dans l'établissement, qu'il s'agisse parfois de la direction, ou ailleurs des soignants. Dans certains cas, quelques mots évoquent une situation préoccupante : « Exister ; reconnaissance du DIM au sein du centre hospitalier ». Dans d'autres cas, il existe un projet : « créer une dynamique avec les équipes de soins ; motiver les acteurs ». Deux autres catégories de réponse sont citées chacune par un DIM sur trois à l'un ou l'autre des trois niveaux.

L'une de ces priorités touche la mission particulière du DIM : le dossier médical et son informatisation, la mise en place du PMSI (en expérimentation ou à venir). L'autre concerne la recherche épidémiologique ou évaluative, et l'appui aux cliniciens ou aux gestionnaires pour les aider dans leurs décisions.

Notons que la Direction des Hôpitaux (DH) a réalisé en mai 2000 un inventaire (par questionnaire) des « systèmes d'information orientés patient en psychiatrie ». Les résultats, consultables sur le site du PMSI*, correspondent à 478 établissements. Information remarquable : seuls, trois établissements sur quatre déclaraient avoir un médecin DIM (72 %). Plus précisément, les réponses étaient de 94 % dans les établisse-

ments publics dans leur ensemble, 87 % dans les CHS, 66 % dans les établissements privés participant au service public, et 45 % dans les établissements privés. Ces résultats confortent notre interprétation du faible taux de réponse des cliniques privées. L'enquête de la DH notait déjà la variété des logiciels utilisés pour les données médicales, et en dénombrait 25. Notre enquête montre que la diversité s'est encore accrue en trois ans, de moitié au moins ! Nous n'avions pas posé de question sur la différence d'informatisation entre l'hôpital et les soins ambulatoires. La direction des hôpitaux nous apprend que parmi les 59 % des établissements qui avaient un logiciel de données médicales en 2000, seuls 49 % avaient informatisé les structures extra-hospitalières (c'est-à-dire 30 % du total).

L'enquête relève également que 38 % des établissements déclaraient avoir un schéma directeur des systèmes d'information (qui est cependant une obligation légale). La conclusion de la DH était que le niveau de l'informatisation des données médicales et soignantes est globalement insatisfaisant. (F. C.)

* <http://www.le-pmsi.org/index.html>

Le casse-tête du PMSI

H. Brun-Rousseau

La mise en place de l'expérimentation du PMSI a apporté son lot de difficultés techniques. En 2002, nous disposons des fiches par patient de janvier à juin et des résumés individuels de sortie à partir de juillet. Cela crée un double problème : comment fusionner la base fiche par patient avec la base résumés individuels de sortie pour avoir une année complète, et comment faire une base exploitable d'un point de vue épidémiologie à partir des résumés individuels de sortie ?

Les bases « résumés individuels de sortie » ne sont pas centrées sur le patient mais sur la semaine ou sur l'acte. Ces bases sont semestrielles et non annuelles. Il faut donc rassembler le premier et le deuxième semestre, puis recentrer les RISE, RIHC, RIHP sur les patients, à partir des numéros identifiants, et enfin supprimer les informations qui se répètent. Pour cela, il faut choisir un diagnostic : le longitudinal est évidemment le plus intéressant. Sur une file active annuelle, le diagnostic principal n'a pas d'intérêt car il ne correspond qu'à une semaine de prise en charge. Deux classifications non transcodables (CIM10 et situation clinique prévalente) sont utilisées en diagnostic principal (même en secteur adulte...). On peut avoir plusieurs diagnostics longitudinaux (intra/extra/structures intersectorielles). Pour le diagnostic longitudinal, on est obligé de jongler avec deux classifications (CIM 10 et CFTMEA). Si plusieurs diagnostics longitudinaux ont été enregistrés, il faut définir une règle de choix (le dernier ? le « sectoriel » ?). Pour toutes les données socio-démographiques, c'est le même problème (mais plus facile : on peut prendre la dernière valeur enregistrée dans l'année).

On perd la date de premier contact avec le secteur, qui figurait sur la fiche par patient (au profit d'un premier contact avec la psychiatrie incontrôlable et bien vague, qui n'est pas non plus l'année de début des troubles). Si on s'attache à l'étude des évolutions (patients, pratiques) il faut prendre en considération les données socio-démographiques, mais les différentes valeurs de ces informations ont changé (situations familiales, situations professionnelles, mode de vie) ce qui exige une transcodification des données. L'activité ambulatoire a elle aussi changé de codage et de règles d'enregistrement (les AJ et TT disparaissent, les groupes, démarches et réunions apparaissent, on peut enregistrer autant d'actes qu'on veut par jour). Il faut une motivation très forte pour persévérer.

Les groupes régionaux

Cette présentation des groupements régionaux est effectuée à partir de plusieurs exposés. Les auteurs dont le travail a servi à la rédaction d'un paragraphe sont cités à chaque fois entre parenthèses.

Les DIM et la région (Dr Brun-Rousseau¹)

Les DIM : ramasseurs de résumés individuels de sortie ou apprentis épidémiologistes incompetents ? Il n'y a pas de fatalité. Nous avons une expertise dans l'analyse d'activité et un point de vue (pas forcément le moins pertinent) sur l'offre de soins. Les DIM, en tant que représentants des soignants en psychiatrie, renforcent la démocratie sanitaire ; cela peut tempérer les tentations bureaucratiques de nos administrations. Les DIM sont une force de proposition ; ils favorisent la créativité en matière de planification et d'épidémiologie. L'intérêt d'études épidémiologiques régionales ne fait pas de doute.

La faible prévalence des troubles mentaux impose de disposer d'informations portant sur des populations nombreuses. Le niveau régional permet l'étude d'effectifs suffisants. Une région représente en moyenne 2,7 millions d'habitants, 37 secteurs de psychiatrie adulte, 14 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, 4,5 CHS, 7 services de psychiatrie à l'hôpital général. La file active moyenne est de 1 200 patients par secteur. Une région c'est environ 44 400 patients. Les démences (F00-F03) représentent 5 %, soit 2 200 patients. Les schizophrénies et troubles délirants (F20-F29) représentent 19 %, soit 8 400 patients. Les troubles de l'humeur représentent 30 %, soit 13 300 patients.

De plus, l'échelon régional est très structuré au plan statistique : il y a le statisticien régional de la DRASS, la direction régionale du service médical de l'assurance maladie, l'Observatoire régional de santé, et l'INSEE. Les réseaux d'informations régionaux étudiant l'offre de soins et l'activité - si possible en amont de l'élaboration du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) (et pas pendant) - passent obligatoirement par les DIM.

Enfin, la région est une unité d'œuvre économique et politique dans le domaine de la santé. Les budgets sont répartis entre régions et l'allocation budgétaire des établissements est déterminée par l'ARH. L'ordonnance « portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé » du 04 septembre 2003 renforce l'échelon régional : la planification est maintenant définie essentiellement à ce niveau (disparition de la carte sanitaire départementale). Le Schéma régional de l'organisation sanitaire « a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale ». Il est arrêté par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) sur avis du Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS). « Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. ».

L'échelon régional n'est pas homogène, mais il offre des possibilités de comparaisons. Il y a des disparités d'équipements d'un département à l'autre. L'état de santé des populations est variable ; les besoins sont différents. Toutefois, la région garde une dimension humaine. Si l'on veut éviter l'arbitraire ou l'inconséquence, il faut avoir une bonne connaissance à la fois des besoins de la population, des organisations et de l'activité. On connaît les particularités locales, structurelles (service médico-

psychologique régional (SMPR), Unité pour malades difficiles (UMD), service d'accueil d'urgence (SAU)), géo-démographiques, les établissements, les chefs de service, les DIM, les directeurs, les infirmiers généraux, etc. L'interprétation des données reste personnalisable.

Une association régionale en Aquitaine (Dr Brun-Rousseau)

L'exemple de l'Aquitaine est intéressant. La région représente 2,8 millions d'habitants, 33 secteurs de psychiatrie adulte, 13 intersecteurs infanto-juvéniles, 5 CHS (Agen-La Candélie, Cadillac, Pau, Charles-Perrens, Montpon), et 6 CHG (Bayonne, Dax, Mont de Marsan, Libourne, Périgueux, Sarlat). Au plan de la santé, tous les indicateurs aquitains sont moyens (mortalité, morbidité, espérance de vie, équipement, points ISA). Il y a une tradition politique de contestation du pouvoir central. Le travail entre les DIM n'a été possible que parce que nous avons pu mettre en commun des informations.

L'AAPIMEP a été créée en 1991. C'est une association régionale fondée par des personnes d'horizons divers, fonctionnant avant et en dehors du PMSI. Le premier fichier régional a été constitué en 1992 (quelques services de 3 établissements). En 1995 l'association réunissait 20 secteurs, soit une file active de 29 000 patients. En 1999, 27 secteurs, et 9 établissements, soit 40 000 patients de psychiatrie générale. En 2003, nous sommes proches de l'exhaustivité.

Le fichier régional aquitain a été constitué à partir de la fiche par patient enrichie d'informations cliniques, de 4 diagnostics (2 psychiatriques et 2 somatiques), des antécédents personnels et familiaux, de l'échelle globale de fonctionnement, du premier contact (lieu, provenance, symptômes), des TS et du décès. Ce travail nécessite un cahier des charges précis. En pratique, personne ne s'y conforme : les fichiers adressés sont à des formats différents. Un travail de « mise au carré » des bases est indispensable. Il nécessite des compétences informatiques importantes. Nous avons eu la chance en Aquitaine de profiter de la contribution d'ingénieurs informatiques du CHU et du statisticien régional.

L'association s'est fixée une règle absolue : le fichier appartient à tous ceux qui l'alimentent. La conférence des Présidents de CME a joué un rôle important. Les thèmes de recherche ont été choisis également par l'association selon les souhaits de chacun. La restitution à tous les soignants a lieu sous forme de journées annuelles (alternant les résultats à propos des secteurs adultes et infanto-juvéniles).

Il y a beaucoup de projets en Aquitaine : constitution d'une base de données régionale exploitable à partir des résumés individuels de sortie ; présentation d'un rapport régional de psychiatrie ; poursuite du travail en réseau (soutenu par l'INSERM) avec l'Université (H. Verdoux) et l'Institut de Santé Publique ; études sur le suicide, les adolescents, les mises en chambre d'isolement ; enquêtes de morbidité en population générale, etc.

Une association régionale en Poitou-Charentes (Dr Bouet², Dr Chabaud³)

Le partenariat ancien avec l'Observatoire régional de santé (ORS) fait l'originalité de l'association régionale de Charente Poitou. C'est en 1991, à l'initiative du médecin inspecteur départemental chargé de la psychiatrie dans la Vienne qu'une convention d'étude pluriannuelle a été mise en place entre le CH Henri Laborit à Poitiers et l'ORS du Poitou-Charentes. Son

objectif était une étude sur la fréquence et la distribution des pathologies prises en charge par les secteurs de psychiatrie publique dans le département. L'Association Régionale de Poitou-Charentes pour l'Information Médicale et l'Epidémiologie en Psychiatrie a été fondée lors d'une assemblée générale constitutive en avril 1995. Elle a deux objectifs principaux : la mise au point de standards au niveau régional par rapport aux données de la fiche par patient, et une fois celle-ci rendue utilisable, la mise au point d'études scientifiques et d'outils de planification.

Dès le mois de septembre 1995, un projet d'étude est établi avec l'ORS : « Constitution d'une base de données régionales concernant la file active des secteurs de psychiatrie avec comme programme pour 1996 une étude de faisabilité ». Ce projet implique une récupération des fichiers de données de file active sur les différents sites volontaires, une mise en commun des fichiers (adultes et enfants) sur la base des items communs, le choix d'un classement diagnostique, la réalisation d'un programme informatique permettant de faire une étude statistique des sources d'hétérogénéités des différentes files actives.

Neuf secteurs de psychiatrie générale et quatre secteurs de pédopsychiatrie répartis dans trois établissements s'engagent dans ce premier travail. La récupération des données est longue et laborieuse. Cependant l'ORS est en mesure de présenter les résultats lors d'un Conseil d'administration en novembre 1996. Un rapport est publié : la base porte sur 13 296 patients et 9 secteurs. Une étude plus spécifique porte sur les patients vus plus d'une fois (10 909 personnes).

Par ailleurs, un groupe de psychiatres d'exercice libéral prend contact avec l'association dans le but de réaliser une analyse quantitative de leur activité. Celle-ci porte sur le mois de juin 1997. Une fiche spécifique est élaborée. Les onze psychiatres libéraux ont vu 1 500 patients en un mois.

Une base régionale est reconstruite sur les données de 1996. En 1998, un programme d'étude est mis en place pour la pédopsychiatrie. L'ARPCIMEP met en place en octobre 1999 une formation au codage de la CIM 10 destinée aux psychiatres hospitaliers de la région. Dans le même temps, l'ARPCIMEP poursuit le travail d'harmonisation des critères d'inclusion dans les files actives. Début 1999, le Centre Hospitalier Spécialisé de la Charente intègre l'ARPCIMEP. La base de données concerne alors 20 640 patients dont 16 473 vus plus d'une fois.

Le Conseil d'Administration du 1er février 2000 propose un thème d'étude : les psychoses (dans la file active) comparaison entre les données 1996 et 1999. La catégorie « psychoses » a été retenue car la concordance diagnostique y est la meilleure entre les secteurs. Les objectifs sont de comparer les modes de prise en charge, les caractéristiques sociales, l'évolution entre 1996 et 1999. Le rapport, réalisé par l'ORS est présenté lors d'une assemblée générale en décembre 2000. On remarque l'augmentation de 9,2 % en moyenne de la file active entre 1996 et 1999.

Début 2001, l'ARPCIMEP participe à l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » pilotée par le CCOMS Santé Mentale France. Après évaluation des enjeux, l'ARPCIMEP et l'ORS optent pour une étude régionale, un financement régional et une valorisation des résultats à la fois régionale et sectorielle. Quatre secteurs répartis dans quatre établissements et trois départements acceptent de participer : 2 650 entretiens sont réalisés et validés. La présentation des résultats fait l'objet d'une journée régionale de restitution le 1er octobre 2003.

Un groupe informel : le SAMOVAR (Dr Vallet-Anfosso)

Samovar signifie Secteur Alpes Maritimes Ouest Var. Ce groupe de travail s'est réuni pour la première fois en 1999 à l'initiative des médecins responsables de DIM de quatre établissements. Il s'est ouvert ensuite aux secrétaires techniciens de l'information médicale, pour des réunions communes ou séparées. Cinq autres établissements se sont progressivement joints au groupe. Dès 2000, le projet d'une base de données

commune a été discuté. Le groupe de travail reste principalement un lieu de rencontre, d'échanges et de réflexion, et compte 23 réunions à ce jour.

Les difficultés du travail régional (Dr Brun Rousseau)

Des écueils demeurent : le public et le privé n'ont pas les mêmes systèmes d'information. Le médico-social n'est pas pris en compte. L'échelon régional peut générer des aberrations au regard des notions de proximité et de continuité des soins (par exemple consultation régionale de l'adolescent, expertises diverses). On peut indirectement renforcer les tentations jacobines toujours actives – même en Gironde – avec la centralisation naturelle sur la capitale régionale.

Le travail régional est une haute école de diplomatie : il a fallu effectuer l'anonymisation des patients, et celle des établissements, obtenir les autorisations de la part des directeurs, des présidents de CME, des chefs de service : les résistances ne viennent pas toujours des mêmes catégories professionnelles !

Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) devraient être fondés sur les besoins de la population. Pour cela la connaissance des problèmes de santé mentale des populations est indispensable. Celle des structures existantes et de leur activité l'est également. Elle est pourtant loin d'être acquise, faute d'un véritable système d'information régional. Tout repose sur le volontariat et le bénévolat. L'information régionale en psychiatrie manque de toute évidence. Mais il n'y a pas de volonté politique ni de moyens pour créer un système régional d'information, malgré une bienveillance et un intérêt évidents.

Les difficultés du travail régional (Dr Bouet, Dr Chabaud)

De 1995 à maintenant, on a assisté à une amélioration de la qualité du système régional d'information, suivie d'une dégradation générale. Ceci s'explique par plusieurs facteurs : absence de valorisation des résultats issus de la fiche patient par la tutelle, expériences itératives liées au PMSI psychiatrique qui ont démobilisé les équipes, absence de politique cohérente pour l'informatisation des établissements, insuffisance notoire des moyens des DIM de psychiatrie de la région, abandon de la saisie centralisée par secteur. Dans ces conditions, les médecins des secteurs restent peu mobilisés sur les objectifs et les outils.

Propositions pour le travail régional (Dr Bouet, Dr Chabaud)

En conclusion, on peut faire quelques propositions concrètes :

- le catalyseur pour la meilleure prise en compte de la dimension collective est la création d'une association régionale regroupant des professionnels sur la base du volontariat ;
- le partenariat avec l'ORS permet d'apporter un soutien méthodologique pour l'épidémiologie, la recherche et la planification ainsi qu'un regard externe et une neutralité ;
- la tutelle devrait utiliser pour la planification les données issues du système d'information et donner des « règles du jeu » claires et cohérentes ;
- les établissements devraient utiliser pour leur gestion interne les bases de données qu'ils financent ;
- les psychiatres libéraux pourraient améliorer de manière collective leur travail par une utilisation de cet outil en réseau.

1. DIM Cadillac
2. Responsable du DIM CH Henri Laborit Poitiers
3. ORS Charente-Poitou

L'Espace Météore*

Développé au sein du département d'information médicale de l'hôpital Saint Jean de Dieu à Lyon, l'espace Météore a en charge la collaboration aux études et travaux de recherche conduits par différents partenaires : équipes de l'établissement ou extérieures.

Le potentiel d'un établissement de santé s'évalue notamment à travers sa contribution à l'état actuel de la recherche. L'objectif de l'espace Météore est de stimuler les initiatives et de faciliter la réalisation d'études et la publication de travaux originaux émanant des professionnels de l'hôpital. Dans ce cadre, l'espace Météore apporte également une aide aux étudiants stagiaires à l'hôpital et aux doctorants, dans la réalisation des notes de recherche, mémoires et thèses.

L'espace apporte en outre une aide méthodologique et technique aux services dans le cadre de démarches dont ils ne sont pas coutumiers et qui s'avèrent de plus en plus souvent nécessaires, tels que recherches évaluatives, audits, enquêtes ; l'évolution culturelle et la diversification des pratiques font que l'on a, de plus en plus, des exigences d'évaluation et de modélisation des systèmes ; le recueil et le traitement des informations dans ce cadre nécessitent des compétences particulières, développées par des équipes de chercheurs dans différents domaines, extérieurs à l'hôpital. L'espace météoire a de ce fait la volonté de multiplier les partenariats, pour produire un travail intéressant pour tous, avec une large diffusion des résultats.

Liste des travaux de recherche auxquels a participé le DIM de l'hôpital Saint Jean de Dieu

♦ **Facteurs de réadmission précoce des patients hospitalisés à temps plein** - C. Melle, J.P. Vignat, C.H. Saint Jean de Dieu, 2001/2002.

Résumé : Enquête réalisée entre août 2001 et juin 2002, destinée à mieux connaître les facteurs et éléments concernant les réadmissions précoces. Elle a permis de déterminer les caractéristiques – personnelles, contextuelles, sociales, familiales et thérapeutiques – des patients réhospitalisés dans un délai réduit après leur sortie (six mois).

♦ **Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus**
Baya Valentin Badiel, Hôpital Sanoussouro de Bobodioulasso (Burkina Faso), 2000/2001.

Résumé : Les psychotropes, la démence, les maladies cardiaques et l'environnement physique ont été identifiés comme facteurs de risques dans respectivement 30%, 29%, 21%, et 80% des cas sans toutefois pouvoir établir un lien entre ces facteurs et les chutes. L'étude a conduit à la proposition d'un programme de prévention des chutes afin d'acquérir les aptitudes indispensables.

♦ **Sorties sans autorisations médicales des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie.** S. Marti, ITTAC Vinatier.

Résumé : Ce travail comporte une étude rétrospective sur l'incidence de la fugue et les caractéristiques des fugeurs, réalisée sur 2 années (2001 et 2002) en collaboration avec les DIM des Centres hospitaliers Saint Jean de Dieu, Vinatier et Saint Cyr. Est associée une étude prospective réalisée pendant trois mois (2003) à partir d'entretiens avec les patients à leur retour de fugue. L'étude est en cours ; elle vise à préciser à la fois les caractéristiques des fugeurs et les raisons de leur acte dans un but de prévention.

♦ **Enquête : Relations entre CMP et MDR. Étude en cours** - M.S. Derrien, M.D. Benevent.

Les résultats portant sur les MDR sont disponibles auprès du Conseil Technique Santé.

Résumé : Au sein du Conseil Général du Rhône, les professionnels médico-sociaux accueillant des usagers ont observé une évolution au niveau des publics en situation précaire, que ce soit dans les problèmes qui émergent ou dans les prises en charge demandées par ces publics. Le Conseil général du Rhône et la communauté des 3 C.H.S. ont donc décidé de réaliser un état des lieux des relations entre centre médico psychologique (CMP) et MDR en vue de définir ensemble de nouvelles modalités de travail. Principalement ciblé autour des personnes en situation de précarité, cet état des lieux a été élargi aux publics des personnes âgées, des personnes handicapées, des enfants et des adolescents. L'enquête réalisée auprès des MDR a permis d'identifier les besoins actuellement non couverts, concernant aussi bien l'aide aux usagers que l'appui aux professionnels pour développer des actions adaptées. L'enquête auprès des CMP est en cours.

♦ **Évaluation en juin 1999 par les médecins du CH Saint Jean de Dieu de la proposition d'une Charte de la Compétence du Consentement aux soins en psychiatrie : résultats et discussion** - D. Charassin, B. Lachaux, 1999.

Résumé : Le consentement a la particularité en psychiatrie de solliciter l'objet même du soin : le psychisme du patient. Il en résulte une complexité dont rendent peu compte les différents textes de loi. Ce constat a conduit à l'élaboration d'une Charte de la Compétence du Consentement dans le but d'explorer les différentes capacités mises en œuvre par le patient lors du consentement aux soins en psychiatrie. Elle a été évaluée par les médecins du CH Saint Jean de Dieu. Le recueil et l'analyse des données ont montré qu'une majorité des médecins ayant répondu au questionnaire a approuvé la charte avec toutefois une grande hétérogénéité d'appréciation des modalités et des possibilités de son utilisation.

♦ **Évaluation quantitative et qualitative de la population hospitalisée aux longs cours au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu** - R. Le Van Huy, B. Lachaux – C.H. Saint Jean de Dieu, 1999.

Résumé : L'étude visait à mieux appréhender l'importance numérique de cette population et les modalités de sa prise en charge. Elle montre que deux tiers des patients présentent des troubles schizo-affectifs et que les facteurs présumés d'échecs des projets de sortie sont, en premier lieu liés à la maladie toujours active bien avant le manque de structure d'accueil. Elle met en évidence la faible autonomie de cette population et il est apparu primordial de différencier, dans sa prise en charge, la dimension de l'hébergement de celle du soin.

♦ **Le symptôme d'hyperactivité – De l'écart entre clinique et nosographie** - M. Gillootz, P. Faure, C.H. Saint Jean de Dieu, article publié dans « L'Information Psychiatrique », n° 1 janvier 2002

Résumé : De nombreux travaux ont souligné les divergences entre le diagnostic de troubles hyperactifs avec déficit de l'attention décrit dans le DSM-IV et le diagnostic d'instabilité psychomotrice ou trouble hyperkinétique décrit dans la classification française. D'un côté une nosographie qui privilégie le symptôme comportemental et tente de l'objectiver en le quantifiant, de l'autre l'approche psychodynamique qui remplace le

symptôme dans l'économie libidinale du sujet. Cette question est abordée ici sur le terrain de la clinique au moyen d'une enquête réalisée auprès de cliniciens de deux secteurs de pédopsychiatrie et d'un CMPP, ces cliniciens se référant majoritairement à la psychanalyse. Les résultats d'une cohorte de 43 enfants montrent un important décalage entre la reconnaissance du trouble et l'utilisation des nosographies.

♦ **Une unité d'accueil des urgences dans un C.H.S. Réflexion autour de ses fonctions et de ses articulations avec le reste du dispositif d'accueil des urgences de l'agglomération Lyonnaise.** D. Charvet Achard, A. Dazord, article publié dans « *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* », 14 : 97-100 ; 1998

Résumé : Dans le cadre d'une réflexion sur l'organisation de l'accueil des urgences sur le site hospitalier de l'hôpital Saint Jean de Dieu, une enquête de satisfaction a été menée auprès de partenaires médecins généralistes. L'objectif de cette étude était d'estimer (de manière indirecte) la pertinence et la lisibilité du dispositif d'accueil des urgences actuellement en place sur l'hôpital. Les résultats révèlent que dans l'ensemble, la majorité des médecins généralistes sont satisfaits de la qualité des soins d'urgence, mais le sont moins du retour d'information et de la communication qu'ils associent à un manque de disponibilité des psychiatres. C'est à partir de ces résultats qui ont pu interroger certains psychiatres de Saint Jean de Dieu, qu'une réflexion a été conduite autour de la place et des fonctions attribuées aux Service d'Urgence d'un Centre Hospitalier Spécialisé de la région Lyonnaise.

♦ **L'urgence à l'hôpital psychiatrique : une approche par enquête.** D. Charvet Achard, A. Dazord, J.F. Vanderhaeghe, P. Baron, P. Faure, article publié dans « *Annales Psychiatriques* », 16 : 35-9 ; 2001.

Résumé : Plusieurs enquêtes au cours des dernières années ont été réalisées pour évaluer le fonctionnement des urgences à l'hôpital Saint Jean de Dieu. L'objectif était d'une part descriptif, pour une meilleure connaissance de la clientèle, mais il s'inscrivait d'autre part dans une réflexion sur la réorganisation du dispositif d'accueil à l'hôpital.

Le DIM a également contribué à plusieurs études relatives à la toxicomanie, aux trajectoires et aux modes d'utilisation des soins par les toxicomanes (enquêtes réalisées avec des structures hospitalières et des médecins de ville) avec la collaboration de M. Coppon, médecin au C.H. Saint Jean de Dieu et de Ph. Giffard, généraliste.

Cette liste n'est pas exhaustive. Le Département d'Information Médicale a participé à d'autres travaux en collaboration avec les équipes du C.H. Saint Jean de Dieu, tels que : la prise en charge des adolescents en structures alternatives, la clientèle des CMP, la prise en charge de la douleur, les situations de violence, les mises en chambre d'isolement, la communication autour des situations cliniques, les représentations du soin en Santé Mentale.

*<http://meteore.ish-lyon.cnrs.fr>

La maternité psychique : une enquête régionale

C. Péchiné, G. Ardaillon, M. Fau, P. Faure, M. Fournier, A. Poizat

En 2001, le Comité technique régional de la naissance de la région Rhône-Alpes a souhaité réaliser un état des lieux et inventorier l'organisation des soins psychiques des mères et des bébés dans les maternités et les services de néonatalogie. L'espace Météore du DIM de l'hôpital Saint Jean de Dieu à Lyon a apporté un appui méthodologique et technique. Un questionnaire a été adressé aux 73 établissements de la région qui comportent une maternité et / ou à un service de néonatalogie. Il s'agissait d'identifier le statut de l'établissement, de décrire la prise en charge existante et les spécialistes qui interviennent, de pointer les demandes de formation, et de connaître la formalisation des réseaux et du partenariat.

L'enquête permet de décrire le dispositif de prise en charge. C'est l'intervention en urgence qui domine plutôt que la permanence des soignants. La présence des « psy » peut être très méconnue. La psychiatrie générale et la pédopsychiatrie devraient donc s'articuler avec des modalités d'intervention complémentaires. Le secteur public et l'hospitalisation privée présentent une organisation très différente.

La formation à la dimension psychique est très souhaitée : deux maternités sur trois ont engagé une formation qui approche la dimension psychique, qu'il s'agisse de l'annonce du handicap, des interruptions médicales de grossesse, de l'allaitement maternel, ou du deuil périnatal. Quelques-unes ont lieu en équipe, et sont alors militantes et engagées. D'une manière générale, la formation d'équipe sur ces sujets est peu fréquente : les formations sont éparpillées, et très isolées. Certaines ont attiré quelques gynécologues mais les sages-femmes sont les plus motivées et participantes.

Le partenariat est ponctuel ; lorsqu'il existe, il n'est pas formalisé. Il n'y a pas de réseau. Les partenaires concernés sont la protection maternelle et infantile dans trois cas sur quatre, la psychiatrie générale dans plus d'un cas sur deux et la pédopsychiatrie dans moins d'un cas sur deux.

Une telle étude aboutit à un constat d'insuffisance. Elle identifie le besoin d'aide à la mobilisation des équipes et des pouvoirs publics. Elle figure en annexe à la Charte constitutive des réseaux périnataux. Un annuaire accessible et vivant, sous forme de répertoire des cliniciens doit être élaboré.

Appel à contributions

Compte tenu de l'intérêt du sujet, **Pour la Recherche** lance un appel à contributions.

Faites part de vos expériences et de vos travaux dans ce domaine.

poumlarecherche@internet-medical.com

Prise en charge des jeunes suicidants dans les établissements accueillant des urgences en région PACA

Dany L., Verger P. et le Groupe Régional « Jeunes suicidants PACA »

Les tentatives de suicide (TS) représentent un problème de santé publique important chez les jeunes et posent la question de leur prise en charge. La prévention des récidives est un enjeu national et régional. Les TS sont plus fréquentes que les suicides aboutis chez les jeunes (30 à 60 fois) ; le risque est majoré chez les jeunes filles ; l'intoxication médicamenteuse est le moyen le plus utilisé ; le risque de décès par suicide et par mort violente est majoré après une TS. Il existe de 10 à 40 % de récidives ; le taux de récidives augmente avec l'âge et en cas de pathologie mentale ; 1/3 des récidives a lieu dans l'année qui suit la TS ; le risque de décès par suicide et par mort violente est majoré chez les récidivistes. Les centres hospitaliers ont un rôle important à jouer dans la prise en charge des suicidants : 90 % de ceux qui établissent un contact avec le système de soins passent par les centres hospitaliers. Dans ce sens des recommandations concernant leur prise en charge hospitalière ont été élaborées sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Dans ce contexte une étude régionale a été effectuée. Son objectif a été d'évaluer les modalités de prise en charge des jeunes suicidants au sein des centres hospitaliers en Provence Alpes Côte d'Azur (PACA). L'enquête a été conduite conjointement à un audit clinique de l'ANAES. Elle a porté sur les patients de 11 à 25 ans, et a concerné tous les cas pendant 3 mois dans 19 établissements de la région. Un questionnaire a été rempli pour chaque TS : il a porté sur les critères de bonne pratique définis par l'ANAES, sur les caractéristiques individuelles des suicidants, et sur celles de la TS. Ce travail a été réalisé en collaboration avec un comité de pilotage comprenant des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du suicide, le référent régional de l'ANAES, la DRASS de PACA, le responsable du Programme Régional de santé des enfants et des jeunes et le conseil régional PACA¹.

Les analyses ont porté sur 391 cas de TS consécutives. L'échantillon comportait une majorité de filles (77 %), mais la proportion de garçons augmentait avec l'âge. Plus d'un suicidant sur deux avait de 18 à 25 ans. Plus d'un jeune suicidant sur deux était scolarisé et un jeune sur deux vivait avec ses parents. Plus du tiers des TS était une récidive. L'intoxication médicamenteuse était à une très large majorité (85 %) le moyen le plus utilisé. La très large majorité des TS (95 %) n'engageait pas le pronostic vital. **Une pathologie mentale a été diagnostiquée chez plus d'un patient sur deux.** Enfin, six fois sur dix les patients quittaient l'établissement dans un délai de 24 heures.

Dans l'étude, moins de 40 % des suicidants sont restés hospitalisés plus de 24 heures sans sortir contre avis médical. Ce constat concerne davantage les adolescents les plus âgés, et traduit probablement une faible adhésion vis-à-vis de la prise en charge. Les critères de l'ANAES pour la prise en charge initiale étaient réalisés dans la majorité des cas (en moyenne neuf cas sur dix). Concernant le déroulement de l'hospitalisation, les critères étaient réalisés en moyenne dans six cas sur dix, notamment l'évaluation du risque de récidive, quel que soit le groupe de suicidants. Enfin, les critères concernant la préparation à la sortie et le suivi après la sortie n'étaient réalisés en moyenne que dans quatre cas sur dix. Ce dernier point paraît préoccupant car l'absence de préparation à la sortie favorise un manque de continuité dans la prise en charge.

Les facteurs associés à une moindre réalisation des critères (moins de 8 critères réalisés sur 16) ont été étudiés par une régression logistique multiple descendante, l'âge et le sexe étant forcés dans le modèle. Le sexe, la gravité somatique de l'acte suicidaire, le nombre de récidives, le mode de vie, l'activité professionnelle et / ou scolaire et le moyen utilisé n'étaient

pas associés à la réalisation des critères. Par ailleurs, la prise en charge en Unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), l'absence d'un diagnostic de pathologie mentale, une durée d'hospitalisation de moins de 24 heures et une sortie contre avis médical étaient très significativement associés à la moindre réalisation des critères.

L'analyse statistique n'a pas mis en évidence d'association entre la réalisation des critères et le fait qu'il s'agissait ou non d'une récidive, ce qui semble confirmer la prise en compte inadéquate de ce facteur de risque. En revanche, la réalisation de ces critères était significativement associée au type d'établissement. La moindre réalisation des critères de prise en charge au sein des UPATOU peut s'expliquer par le fait qu'ils ne disposent pas de moyens équivalents à ceux des pôles spécialisés d'urgence (POSU) et des services d'accueil d'urgence (SAU) (présence continue d'un psychiatre par exemple). Le score de réalisation des critères était plus élevé pour les suicidants pour lesquels une pathologie mentale avait été diagnostiquée. Ce résultat peut s'expliquer par une attention plus importante des soignants à l'égard des jeunes présentant une pathologie mentale, mais également par une meilleure compliance de ces jeunes. L'ANAES recommande une hospitalisation des jeunes suicidants chez lesquels une pathologie mentale a été diagnostiquée afin de renforcer leur prise en charge.

Enfin, la réalisation des critères était d'autant plus faible que la durée de la prise en charge était faible ou que les jeunes suicidants étaient sortis contre avis médical, indépendamment des autres variables. Dans notre étude, près d'un suicidant sur deux a quitté l'établissement moins de 24 heures après l'hospitalisation et un sur dix est sorti contre avis médical. Ce résultat souligne bien qu'une prise en charge adéquate nécessite une durée minimale. Le défaut d'adhésion des patients à une prise en charge en milieu hospitalier est flagrant pour les sorties contre avis médical ; de même, la fréquence des sorties précoces (près de la moitié des cas) pose aux soignants la question du manque d'adhésion des patients à la prise en charge.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence un certain nombre de points à améliorer : **moins de la moitié des jeunes suicidants ont bénéficié d'une prise en charge hospitalière de plus de 24 heures** et, dans un nombre de cas non négligeable, la prise en charge n'a pas pu être réalisée dans les conditions optimales, tout particulièrement pour la préparation à la sortie. L'amélioration de la prise en charge des jeunes suicidants passe également par la formation du personnel soignant, des programmes de sensibilisation des suicidants et de leurs proches et un renforcement de l'organisation et des moyens inhérents à cette prise en charge. La mise en place de structures alternatives, adaptées à la prise en charge de ces jeunes, demeure à n'en pas douter une démarche indispensable, ainsi que le développement de réseaux pour faciliter la coordination des soins et le suivi des soins. Tels sont les objectifs qui ont été assignés au Programme Régional de Santé des enfants et des Jeunes en PACA.

1. Psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres : Dr. Blanc-Pardigon, Pr. Myquel, Dr. Goujon, Dr. Chiaroni, Dr. Lorient, Dr. Naudin, Dr. Pignoly, Dr. Raoult-Cain, Dr. Samuelian, Dr. Hentgen, Mme Artaud

2. DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur : M. Coetmeur, Mme Marquis, Mme Prodhon, M. Melquiond

3. DDASS des Bouches-du-Rhône : Dr. Coruble

4. Conseil régional PACA : M. Acar, M. Podjleski

5. ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur : M. Dany, Dr. Obadia, Dr. Verger

6. Référent régional ANAES : Dr. Soutif

Questionnaire adressé à tous les DIM (Cf. article p. 3)

1 - Le DIM et ses moyens

Combien y a-t-il de médecins au DIM ? Nombre de personnes : ETP :

Un médecin du DIM est il (plusieurs réponses possibles s'il y a plusieurs médecins) :

Psychiatre ?	Oui	Non
Médecin de santé publique ?	Oui	Non
Autre (Préciser).....		

Le (ou les) médecins du DIM conserve(nt) il(s) une activité clinique ? Oui Non

Y a-t-il d'autres collaborateurs (non médecins) au DIM ? Oui Non

Si oui, combien ?	Nombre de personnes :	ETP :
Secrétaire(s) ?	Oui	Non
Techniciens(s) ?	Oui	Non
Autre (préciser) ?.....		

Pour les questions suivantes, considérez seulement l'activité du DIM pour la psychiatrie, même si votre établissement comporte plusieurs spécialités médicales ou chirurgicales.

L'information médicale est elle recueillie :

Papier et crayon ?	Oui	Non
Ordinateurs mono-postes ?	Oui	Non
Réseau avec serveur ?	Oui	Non

En cas de serveur, s'agit-il :

D'un serveur dédié à l'information médicale ?	Oui	Non
D'un serveur commun avec l'administration ?	Oui	Non

Quel logiciel utilisez vous pour les données de la fiche par patient ?

.....

Disposez vous de logiciels d'exploitation de statistiques ? Oui Non

Si oui, lequel (lesquels) ?.....

2 - Le DIM et la recherche en psychiatrie

Le DIM participe-t-il à la préparation à l'accréditation dans l'établissement ?

	Oui	Non
Si oui à quel titre ?		
Comité de pilotage ?	Oui	Non
Cellule qualité ?	Oui	Non

Le DIM participe-t-il à un (des) projet(s) d'amélioration de la qualité dans l'établissement ? Oui Non

Si oui, sur quel(s) sujet(s) ?.....

Le DIM a-t-il effectué des études ou travaux de recherche, seul ou en collaboration avec d'autres équipes de l'établissement (en dehors de la présentation des rapports annuels de secteur) ? Oui Non

Si non, souhaiteriez vous conduire des études ou des recherches ? Oui Non

Dans ce cas, sur quel sujet ?.....

Si oui, ces travaux ont ils été valorisés :

☐ Par une présentation orale lors d'une réunion scientifique ? Oui Non

Si oui, veuillez joindre les références (titre, auteurs, résumé, date, lieu, nature de la réunion)

☐ Par une publication ? Oui Non

Si oui, veuillez joindre les références précises de la (des) publication(s), et si possible une copie ou un tiré à part. Ces références seront publiées sur le site de Psydoc-France.

Le DIM a-t-il participé à des études ou à des recherches en collaboration avec une (des) équipe(s) extérieure(s) ? Oui Non

Si oui, s'agit il		
D'autres DIM ?	Oui	Non
D'équipes de recherche (INSERM...) ?	Oui	Non
D'équipes universitaires ?	Oui	Non
D'observatoire régional de la santé ?	Oui	Non
DREES, ARH, DRASS, DDASS ?	Oui	Non

Si oui, quel a été (quels ont été) le(s) sujet(s) de ces études ou de ces recherches ?

.....

Si oui, veuillez joindre les références (titre, auteurs, résumé, date)

Le DIM a-t-il obtenu un financement spécifique pour des études ou des recherches ? Oui Non

Si oui, précisez :.....

Quelles sont à votre avis les trois priorités de développement pour votre DIM ?

1.....2.....3.....

3 - les liens

Faites vous partie d'une association de DIM ? Oui Non

Si oui, veuillez noter ses coordonnées :

La « littérature grise »

Michaël Villamaux, François Chapireau

Dans le jargon des chercheurs et des documentalistes, on appelle « littérature grise » les thèses, mémoires, rapports et études de toutes sortes qui ne donnent pas lieu à publication, alors que leur intérêt peut être considérable. Les DIM ont leur part dans cette production, soit de manière directe, soit en collaboration.

Le rapport que nous présentons ici nous a paru remarquable à plus d'un titre.

En premier lieu, il apporte des informations sur la continuité des soins des patients entre les praticiens de ville et les lieux d'hospitalisation publique ou privée. Ce type de données est rarement retrouvé dans les publications internationales. C'est peut-être la première étude sur ce sujet en France.

En second lieu, il pose sur les soins un regard vivant, bien au delà des données habituelles « de flux et de stock » appréciées d'après leur augmentation ou leur diminution. L'hospitalisation est envisagée comme un moment thérapeutique complexe. La trajectoire de soins est un objet d'investigation : le mode d'accès à l'hospitalisation, ses motifs, et le lieu où se rend le patient à sa sortie. L'analyse des données inclut le jugement du psychiatre traitant : la structure est-elle adaptée à l'état du patient à l'admission ? la durée du séjour a-t-elle été adéquate à l'état du patient ? les modalités effectives de sortie ont-elles correspondu à ce qui aurait été indiqué ?

Enfin, l'étude a été rendue possible par la collaboration de nombreux partenaires. Bien plus, elle n'aurait pas pu avoir lieu sans une pratique déjà ancienne et éprouvée du recueil méthodique de l'information et de son interprétation loyale. Sans réseau régional des DIM, sans conférence des présidents de CME, sans Union Régionale des Médecins Libéraux... (etc.), pas d'enquête !

En Grande Bretagne, en Allemagne, dans les pays scandinaves, un tel travail donnerait lieu à une série d'articles dans une revue réputée. Le format de notre revue ne permet que de donner un bref aperçu de ce rapport de 104 pages, dont le chef de projet a été madame le docteur Marie Pauline Benetier¹ de l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie. La représentante des DIM d'Aquitaine a été madame le docteur Hélène Brun-Rousseau². F. C.

Le service médical de l'assurance maladie de la région Aquitaine a récemment publié, en collaboration avec l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine, les résultats et conclusions d'une étude concernant les patients en hospitalisation complète en psychiatrie en Aquitaine. Cette recherche avait pour objectif « de décrire le profil des patients admis en hospitalisation complète, leur adéquation à la structure et leur parcours en amont et aval de l'hospitalisation, d'évaluer les difficultés signalées par les professionnels de santé pour la prise en charge hospitalière de ces patients. ». Cette étude a concerné l'ensemble des patients admis en hospitalisation complète dans les établissements publics et privés aquitains du 01 au 14 octobre 2000 inclus, soit 1020 patients dont un tiers « pouvait être considéré comme « nouveau patient » (pathologie ayant débuté dans l'année ou plus ancienne mais n'ayant jamais nécessité d'hospitalisation). Nous vous présentons, les principales conclusions de ce rapport.

Les caractéristiques générales des patients peuvent être résumées ainsi. Contrairement à ce qui a pu être observé dans d'autres études les femmes sont majoritairement représentées (54,9%). « Cette différence est très probablement liée au mode de sélection des patients. Les enquêtes citées en référence ont été réalisées sous un mode transversal majorant la représentation des pathologies chroniques. Or, une prédominance masculine de la population a été le plus souvent décrite dans ce type

de pathologie ». L'âge moyen, tout sexe confondu, était de 45,4 ans. Sur le plan socio-économique, « seuls 31,4% des patients en âge de travailler et non scolarisés avaient une activité professionnelle. Le taux de patients âgés de 20 à 60 ans recevant soit une AAH, soit une PI, soit un RMI était de 40 %. Parmi eux, 25,6% bénéficiaient d'une AAH et 7,7% du RMI pour respectivement 1,5% et 1,8% de la population générale en Aquitaine ». Malgré le nombre important de nouveaux patients, il est important de rappeler que « sept patients sur dix avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie au jour de l'enquête, quatre patients sur dix ont nécessité au moins une nouvelle hospitalisation en psychiatrie dans les huit mois suivant l'hospitalisation ». Sur le plan diagnostic, « les principales pathologies représentées étaient les troubles de l'humeur (à l'origine de 35,6% des hospitalisations) et la schizophrénie (18,2%) ». Il est intéressant de noter que les « patients âgés de plus de 65 ans représentaient 13,9% de la population. En considérant, les motifs de l'hospitalisation ainsi que les pathologies de fond, une démence affectait 26% d'entre eux. Ces patients étaient caractérisés par une plus grande fréquence des troubles de l'humeur (43% versus 34,4% chez les autres patients), une pathologie plus récente (32% de pathologies ayant débuté dans l'année versus 15,6%), des antécédents d'hospitalisation psychiatrique moins fréquents (62% versus 72,6%) ».

L'analyse des conditions d'hospitalisation met en évidence une augmentation de la fréquence des hospitalisations sous contrainte. En effet, « 20,1% des hospitalisations étaient des hospitalisations sous contrainte (15% d'hospitalisations d'office et 5,1% d'hospitalisation à la demande d'un tiers). Ce taux était plus élevé que celui de 13,2% décrit par les observatoires régionaux de santé en France métropolitaine en 1998. Dans les années cinquante, les mesures de contrainte concernaient l'ensemble des patients hospitalisés dans les structures publiques. Ce type d'hospitalisation a progressivement décliné au cours des années suivantes, ce mode d'hospitalisation représentant seulement 10% des entrées en 1988. Puis cette tendance s'est inversée ». L'étude des différences entre les établissements publics et privés semble mettre en évidence que dans « les établissements publics, la population accueillie se caractérisait par un âge médian plus jeune (41 ans versus 48 ans), une proportion plus importante de célibataires (45,8% versus 36,1%), une part moins importante de patients en activité (27,9% versus 42,6%). Les pathologies psychotiques étaient plus fréquentes (20,1% versus 12,4% dans le privé) et le taux de patients inadéquats à l'entrée plus important (16,2% versus 6%) ». Dans les établissements privés, « la part de patients adressés par un médecin était plus importante (88,8% versus 59,9%) et plus d'un patient sur deux ont été hospitalisés pour des troubles de l'humeur (51,4% versus 30,5%) ».

Enfin, l'analyse de la prise en charge extra hospitalière, aspect très original de cette étude, a permis d'observer que « le nombre médian de consultations remboursées par patient était au nombre de 15, toutes spécialités médicales confondues, 11 pour les consultations réalisées par un psychiatre libéral. Répartie sur les 19 mois de consommation potentielle (compte-tenu de la durée moyenne de séjour), cette fréquence de consultations correspondait à moins d'une consultation par mois, en concordance avec le nombre médian de délivrances de psychotropes (n=16). [...] Le « nomadisme médical » est apparu limité puisque seuls 10,9% des patients ont consulté plus de quatre psychiatres différents durant la période. L'étude des prescriptions de psychotropes montrait une participation importante des médecins généralistes à ces traitements puisqu'ils étaient à l'origine de plus de 50% des délivrances. L'évolution de ces traitements avant et après l'hospitalisation

n'a été étudiée que chez les patients ayant présenté au moins trois délivrances de psychotropes avant l'hospitalisation. La proportion de patients dont le traitement a été modifié à l'occasion de l'hospitalisation était plus importante chez ceux suivis exclusivement par un médecin généraliste. Parmi les patients traités par un neuroleptique, le traitement a été arrêté ou initié chez 64,6% des patients suivis exclusivement par un médecin généraliste pour 49% des autres patients. De même parmi les

patients traités par un antidépresseur, on retrouvait des modifications thérapeutiques chez 34,5% des patients suivis exclusivement par un médecin généraliste pour 24,5% des autres patients. M.V.

1. marie-pauline.benetier@ersm-aquitaine.cnamts.fr
2. helene.brun-rousseau@cadillac.aquisante.fr

Programme « Sciences biomédicales, santé société » CNRS/INSERM/MiRE

Appel d'offres 2003 : Thème « santé mentale »

Dans un contexte de grandes transformations qui ont affecté au cours du dernier quart de siècle le domaine de la santé mentale et des profondes mutations, y compris législatives et réglementaires, qui affectent les systèmes de soins et de prise en charge en psychiatrie et en santé mentale, cet appel à projets de recherche mettait l'accent sur deux points clé : d'une part les modèles et les représentations de la pathologie et de la santé mentale, d'autre part les politiques publiques, les institutions et les pratiques professionnelles. L'objectif était de parvenir à une meilleure compréhension des processus à l'œuvre afin, notamment, de contribuer à éclairer les décisions et à infléchir les modes de gestion.

Cinq projets ont été retenus.

Responsable scientifique	Intitulé du projet	Durée	Euros HT
Clément Bonnet , FASM Croix Marine	Associatif et santé mentale	1 an	7 600
Françoise Champion , CNRS	Les « Psychotérapeutes non-académiques » entre champ de la santé mentale et marché du mieux-être	1 an	5 880
Julie Descelliers , CNRS	Pratiques de prise en charge et de recherche sur les schizophrénies : ethnologie d'un dispositif hospitalo-universitaire	2 ans	40 000
Marie-Odile Krebs , Inserm	Analyse des trajectoires de soins et des parcours de patients souffrant de trouble psychotique. Etude préalable à la mise en place d'un réseau de soin et de détection	1 an	80 000
Isabelle Maillard , CNRS	Réseau de santé mentale et adolescents : le cas sud-Yvelines	2 ans	40 000

**Le Prochain numéro de *Pour la Recherche*
présentera les recommandations longues issues de la
conférence de consensus sur**

« Conséquences de maltraitements sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir »

FFP

FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

9, rue Brantôme - 75003 - Paris
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

- ☐ A la Direction Générale de la Santé dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.
- ☐ À l'Institut Lilly qui assure le budget de sa diffusion aux psychiatres français.
- ☐ À l'A.F.P., à la S.I.P., la S.F.P.E.A. et au C.N.U.P., pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 4000 exemplaires - ISSN : 1252-7695
Commission Paritaire n° 0405 G 75389



ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 20 € (France), 25 € (Institutions), 30 € (étranger)

**(4 numéros - abonnement 2003)
à**

**Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS**