

Adresse e-mail : mmarsili@epsm-lille-metropole.fr (M. Marsili)

Contexte L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a inscrit la participation de tous les acteurs concernés par la classification internationale des maladies (CIM) dans son processus de révision. L'implication des usagers et des aidants jusque-là partielle, est de plus en plus importante et implique une nouvelle méthodologie de révision où leurs rôles ne soient pas annexes mais essentiels, tout en respectant le cadre contraint de la révision. Des travaux préliminaires menés à Lille et à Montréal ont souligné l'importance de travailler avec les usagers et aidants sur les lignes directrices de la CIM et sur l'intégration d'éléments contextuels à la classification.

Objectifs – Garantir la participation des usagers et aidants au processus de révision de la CIM.

– Intégrer des éléments contextuels à la classification.

– Proposer des recommandations à l'OMS permettant d'aboutir à une classification des troubles mentaux et du comportement compréhensible et acceptable par toutes les parties prenantes.

Méthode Étude internationale, formative et participative, multicentrique, conduite auprès des usagers, des aidants et des professionnels volontaires entre 2014 et 2015. Axes :

– intégration d'éléments contextuels dans la classification des troubles mentaux et du comportement ;

– relecture de la classification sur le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques primaires.

Recueil des données : utilisation d'une triangulation de méthodes :

– réunions de travail et focus groupes ;

– analyse de documents ;

– questionnaire électronique.

Analyse des données Réalisation d'une analyse statistique, d'une analyse de contenu, et création de cartes mentales

Résultats attendus Des recommandations claires et précises pour l'OMS seront élaborées à l'issue de ce projet. Celles-ci devront permettre d'aboutir à une classification des troubles mentaux et du comportement compréhensible et acceptable par toutes les parties prenantes, et sur le long-terme moins stigmatisante pour les usagers et aidants.

Mots clés Santé mentale ; Classification internationale des maladies ; Trouble des conduites alimentaires ; Culture

Déclaration d'intérêts Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Pour en savoir plus

International Advisory Group for the revision of the ICD-10 mental and behavioral disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86–92.

Reed GM, Daumerie N, Marsili M, Desmons P, Lovell A, Garcin V, et al. Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones. *L'information psychiatrique* 2013;89:303–9.

Uher R, Rutter M. Classification of eating and feeding disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80–92.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.107>

P084

Prise en charge de personnes âgées dans les services d'urgences psychiatriques, critères d'hospitalisation et motifs de consultation : état des lieux au SAAU de Pau

G. Brun (Interne)*, B.K. Azorbly, T. Della, M. Celhay
Centre hospitalier des Pyrénées, Pau, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : brungabriel@hotmail.fr (G. Brun)

Le nombre de personnes âgées (PA) est en constante augmentation en France comme dans les pays développés. Les PA de plus de 75 ans représentaient 8% de la population métropolitaine en 2002. Elles seront selon l'INSEE 9,6% en 2020 et 16,1% en 2040. Parallèlement

de plus en plus de patients relevant de prise en charge gérontopsychiatrique se présentent dans les services d'urgences notamment psychiatriques.

Au CHS de Pau il existe un service d'urgence psychiatrique (SAAU) pour les admissions et un service de 20 lits d'hospitalisation de gérontopsychiatrie pour les patients de plus de 75 ans souffrant de pathologie psychiatrique.

La décision d'hospitalisation en psychiatrie est une décision médicale. Elle ne se conçoit que pour les personnes âgées dont le pronostic vital n'est pas engagé et présentant de troubles psychiatriques aiguës ou chroniques avec signes de décompensation aiguë sans comorbidités neurologiques ou démentielles décompensées. Toute situation ne nécessitant pas d'hospitalisation en psychiatrie ferait objet d'un suivi par l'équipe mobile de gérontopsychiatrie et permettrait de garantir un retour à la structure d'origine (domicile ou autre) avec l'assurance d'un suivi et d'une continuité des soins. Cependant, il apparaît que les décisions de prise en charge ne sont pas en adéquation avec ses principes en particulier en ce qui concerne les motifs principaux d'hospitalisation.

Afin de faire le point sur les indications d'hospitalisation en gérontopsychiatrie nous avons réalisé une étude rétrospective concernant les patients de plus de 75 ans s'étant présenté au SAAU de Pau au cours du 1er trimestre 2014.

Nous nous sommes intéressés à recueillir via les dossiers informatisés des patients les motifs de consultations, les antécédents ainsi que le devenir de ceux-ci.

Mots clés Urgences psychiatriques ; Gérontopsychiatrie ; Démence

Déclaration d'intérêts Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Pour en savoir plus

Lana P. Situations cliniques selon les populations : la personne âgée. In: *Urgences Psychiatriques*. Masson, 2008:452–69.

Belmin J, et al. Démence du sujet âgé. In: *Viellissement*. Masson, 2011:169–86.

Société Francophone de Médecine d'Urgence : <http://www.sfm.org>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.108>

P085

Une cohorte de personnes ayant un premier arrêt maladie de longue durée (plus de 6 mois) pour dépression en 2011

S. Samson*, J.-P. Fagot, A. Cuerq, A. Fagot-Campagna
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : solene.samson@cnamts.fr (S. Samson)

Introduction Au cours d'un épisode dépressif, un arrêt maladie peut permettre de gérer les situations de stress. Cependant, la prolongation excessive de l'arrêt peut aggraver l'anxiété et entraîner une désocialisation, mais aussi témoigner de la gravité de la maladie. Notre objectif est de décrire les patients avec arrêt de longue durée pour dépression, analyser leur recours aux soins, identifier des facteurs prédictifs des arrêts, et suivre leur devenir.

Méthodes Les bases de l'assurance maladie (SNIIRAM/PMSI) ont été utilisées pour constituer une cohorte de bénéficiaires du régime général, âgés de 20–69 ans, débutant en 2011 un arrêt maladie > 6 mois pour dépression et sans antécédent d'arrêt long en 2010 pour ce motif.

Résultats En 2011, 84 000 personnes (2,6 pour 1000) étaient en arrêt maladie long pour dépression. Parmi celles-ci, 34 000 (1,1 pour 1000) l'avaient débuté en 2011 et constituent la cohorte (âge moyen 46 ans, femmes 66%). L'arrêt était prescrit dans 75% des cas par un médecin généraliste, 10% un psychiatre libéral et 12% un médecin salarié. Dans l'année précédant l'arrêt, 27% avaient consulté un psychiatre libéral, et 57% dans l'année

précédant ou suivant le début de l'arrêt. L'année précédente, 43% des patients avaient eu ≥ 3 délivrances d'antidépresseur et 83% l'année suivante. Pour 39% on retrouvait : ≥ 1 comorbidité somatique identifiée par une ALD ou une hospitalisation (23%), une ALD psychiatrique (21% dont 89% pour dépression), une hospitalisation en MCO à ± 3 jours de l'arrêt (5,5% dont 6% pour tentative de suicide et 14% pour pathologie psychiatrique).

Discussion Un recours au psychiatre libéral est observé dans les 2 ans (avant/après) pour environ la moitié des 34 000 patients ayant débuté un arrêt maladie de longue durée pour dépression en 2011. Les analyses sont en cours pour déterminer quels facteurs influencent le recours à ces arrêts et quelle en est l'évolution (invalidité éventuelle).

Mots clés Épidémiologie ; Épisode dépressif ; Arrêt maladie ; SNIIRAM ; PMSI

Déclaration d'intérêts Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Pour en savoir plus

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015 <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.109>

P086

Étude sur les hospitalisations d'office dans quatre régions françaises (Nord – Pas-de-Calais, Île-de-France, Aquitaine, Provence-Alpes) : analyse de l'hypothèse principale

J.-L. Roelandt^{1,*}, A. Crétin¹, J.-P. Baucheron², H. Brun-Rousseau³, V. Daoud⁴, L. Defromont⁵, J.-Y. Giordana⁶, J. Roguet⁷, M. Thalassinos⁸, H. Behal⁹, A. Duhamel⁹, M. Triantafyllou⁸

¹ EPSM Lille Métropole/centre collaborateur OMS, Hellemmes, France

² Centre hospitalier Édouard-Toulouse, Marseille, France

³ AAPIMEP, Cadillac, France

⁴ ARS Île-de-France, Paris, France

⁵ EPSM Lille Métropole, Ronchin, France

⁶ Centre hospitalier Sainte-Marie, Nice, France

⁷ DIM centre hospitalier de Cadillac, Cadillac, France

⁸ CASH Nanterre, Nanterre, France

⁹ Unité de méthodologie et de biostatistiques, CHRU de Lille, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ccoms@epsm-lille-metropole.fr (J.-L. Roelandt)

Cette enquête vise à étudier la variabilité du taux d'hospitalisation d'office (HO) constatée entre les départements. En 2007, ce taux variait de 1 à 10 [1].

L'objectif principal étant d'étudier cette variabilité en partant de l'hypothèse selon laquelle : « La variabilité du recours à l'HO n'est pas principalement en rapport avec la sévérité des troubles présentés par les patients ».

Depuis la loi en application au 1^{er} août 2011, la notion d'« HO » a été remplacée par « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) [2] ».

Une phase transversale sur un an vise, à évaluer de façon clinique le patient (diagnostic, MINI, EGF) et, à étudier les modalités du contexte d'entrée (questionnaires : patient, psychiatre ayant établi l'admission, équipe soignante, famille, médecin et/ou psychiatre traitant et élu local) [3]. Une phase longitudinale de suivi de cohorte sur 5 ans, à partir de l'inclusion, étudiera les parcours de soins à partir des relevés d'informations médicales. Les certificats médicaux et préférentiels sont également étudiés.

Le but de cette étude est d'essayer de faire émerger le ou les facteurs qui pourraient être à l'origine des disparités des taux, ce qui amènerait à pouvoir identifier comment prévenir les SDRE.

L'étude a été construite autour d'un plan statistique qui permettra de comparer les différents secteurs selon leur groupe d'appartenance (faible, moyen ou fort taux d'HO). Ces trois groupes seront décrits grâce à la distribution des taux de SDRE des secteurs participants. Le critère de jugement principal est un score global de fonctionnement (EGF3), cette communication le décrira avec les résultats statistiques qui découlent de la comparaison de ce score entre les 3 groupes de taux. Aucune différence significative n'a été observée entre les 3 groupes, sous tendant notre hypothèse de départ. D'autres analyses, sur l'offre de soins des secteurs nous amèneront vers plusieurs hypothèses secondaires.

Mots clés Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État ; Santé publique ; Politique santé

Déclaration d'intérêts Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

- [1] Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Étude d'impact, Assemblée nationale, janvier 2011. <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Etudes-d-impact/Lois-publiees>.
- [2] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- [3] Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976;33:766–71.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.110>

P087

La patientèle des psychiatres libéraux en 2012 : une description à partir des bases médico-administratives

J.-P. Fagot*, A. Cuerq, S. Samson, A. Fagot-Campagna
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-paul.fagot@cnamts.fr (J.-P. Fagot)

Contexte Le recours au psychiatre libéral est peu décrit en termes de nombre de consultations et de caractéristiques de la population. **Méthodes** Les patients du régime général d'assurance maladie ayant consulté au moins une fois un psychiatre libéral en 2012 ont été identifiés dans les bases médico-administratives nationales, afin de décrire les diagnostics d'ALD ou d'hospitalisation, consommations de soins et caractéristiques démographiques.

Résultats Près de 1 433 400 personnes (2,4%) ont consulté au moins une fois un des 6290 psychiatres libéraux en 2012. L'âge médian était de 44 ans avec une majorité féminine (64%). Le nombre moyen de consultations par patient dans l'année était de 10 ; 20% ($n = 286\ 300$) avaient consulté 1 fois, 49% ($n = 699\ 800$) 2–9 fois, 19% ($n = 266\ 500$) plus de 15 fois. La proportion des bénéficiaires de la CMU-c de 18–59 ans était de 8% contre 12% en population générale. Un quart des patients avaient un diagnostic de maladie psychiatrique identifiable par leur ALD ou une hospitalisation (18% par l'ALD23 seule). Un diagnostic de troubles psychotiques était retrouvé pour 5% des patients, dépression pour 10% et troubles maniaques et bipolaires pour 4%. Près de la moitié (46%) avaient eu ≥ 3 remboursements d'antidépresseur ou lithium dans l'année et 16% ≥ 3 antipsychotiques, et 35% ni diagnostic identifiable ni ces traitements. La fréquence des comorbidités somatiques différait peu de celle de la population générale.

Discussion Deux à trois personnes sur 100 consultent un psychiatre libéral dans l'année. Pour un quart seulement un diagnostic peut être identifié par une ALD ou une hospitalisation, mais des traitements antidépresseur (46%) ou antipsychotique (16%) sont fréquemment retrouvés. Près de 20% des patients n'ont consulté