



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Recommandations de codage des tentatives de suicide dans le RIM-P
en région Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 16 décembre 2016 à 18h
au Pôle Formation

Par Pierre Parmentier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Madame le Docteur Chloé DUMESNIL

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Anne-Claire STONA

**Travail mené en collaboration avec la Fédération Régionale de
Recherche en Santé Mentale**



Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations et définitions

ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAC	Centre d'accueil et de crise
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CIM-10	Classification Internationale des Maladies 10 ^e édition
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régionale et Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMP	Centre-Médico-Psychologique
CONDUITE SUICIDAIRE	Désigne les tentatives de suicide qui échouent aussi bien que celles qui aboutissent
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
DAS	Diagnostic associé
DIM	Département d'Information Médicale
DP	Diagnostic Principal
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPSM	Établissement Publique de Santé Mentale

F2RSM	Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (Nord-Pas-de-Calais)
GHS	Groupement Homogène de Séjours
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IDÉE SUICIDAIRE	Représentation mentale de l'acte ou l'idée de suicide qui peut être exprimée ou non par le sujet
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
R3A	Résumé d'Activité Ambulatoire Anonymisé
RIM-P	Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie
RPSA	Résumé Par Séquence Anonymisé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SUICIDAIRE	Celui qui signale le risque de recours au suicide par ses propos ou par son comportement
SUICIDANT	Celui qui a survécu à son geste autodestructeur
SUICIDE	Acte de se donner la mort
SUICIDÉ	Sujet dont le geste a été mortel
T2A	Tarifcation à l'activité
TENTATIVE DE SUICIDE (TS)	Passage à l'acte non fatal du suicidant
TIM	Technicien de l'Information Médicale
VAD	Visite à domicile

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	3
I.Histoire de l'épidémiologie du phénomène suicidaire.....	3
II.Mortalité par suicide.....	5
A.A l'international.....	5
B.En France et dans le Nord-Pas-de-Calais.....	6
III.Recueil de données statistiques concernant les pensées suicidaires et tentatives de suicide en France.....	7
A.Pensées suicidaires.....	7
B.Tentatives de suicide.....	8
C.Les sources de données disponibles pour quantifier les suicides et tentatives de suicide.....	9
1.Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).....	11
2.Base d'appels SAMU.....	12
3.Le Recueil d'informations médicales en Psychiatrie (RIM-P).....	13
a)Détail des données recueillies dans le RIM-P.....	14
b)Avantages, limites et perspectives de l'utilisation du RIM-P en épidémiologie du suicide.....	15
<i>i.L'exhaustivité du RIM-P.....</i>	<i>15</i>
<i>ii.La conformité du RIM-P.....</i>	<i>16</i>
<i>iii.Absence de recommandations de l'ATIH.....</i>	<i>16</i>
D.Le codage de la tentative de suicide.....	17
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	19
I.Enquête auprès des professionnels de psychiatrie: Volet « Chefs de service ».	21
A.Population étudiée.....	21
B.Déroulement de l'étude.....	21
C.Questionnaire / Variables Étudiées.....	21
II.Enquête auprès des professionnels de psychiatrie: Volet « Professionnels codant leurs prises en charges ».....	22
A.Population étudiée.....	22
B.Déroulement de l'étude.....	22
C.Questionnaire / Variables étudiées.....	22
III.Étape 2 : Enquête auprès des médecins DIM.....	24
A.Population étudiée.....	24
B.Déroulement de l'étude.....	24
C.Questionnaire/Variables étudiées.....	24

IV.Étape 3 : Recherche de consensus de codage de la TS.....	26
A.Population.....	26
B.Déroulement de l'étude.....	26
C.Questions abordées.....	27
RÉSULTATS.....	28
I.Enquête auprès des professionnels de psychiatrie : Volet « Chefs de service ».....	28
A.Connaissances, représentations et opinions du RIM-P.....	29
B.Organisation du codage.....	32
C.Codage de la tentative de suicide.....	35
II.Enquête auprès des professionnels de psychiatrie: Volet « Professionnels codant leurs prises en charges ».....	37
A.Caractéristiques des professionnels répondants.....	38
B.Codage des cas cliniques par les professionnels.....	40
C.Fréquence de codage et raisons de ne pas coder.....	44
III.Étape 2 : Enquête auprès des médecins DIM.....	46
A.Résultats des entretiens téléphoniques.....	46
B.Résultats questionnaire en ligne.....	47
IV.Recherche de consensus de codage de la TS.....	51
A.Réunion du 7 juillet 2015 et validation des propositions en ligne.....	51
1.Propositions retenues pour la question 1.....	52
2.Propositions retenues pour la question 2.....	52
3.Propositions retenues pour la question 3.....	53
B.Document de synthèse soumis à l'ARS et à l'ATIH et diffusé auprès des DIM	53
DISCUSSION/CONCLUSION.....	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57
ANNEXES.....	59
Annexe 1 : Étapes de lancement du RIM-P.....	59
Annexe 2 : Questionnaire à destination des chefs de service.....	60
Annexe 3 : Questionnaire à destination des professionnels.....	62
Annexe 4 : Grille d'entretien téléphonique référents DIM.....	63
Annexe 5 : Questionnaire en ligne à destination des DIM.....	64
Annexe 6 : Consignes de codage.....	65

RÉSUMÉ

Contexte : La surveillance épidémiologique systématique des tentatives de suicide prises en charge médicalement est récente. Elle existe depuis une vingtaine d'années en MCO par le biais du PMSI, et depuis 2006 en psychiatrie par le biais du RIM-P. Aucune étude n'a dressé un état des lieux du codage des tentatives de suicide en psychiatrie depuis la mise en place de ce recueil. L'objectif de ce travail a été de réaliser un état des lieux du codage des TS dans le RimP, puis une recherche de consensus de codage.

Méthode : Ce travail a comporté trois étapes successives. La première a concerné une enquête en deux parties auprès des chefs de services de psychiatrie et des professionnels de psychiatrie codants afin de dresser un état des lieux du codage de la TS dans le RIM-P. La seconde évaluait, auprès des médecins DIM, l'intérêt de réaliser une recherche de consensus du codage. La troisième étape a consisté en la réalisation d'une recherche de consensus de codage de la TS avec les médecins DIM du NPDC ayant une activité en psychiatrie.

Résultats : La première étape a permis de montrer que les chefs de service de psychiatrie avaient un avis plutôt favorable au RIM-P, ainsi qu'une pratique de codage hétérogène selon les endroits. On retrouvait chez les professionnels codant un codage relativement homogène à l'exception de certaines situations cliniques de TS. La seconde partie retrouvait un avis favorable des médecins DIM à la recherche d'un consensus de codage des TS dans le RIM-P. La troisième partie a permis d'interroger l'ensemble des médecins DIM du NPDC ayant une activité en psychiatrie

et a abouti en l'élaboration et la diffusion d'une recommandation de codage de la TS dans le RIM-P.

Conclusion : La diffusion de cette recommandation de codage auprès des professionnels codants devrait permettre d'améliorer la quantité et la qualité du codage ce qui pourrait permettre une meilleure veille épidémiologique des TS à partir de cette base de donnée.

INTRODUCTION

I. Histoire de l'épidémiologie du phénomène suicidaire

Dans toutes les cultures ayant laissé des traces et des témoignages sur la vie et la mort de l'être humain, on retrouve le phénomène suicidaire. Bien que ce phénomène soit universel, il a de tout temps eu un caractère tabou. Ce tabou persiste encore de façon plus ou moins intense selon les régions du monde, les cultures et les sociétés, ce qui a pu limiter pendant longtemps notre connaissance sur ce sujet.

De nos jours, le phénomène suicidaire des époques passées ne peut être appréhendé qu'au travers des textes anciens pour l'époque antique puis, à partir du moyen âge, par l'étude des registres de justice, les lettres de rémission et certaines chroniques. Au XIXe siècle les premiers travaux sur le sujet tels que ceux de Durkheim viennent compléter les données issues des registres et de la littérature, mais aucune surveillance épidémiologique n'était mise en place.

La première enquête épidémiologique psychiatrique d'envergure fût réalisée en 1980 aux États-Unis. En France, la surveillance des suicides est réalisée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) depuis seulement 30 ans, et la surveillance épidémiologique systématique des tentatives de suicides prises en charge médicalement n'est réalisée que depuis une vingtaine d'années par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) en Médecine-

Chirurgie-Obstétrique (MCO) et depuis 2006 par le Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P). Ainsi, jusqu'à une époque récente, aucun registre systématique de données concernant la surveillance du phénomène suicidaire n'existait. (1)(2)(3)(4)

De fait, le phénomène suicidaire est actuellement appréhendé par la confrontation de plusieurs bases de données qui, si elles sont de bonne qualité, peuvent nous permettre d'avoir une vision globale nous aidant à orienter les politiques de santé ainsi que la recherche et, à cibler les populations vers lesquelles des actions de prévention doivent être menées en priorité.

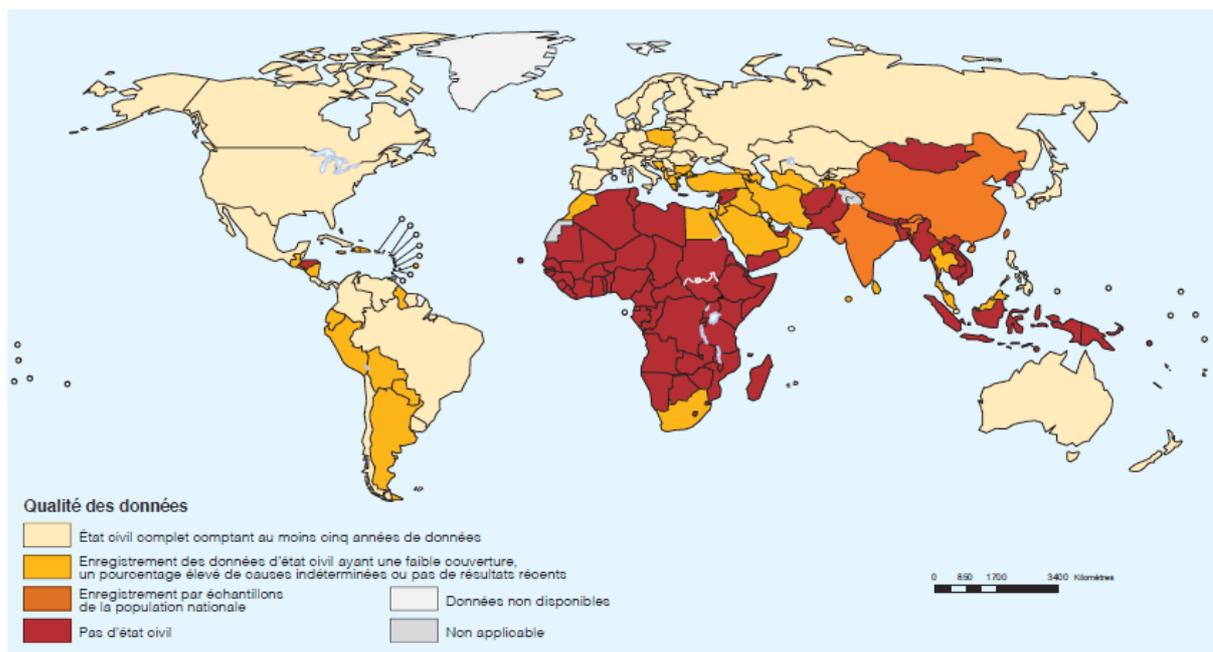
II. Mortalité par suicide

A. A l'international

En 2012 on estime que 804 000 suicides ont eu lieu dans le monde, soit un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes), ce qui représente un suicide toutes les 40 secondes. La France se situe dans les pays à taux élevés de suicide avec, selon le rapport de l'OMS de 2014, un taux de suicide standardisé de 12,3 pour 100 000 habitants (19,3 chez les hommes et 6,0 chez les femmes) pour l'année 2012. (5)

Sur les 172 états membres de l'OMS pour lesquels des estimations ont pu être réalisées, seuls 60 ont fourni des données d'état civil de qualité suffisante pour estimer le taux de suicide. A noter que la France fait partie des pays ayant renseigné des données jugées suffisantes pour la période 2008-2012.(5)

Comme il a été souligné précédemment, le suicide étant un sujet sensible voire tabou selon les endroits, on retrouve fréquemment une sous-déclaration ou des erreurs de classification. Dans la Classification Internationale des Maladies 10e édition (CIM-10), les suicides sont souvent classés à tort comme des « événements dont l'intention n'est pas déterminée » (codes Y10-Y34), des « accidents » (codes V01-X59), des « agressions » (codes X85-Y09), des « causes de mortalité mal définies et inconnues » (codes R95-R99).



Carte 1. Qualité des données sur la mortalité associée au suicide, 2012 (5)

B. En France et dans le Nord-Pas-de-Calais

L'épidémiologie du suicide est appréhendée par le biais du certificat de décès pour lequel une lésion auto-infligée selon la CIM-10 est indiquée en cause initiale. Ainsi, en France métropolitaine 10 359 décès par suicide ont été enregistrés au cours de l'année 2011, dont 795 dans la région Nord-Pas-de-Calais soit un taux de mortalité de 16,4 pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Les taux standardisés de mortalité par suicide chez les hommes sont plus élevés dans les régions et départements situés dans la partie Nord-Ouest de la France. Chez les femmes, dans cette même partie Nord-Ouest de la France on retrouve 3 des 4 régions connaissant le plus fort taux standardisé de mortalité par suicide.

Par ailleurs, une analyse plus fine des données révèle pour les années 2009-2011 une surmortalité par suicide de 34 % dans le Nord-Pas-de-Calais par rapport à la France métropolitaine. Cette surmortalité est plus élevée chez les hommes (41,3%) que chez les femmes (19,1%) et c'est dans la tranche 25-44 ans que l'on constate la plus forte surmortalité régionale dans les deux sexes. (6)

III. Recueil de données statistiques concernant les pensées suicidaires et tentatives de suicide en France

A. Pensées suicidaires

Les pensées suicidaires sont définies comme « la représentation mentale de l'acte ou idée de suicide [qui] peut être exprimée ou non par le sujet ». Celles-ci peuvent être approchées par des enquêtes spécifiques comme la baromètre santé (sondage aléatoire téléphonique) ou l'enquête Escapad (auto-questionnaire lors de la journée Défense et Citoyenneté). (7)

Dans le baromètre santé de 2010, on retrouvait que 3,9 % des personnes interrogées âgées de 15 à 85 ans avaient pensé à se suicider (4,4 % chez les hommes, 3,4 % chez les femmes). (8)

Dans le Nord-Pas-de-Calais, 1769 personnes avaient été interrogées et 3,9 % d'entre elles déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année (3,1 % chez les hommes, 4,9 % chez les femmes). Une extrapolation de ces données dans le Nord-Pas-de-Calais donne une estimation de 123 500 habitants ayant eu des pensées suicidaires. (6)

Les données issues de l'enquête Escapad 2011 nous apprennent que 10,1% des jeunes de 17 ans déclarent avoir eu des idées suicidaires (13,2 % chez les femmes, 7 % chez les hommes). (6)

B. Tentatives de suicide

Quatre principales bases de données nous permettent d'approcher l'épidémiologie des tentatives de suicide en France : les appels au centre 15, le réseau Oscour, le PMSI et le RIM-P. Chacune de ces sources a des avantages et inconvénients que nous discuterons par la suite. La diversité de ces sources et les limites inhérentes à leur nature et à la complexité du phénomène suicidaire compliquent la représentation épidémiologique fiable des tentatives de suicide.

En se basant sur les hospitalisations pour tentatives de suicide renseignées dans le PMSI-MCO, on observe que le Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions avec les taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide les plus élevés. En 2013, 7 375 personnes (3 310 hommes et 4 065 femmes) habitant le Nord-Pas-de-Calais ont eu recours à 8 626 hospitalisations pour tentative de suicide dans les services de MCO. On observe également que la réhospitalisation pour récurrence de TS dans l'année concerne 17 % des patients (16,3 % des hommes et 17,5 % chez les femmes). (6)

(9)

C. Les sources de données disponibles pour quantifier les suicides et tentatives de suicide

Plusieurs sources de données sont susceptibles de rendre-compte des tentatives de suicide et idées suicidaires. Parmi celles-ci certaines sont des recueils systématiques et a priori exhaustifs d'informations médico-administratives, telles que le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), le Recueil de l'information médicale en psychiatrie (RIM-P), ou le réseau Oscour® de surveillance coordonnée des urgences. D'autres sont les recueils non exhaustifs, organisés dans le cadre de la veille sanitaire comme le recueil des données des médecins généralistes (Réseau Sentinelles) et le recueil des données de SOS médecin. D'autres, sont des enquêtes itératives en population générale telle que l'enquête Baromètre santé. Enfin, mais de manière plus qualitative que quantitative, les associations d'écoute sont susceptibles de fournir un certain nombre de données. Les principales sources sont listées dans le tableau page suivante.

Concernant la mortalité par suicide, c'est la statistique annuelle des causes médicales de décès en France produite par le CépiDC, qui fournit l'information. (10)

Tableau 1. Sources de données sur les conduites suicidaires (hors mortalité par suicide) (10)

Type de recueil	Mode de recueil	Avantages	Limites	Sources de données	Contenu	Objectif	Avantages (TS)	Limites (TS)
Bases médico-administrative	Recueil routinier et systématique	Collecte routinière et systématique des données / Disponibilité rapide / Couverture de tout le territoire	Informations sur le sujet limitées / Qualité du recueil dépendante du codage / Anonymisation du recueil empêche la vérification par retour aux données sources	PMSH-MCO	Séjours hospitaliers en services de médecine, chirurgie et obstétrique	Tarifcation à l'activité	Apriori bien renseigné	Sous-codage probable car ne change pas la tarifcation du séjour / ne renseigne que sur les TS hospitalisées en MCO
				Rim P	Séjours hospitaliers et actes ambulatoires en psychiatrie	Surveillance et productions d'indicateurs	Renseigne sur la prise en charge psychiatrique	Exhaustivité imparfaite / ne renseigne que les cas prise en charge par la psychiatrie
				Réseau Oscour®	Admissions en service d'urgences	Veille sanitaire	Probablement plus représentatif des TS prises en charge par le système de soin	Exhaustivité imparfaite / absence de chaînage possible
Enquêtes déclaratives	Recueil par enquêtes transversales	Prévalence des déclarations de TS / Etude possible des facteurs de risque associés à la TS et des représentations sociales	Biais de recueil (mémorisation, désirabilité sociale...)	Baromètre santé	Evaluation des comportements, attitudes et perceptions des français liés à leur état de santé et à leurs prises de risque		Puissance des enquêtes, répétition des enquêtes tous les 5 ans	Biais liés à l'aspect déclaratif
				Enquête "santé mentale en population générale"	Evaluation de la prévalence des principaux troubles mentaux et représentations sociales liées à la maladie mentale		Etudes portant sur des grands échantillons	Biais liés à l'aspect déclaratif et enquêtes uniques
				Enquête "European study of the epidemiology of mental disorders"	Mesure de la prévalence des troubles psychiatriques, évaluation de leur sévérité, recherche des facteurs de risque et mesure des retentissements de ces troubles			
				Enquêtes auprès des populations spécifiques (jeunes, personnes sans domicile, personnes détenues...)	Connaissances sur les conduites addictives, la santé mentale, les pensées suicidaires de populations particulières			
Données des associations	Recueil d'informations qualitatives liées aux échanges	Données portant sur le contexte de la crise suicidaire et les facteurs de risque de suicide	Aucune mesure de prévalence / Anonymat donc pas de retour possible sur les données	SOS amitié, association Phare Enfants Parents	Données liées aux échanges téléphoniques ou messages électroniques	Informations sur les appels	Données qualitatives recueillies au moment de la crise	Aucune donnée de prévalence

Les objectifs poursuivis à travers ces différents recueils de données sont divers (tarification des soins, veille sanitaire, épidémiologie,..) et par conséquent, la pertinence et la précision des informations qu'ils contiennent sur les conduites suicidaires sont variables. L'utilisation de ces sources de données pour la surveillance de l'incidence des tentatives de suicide rencontre donc des limites inhérentes à la manière dont elles sont constituées.

L'intérêt du PMSI, du réseau Oscour® et du RIM-P est lié au mode de recueil systématique et routinier. Ces trois recueils, dont les données devraient se recouper et se compléter, auraient pour objectif de surveiller les tentatives de suicide prises en charges par le système de soins de façon relativement fiable. Le fait qu'ils ne nécessitent pas de recueil ad hoc et que la qualité du recueil ne dépende pas de la subjectivité de personnes enquêtées est un atout important, même si ces recueils ne peuvent rendre compte que des TS médicalisées aux urgences, en hospitalisation MCO ou en psychiatrie. Bien que ces ces trois bases de données s'affranchissent de la subjectivité des personnes enquêtées, elles peuvent être influencées par la subjectivité de la personne codante.

1. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Le PMSI est un dispositif qui permet la tarification à l'activité (T2A) des séjours hospitaliers au sein des services de médecine, chirurgie et obstétrique. Depuis 2004, tout établissement de santé ayant une activité dans ces disciplines doit transmettre régulièrement aux tutelles les données relatives aux séjours effectués en leur sein. Il s'agit de données portant essentiellement sur les diagnostics effectués et les durées d'hospitalisation, informations permettant de classer les séjours au sein des « groupement homogènes de séjours » (GHS). Ces GHS fixent le tarif qui sera versé par l'assurance maladie à l'établissement, pour chaque prise en charge.

Les diagnostics sont renseignés dans le PMSI en utilisant la nomenclature de la CIM-10.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est l'organisme chargé de collecter ces données. Elle émet régulièrement des recommandations sur la manière de coder les diagnostics. Ces recommandations doivent être suivies, sous peine de sanctions financières lors des contrôles effectués par l'Assurance maladie dans les établissements. Les établissements de santé ont donc grand intérêt à renseigner le PMSI de la manière la plus exhaustive et la plus fiable possible. La qualité des données recueillies permet, même si ce n'est pas l'objectif initial d'en faire une exploitation épidémiologique intéressante.

Les séjours pour tentative de suicide font l'objet d'une consigne claire de codage dans le PMSI : ceux-ci doivent mentionner en diagnostic associé (DAS) un code X60 à X69 (auto-intoxication) ou X70 à X84 (lésion auto-infligée), ainsi qu'un diagnostic principal (DP) codé avec le chapitre XIX « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (code S00 à T98). Ainsi, le PMSI peut constituer une source de données fiable concernant les hospitalisations pour tentative de suicide. Néanmoins, il comporte des limites importantes : très peu de données sociodémographiques y sont renseignées. En outre, les tentatives de suicide qui ne donnent pas lieu à une hospitalisation, ou qui donnent lieu à une hospitalisation mais pas en MCO ne sont pas renseignées dans ce recueil. (11)

2. Base d'appels SAMU

Les appels entrant au SAMU-centre 15 font l'objet d'une saisie a priori exhaustive dans chaque département. Des informations temporelles et des informations sur l'appelant et sur le lieu de la TS sont recueillies. Néanmoins le recueil du motif d'appel n'est pas harmonisé d'un département à l'autre. Par ailleurs, une étude

réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais suggère que la sensibilité de cette source de données est très limitée. (12)

3. Le Recueil d'informations médicales en Psychiatrie (RIM-P)

Depuis le troisième trimestre 2006, les établissements, ayant une activité autorisée en psychiatrie, ont la possibilité de recueillir et télétransmettre à leurs services de tutelle des données standardisées, médicalisées et anonymisées relatives à cette activité (arrêté du 29 juin 2006¹). Ce recueil a pour nom le Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P). C'est l'équivalent du PMSI qui désigne le recueil d'informations relatives aux hospitalisations en MCO. Néanmoins, il existe deux différences importantes entre ces deux recueils : le PMSI est utilisé dans le cadre de la tarification à l'activité hospitalière alors que le RIM-P n'a pour l'instant pas de finalité économique. D'autre part, le RIM-P couvre toutes les prises en charges réalisées en établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine, y compris les consultations, ce qui n'est pas le cas dans le PMSI. Les prises en charges exclues sont celles qui sont réalisées en ville par les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues libéraux. (13)

Les étapes de lancement du RIM-P sont présentées en annexe.

D'après les différentes recommandations de bonne pratique, tout suicidant pris en charge aux urgences devrait bénéficier d'un avis spécialisé psychiatrique. Le RIM-P devrait donc contenir les données recueillies lors de la prise en charge par les équipes de psychiatrie aux urgences, lors d'une éventuelle prise en charge en centre d'accueil et de crise, lors d'un passage de la psychiatrie de liaison en cas

¹ Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, publié le 7 juillet 2006 au journal officiel et d'application immédiate.

d'hospitalisation en MCO, ou lors d'une hospitalisation en psychiatrie suite au geste suicidaire. (14) (15)

Le RIM-P est donc un recueil qui devrait permettre d'obtenir d'avantages de données que le PMSI sur les gestes suicidaires, puisque la quasi-totalité des personnes entrant en contact avec le système de soin au décours d'une tentative de suicide devrait être vue par un psychiatre. Cependant, les TS qui ne donnent pas lieu à une consultation en psychiatrie, ou les TS vues par un psychiatre rattaché au service d'accueil des urgences (SAU) ne sont pas renseignées dans le RIM-P.

a) Détail des données recueillies dans le RIM-P

Le RIM-P comprend trois natures de prise en charge : la prise en charge à temps complet (hospitalisation, placement familial, centre de crise, etc.), la prise en charge à temps partiel (hospitalisation, CATTP,...) et la prise en charge ambulatoire (entretiens, accompagnement, groupe,...).

Le RIM-P comporte deux types de recueil : les prises en charges à temps complet et à temps partiel donnent lieu à la production de « résumés par séquence anonymisée » (RPSA) ; les actes ambulatoires sont recueillis par le « résumé d'activité ambulatoire anonymisé » (R3A). (16)

Un séjour (à temps complet ou à temps partiel) est défini comme une unité de prise en charge. Il débute au début de celle-ci et se termine à la fin (sortie, mutation, changement de nature de prise en charge). Il peut contenir plusieurs séquences, et donc donner lieu à la production de plusieurs RPSA. Les changements de séquence à l'intérieur d'un séjour sont principalement en lien avec des critères administratifs et non cliniques (changements de mode légal de prise en charge, changement de trimestre, etc.).

Les actes ambulatoires recueillis dans le R3A sont enregistrés selon la grille EDGAR (entretien, groupe, démarche, accompagnement, réunion). Le lieu de prise en

charge, le type d'intervenant, le nombre d'intervenants et la date sont précisés pour chaque acte. Les actes ambulatoires réalisés pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne sont pas concernés par le recueil.

b) Avantages, limites et perspectives de l'utilisation du RIM-P en épidémiologie du suicide

Le RIM-P devrait donc contenir des informations relatives à l'ensemble des prises en charge psychiatriques suivantes au décours d'une tentative de suicide :

- Entretien psychiatrique aux urgences (sauf en cas de rattachement des psychiatres des urgences au SAU)
- Hospitalisation en psychiatrie
- Prise en charge en centre d'accueil et de crise.
- Consultations en Centre-Médico-Psychologique (CMP)
- Psychiatrie de liaison au cours d'une hospitalisation MCO pour TS

Cependant, il est très probable que ce ne soit pas le cas, et ce pour trois raisons principales : la non exhaustivité du recueil, la non-conformité du recueil et une absence de recommandations de l'ATIH en ce qui concerne le codage des tentatives de suicide dans le RIM-P jusqu'en janvier 2016.

i. L'exhaustivité du RIM-P

L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) a publié une étude en 2012 sur la diversité des pratiques en psychiatrie. L'exhaustivité du recueil est mesurée en comparant les remontées du RIM-P produites par les Départements d'Information Médicale (DIM) aux données recueillies dans la statistique des établissements de santé (SAE), généralement remplies par les services administratifs et souvent adressées aux DIM pour ce qui concerne les données d'activité. La part d'établissements ne faisant pas remonter ses données

RIM-P diminue depuis 2008 (17 % en 2008 contre 9 % en 2010). Le taux d'exhaustivité en 2010 était estimé aux alentours de 94% en nombre de journées et de 92% en nombre d'actes. (16)

ii. La conformité du RIM-P

Le taux de non-conformité des données fourni par l'ATIH chaque année est de plus en plus faible pour la grande majorité des critères. Il demeure néanmoins relativement élevé en ce qui concerne le score AVQ (score de dépendance), le diagnostic principal et le diagnostic associé. (17)

iii. Absence de recommandations de l'ATIH

Jusqu'en janvier 2016, à notre connaissance, il n'y avait pas de recommandations de l'ATIH en ce qui concerne le codage des tentatives de suicide dans le RIM-P.

D. Le codage de la tentative de suicide

L'ATIH n'a pas émis de consignes de codage concernant la prise en charge de la tentative de suicide en psychiatrie jusqu'en janvier 2016. Nous posons l'hypothèse que les psychiatres sont enclins à coder la pathologie sous-jacente avec les codes en F (Trouble de l'humeur par exemple) plutôt que la tentative de suicide.

Les statistiques révèlent que l'exhaustivité et la conformité du recueil dans son ensemble sont plutôt bonnes, mais étant donné qu'il n'y a pas d'harmonisation du codage des tentatives de suicides, on peut suspecter que l'exhaustivité et l'homogénéité du recueil, en ce qui concerne les prises en charges des suicidants, soient loin d'être optimales.

Une étude comparant quatre bases de données médico-administratives dans le Nord-Pas-de-Calais avait montré que deux à trois fois moins d'hospitalisations pour TS sont codées en psychiatrie qu'en MCO. Les deux hypothèses avancées étaient : soit absence de recours systématique aux services de psychiatrie, soit les tentatives de suicides n'étaient pas renseignées comme telles lors de leur prise en charge psychiatrique (exclusion des codes X60 à X84 des diagnostics principaux admis).

Il est probable, en effet, que les patients admis directement en service de psychiatrie, après passage aux urgences, soient des personnes psychiatriques connues (cela concernerait 17% des prises en charges après passage aux urgences, contre 46% d'hospitalisation en MCO et 37% de retours à domicile). Une étude antérieure de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estimait quant à elle à 40% la proportion de suicidants transitant par les urgences et hospitalisés en service de psychiatrie (soit après passage en MCO, soit directement en provenance des urgences). Il est à noter que ces chiffres divergent de plus de

20% (mais le RIM-P n'a pas été utilisé par la DREES pour ces estimations, l'étude étant antérieure à la création de celui-ci). (12)

Cela nous montre que l'épidémiologie des tentatives de suicide à l'aide du RIM-P peut-être complexe. Comment faire la part entre les tentatives de suicide qui n'y sont pas rapportées par manque de contact avec la psychiatrie, de celles qui n'y figurent pas par erreur ? Il n'existe aucune étude à notre connaissance qui se soit intéressée à dresser un état des lieux du codage de la TS en psychiatrie.

Ainsi, tout au long de ce projet, nous nous sommes intéressés à réaliser un état des lieux du codage de la tentative de suicide dans le RIM-P afin d'élaborer des recommandations. Nous avons réalisé, dans un premier temps, un état des lieux du codage au travers de questionnaires adressés aux praticiens et chefs de service de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais. Puis dans un second temps nous avons cherché à obtenir un consensus de codage de la TS dans le RIM-P avec les experts DIM de la région.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'un projet conduit entre 2014 et 2016 dans le Nord Pas de Calais en collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) ayant comporté 3 étapes successives :

1. Une enquête auprès des professionnels de psychiatrie
2. Une enquête auprès des professionnels du DIM
3. Une recherche de consensus régional de codage

La première étape a constitué en une enquête quantitative transversale conduite entre le 17 juillet et le 20 octobre 2014 par la F2RSM. Cette enquête comportait deux volets :

- Un volet qui concernait les chefs de pôle ainsi que les chefs de services des cliniques privées de psychiatrie de la région Nord-Pas-de-Calais
- Un volet qui concernait les professionnels de la région Nord-Pas-de-Calais, travaillant au sein d'équipes de psychiatrie adulte sectorisée, assurant la prise en charge de patients suicidants au décours immédiat de la tentative de suicide (phase aiguë) et, susceptibles de coder leur activité.

La seconde étape comportait une enquête téléphonique qualitative préliminaire auprès de quelques médecins DIM puis, une enquête en ligne quantitative transversale auprès des responsables des Départements d'Information Médicale des établissements ayant une activité en psychiatrie de la région Nord-Pas-de-Calais.

Lors de la troisième étape, une réunion de recherche de consensus de codage a été organisée avec les responsables des Départements d'Information Médicale des établissements ayant une activité en psychiatrie de la région Nord-Pas-de-Calais. Celle-ci a été suivie d'une phase de validation des résultats grâce à un questionnaire en ligne.

I. Enquête auprès des professionnels de psychiatrie: Volet « Chefs de service »

A. Population étudiée

Les 57 chefs de pôle et de service de la psychiatrie adulte publique du Nord-Pas-de-Calais ont été inclus dans l'étude, ainsi que les 13 chefs de service du secteur privé.

B. Déroulement de l'étude

Un premier courrier d'information contenant le matériel d'étude a été envoyé le 17 juillet 2014. Quatre semaines après, une première relance a été effectuée par mail. Deux semaines après cette relance, les personnes non répondantes ont été contactées par téléphone. Si elles acceptaient de participer, nous pouvions leur poser les questions par téléphone.

C. Questionnaire / Variables Étudiées

Les données étaient recueillies via un auto-questionnaire envoyé par voie postale et à retourner par voie postale ou par mail à la F2RSM. Ce questionnaire portait sur l'opinion et les représentations du RIM-P, ainsi que sur l'organisation du codage dans le service, et enfin sur la fréquence de la recherche et du codage d'un antécédent de TS dans leur service, en hospitalisation et en ambulatoire. Le questionnaire est présenté en annexe. Les données ont été saisies avec le logiciel Epidata. Une première étape d'analyse descriptive des réponses au questionnaire a été réalisée. L'analyse quantitative a été réalisée avec le logiciel R version 3.0.0. Par ailleurs, une analyse de contenu des réponses textuelles a été réalisée. Des thèmes et catégories ont été identifiés puis les réponses ont été codées.

II. Enquête auprès des professionnels de psychiatrie: Volet « Professionnels codant leurs prises en charges »

A. Population étudiée

L'étude s'adressait à l'ensemble des professionnels de la région Nord-Pas de Calais, travaillant au sein d'équipes de psychiatrie sectorisée, assurant la prise en charge de patients suicidant au décours immédiat de la tentative de suicide (phase aiguë), et susceptibles de coder leur activité. Il pouvait s'agir de psychiatres, d'internes, d'infirmiers et de psychologues. Les équipes concernées étaient celles qui assuraient la psychiatrie de liaison dans les services d'accueil des urgences ou au cours des hospitalisations en MCO, et les équipes qui travaillaient dans des centres d'accueil et de crise (CAC). Cela concernait une quarantaine d'équipes. On a estimé à environ 350 le nombre de professionnels concernés par l'étude.

B. Déroulement de l'étude

Les données ont été recueillies via un questionnaire à destination des professionnels codants. Ce questionnaire a été envoyé au chef de service du secteur qui le faisait parvenir aux professionnels codants soit directement, soit par l'intermédiaire de la personne chargée de l'organisation des soins d'urgences psychiatriques du territoire (médecin chef de structure, cadre des urgences, cadre supérieur de santé, investigateur, etc.). Après remplissage sur place, les données étaient retournées par voie postale ou par mail à la F2RSM.

C. Questionnaire / Variables étudiées

Les données étaient recueillies via un auto questionnaire court et anonyme. Les données recueillies portaient sur l'âge, le sexe, la fonction et l'équipe au sein de

laquelle le répondant est amené à prendre en charge des suicidants. Elles portaient aussi sur la fréquence du codage et sur les raisons expliquant que le codage des actes ne soit pas réalisé systématiquement. Enfin, au travers de quatre cas cliniques, le questionnaire avait pour objectif d'identifier les habitudes de codage des professionnels sur le terrain. Le questionnaire est présenté en annexe. Les données ont été saisies avec le logiciel Epidata. Une première étape d'analyse descriptive des réponses au questionnaire a été réalisée. L'analyse quantitative a été réalisée avec le logiciel R version 3.0.0. Par ailleurs, une analyse de contenu des réponses textuelles a été réalisée. Des thèmes et catégories ont été identifiés puis les réponses ont été codées.

III. Étape 2 : Enquête auprès des médecins DIM

A. Population étudiée

L'étude s'adressait à l'ensemble des médecins DIM ou des Techniciens de l'Information Médicale (TIM) des établissements de la région NPdC ayant une activité en psychiatrie. Cela concernait 31 établissements.

B. Déroulement de l'étude

Dans un premier temps, quatre médecins DIM ont été sollicités par téléphone pour un entretien semi-dirigé. Celui-ci avait pour objectif de recueillir leurs opinions sur la mise en place potentielle d'une étude sur le codage de la TS au niveau des DIM et d'élaborer un questionnaire en ligne pour les professionnels concernés dans la région. Dans un second temps l'ensemble des médecins DIM ou des TIM ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne envoyé par mail. Deux relances par mail ont été réalisées, à deux semaines et un mois d'intervalle.

C. Questionnaire/Variables étudiées

L'entretien semi-dirigé conduit par téléphone a porté sur les données socio-démographiques du répondant, l'organisation du codage en psychiatrie dans leur établissement, les rapports avec les cliniciens sur la question du codage et en particulier du codage de la TS, l'intérêt du répondant concernant le codage de la TS et la recherche d'un consensus sur le sujet, la présence d'un référentiel de codage de la TS dans leur établissement.

Le questionnaire en ligne a été créé à l'aide du logiciel en ligne « surveymonkey » et portait sur les caractéristiques du répondant, le champ d'activité de l'établissement, l'importance du codage de la TS, les difficultés concernant le codage de la TS, la

recherche d'organisation particulière et de guidelines locales concernant le codage de la TS.

Le guide d'entretien semi-directif et le questionnaire sont présentés en annexe.

IV. Étape 3 : Recherche de consensus de codage de la TS

A. Population

L'ensemble des médecins DIM et ou leurs représentants TIM ayant une activité en psychiatrie dans la région ont été conviés à une réunion de recherche de consensus sur le codage de la TS (n=31 professionnels).

B. Déroulement de l'étude

Les invitations à cette réunion furent envoyées un mois avant sa date par mail et par courrier postal. Un mail de rappel présentant les questions à l'ordre du jour a été envoyé une semaine avant la réunion. Celle-ci s'est déroulée le 7 juillet 2015 selon la méthode du groupe nominal adaptée comme suit (18):

1. *Énoncé des questions* et mise en situation des participants, explication du contexte de la recherche, et énoncé des règles de fonctionnement.
2. *Réponse aux questions* avec production d'un grand nombre de réponses et rédaction de propositions par chaque participant, en silence.
3. *Énoncé des réponses* et visualisation des propositions par le groupe via un logiciel de mindmapping (Xmind). Lors de tours de table itératifs chaque participant soumet une proposition à la fois.
4. *Clarification* avec formulation univoque de chaque proposition par le groupe, séparation des propositions différentes, regroupement des propositions similaires et reformulations si nécessaire.
5. *Vote individuel* pour recherche d'acceptation ou de rejet des propositions du groupe par vote à main levée à la recherche d'opposition ou d'abstention.

Une validation auprès des professionnels n'ayant pu être présents à la réunion a été effectuée par mail entre le 22 septembre et le 7 octobre 2015 par un questionnaire en ligne conçu sous Google Form.

C. Questions abordées

Les questions étudiées lors de la réunion étaient :

1. Dans quelles circonstances et lieu la TS doit-elle être codée par l'équipe de psychiatrie ?
2. Quel code adopter en cas de geste arrêté avant sa réalisation avec intentionnalité avérée ?
3. A partir de quelle durée une TS devient un antécédent ?

Ces mêmes questions et les propositions ayant émergé lors de la réunion de recherche de consensus ont été soumises à validation auprès des professionnels n'ayant pu être présents à la réunion.

RÉSULTATS

I. Enquête auprès des professionnels de psychiatrie : Volet « Chefs de service »

Soixante-neuf « chefs de services ou de pôles » du secteur public et privé ont été contactés. Trente-neuf questionnaires analysables ont été recueillis, soit un taux de réponse de 56,5 %. (figure 1)

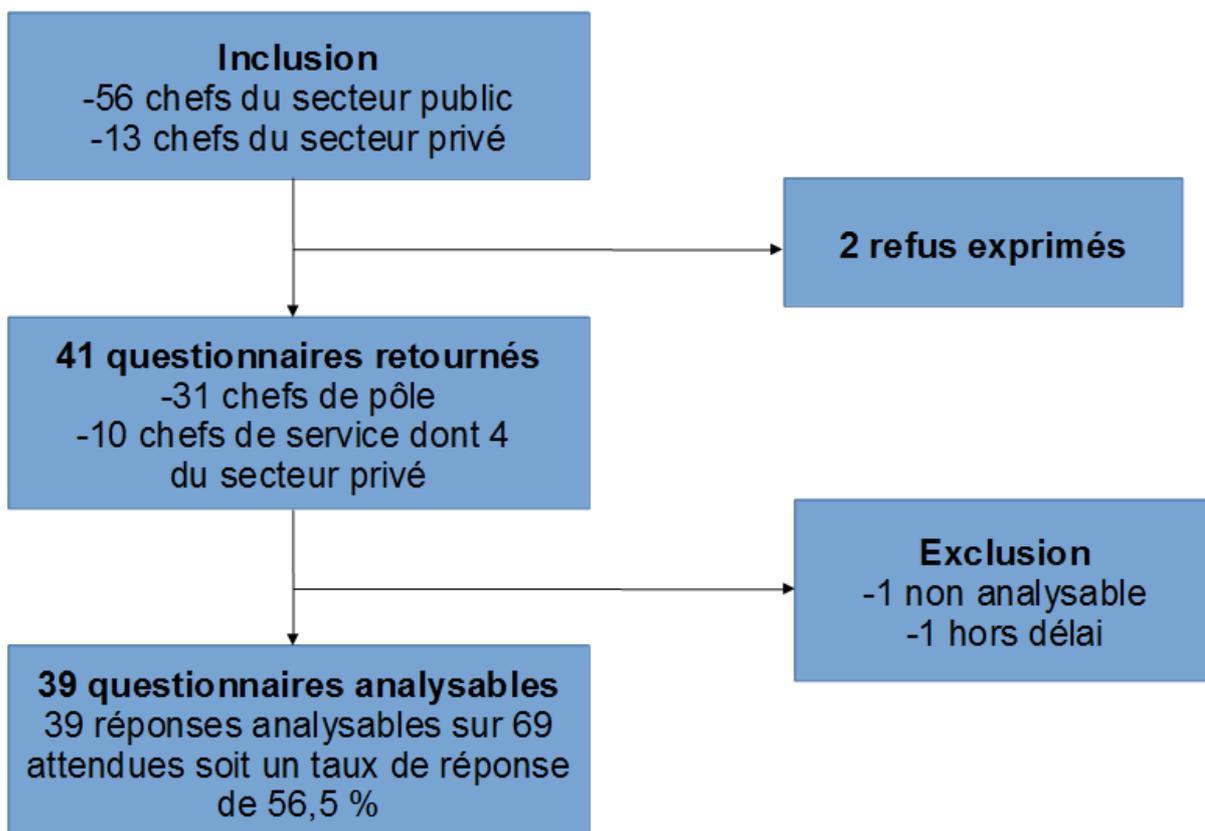


Figure 1. Flow-chart chefs

A. Connaissances, représentations et opinions du RIM-P

Concernant la connaissance du RIM-P, 64 % des répondants estimaient en avoir une bonne connaissance alors que 36 % estimaient mal connaître le RIM-P. (figure 2)

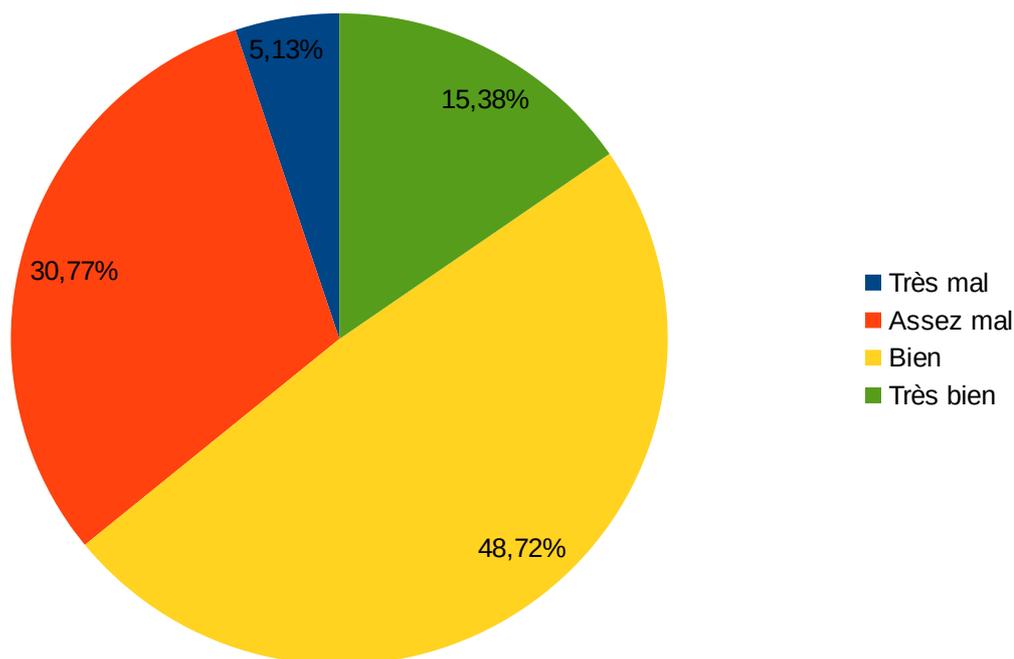


Figure 2. Connaissance du RIM-P (n=39)

Concernant les représentation et opinions sur le RIM-P, les points positifs les plus saillants étaient son aspect indispensable pour 72 % des répondants ainsi que son utilité en épidémiologie pour 74 % des répondants.

Les aspects négatifs les plus notables étaient la complexité pour 69 % des répondants et l'aspect chronophage pour 64 % des répondants. Seulement 5 % des répondants le trouvent inutile, et 19 % nuisible à la confidentialité, tandis que 59 % pensent qu'il s'agit d'un outil économique. (figure 3)

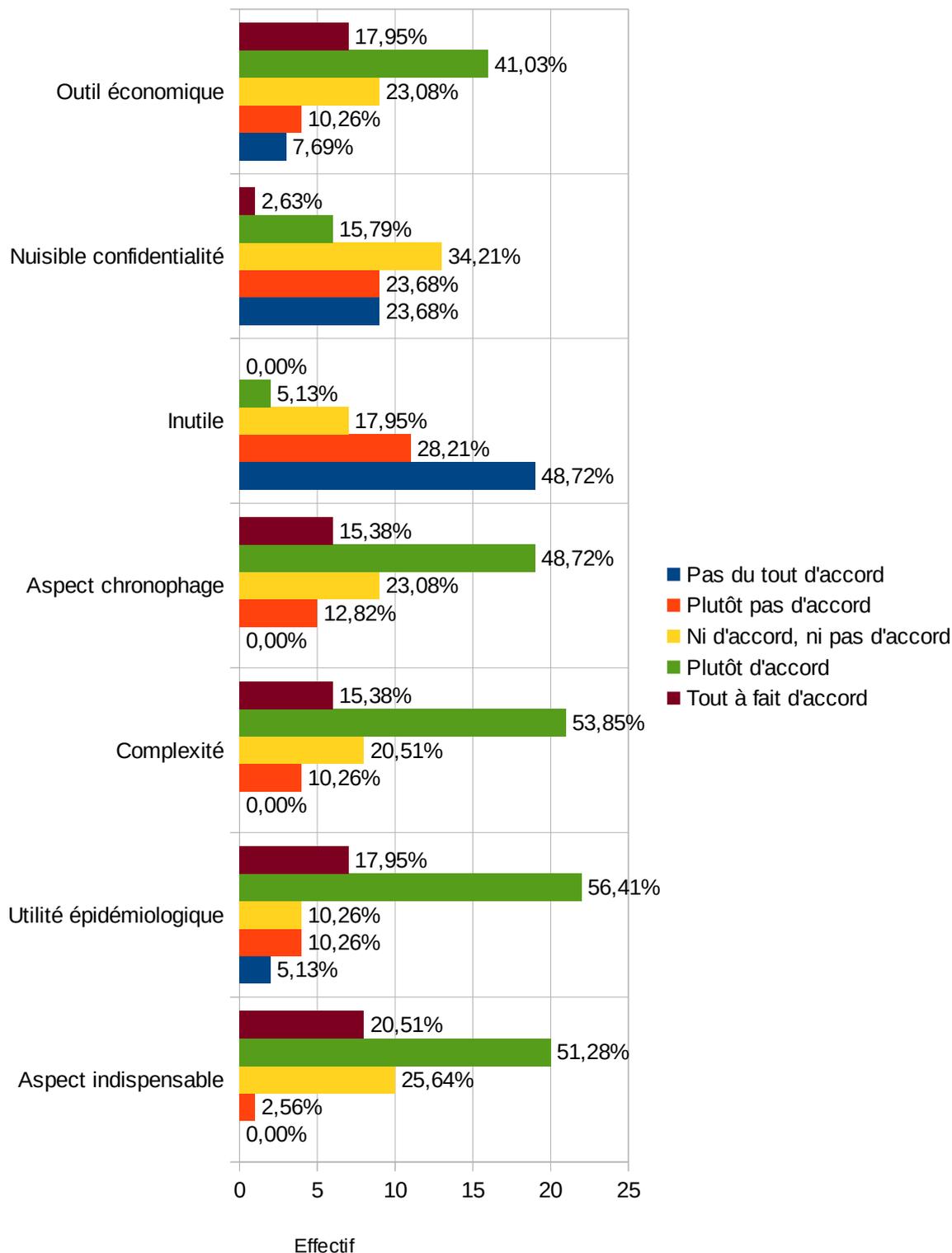


Figure 3. Représentation et opinions sur le RIM-P (n=39)

Concernant l'opinion globale, 82 % des répondants ont émis une opinion positive sur le RIM-P. Les commentaires relatifs à cet item rapportaient essentiellement comme point positif un aspect épidémiologique connoté positivement avec une possibilité de

description de l'activité, alors que les aspects négatifs évoqués recouvraient l'aspect économique possible du RIM-P avec la T2A (qui n'est pas encore en place en psychiatrie), et la difficulté d'utilisation de l'outil. (figure 4)

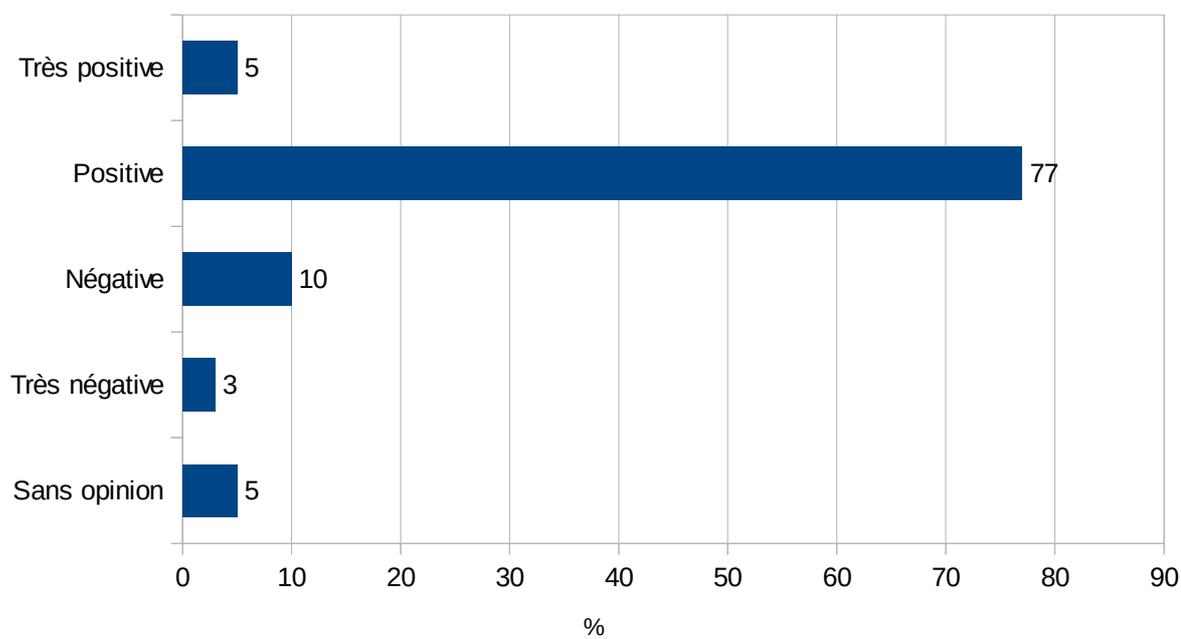


Figure 4. Opinion globale (n=39)

B. Organisation du codage

Concernant les connaissances des consignes de codage, 29 % des répondants rapportaient ne pas les connaître.

Concernant la fréquence des retours sur les données collectées, seulement 37 % des répondants estimaient avoir des retours réguliers et un peu moins de la moitié des répondants (49%) estimaient avoir des contacts réguliers avec les DIM. (figure 5)

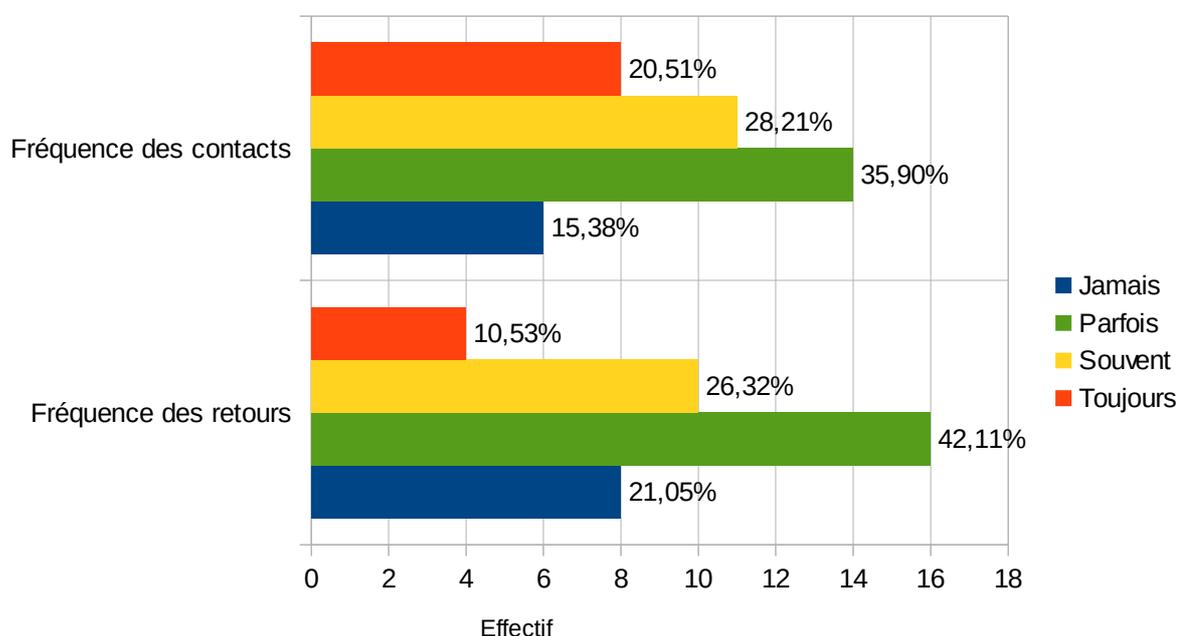


Figure 5. Fréquence des retours et fréquence des contacts avec les DIM

(n=39)

Par ailleurs, 62 % des répondants déclaraient avoir reçu des consignes de codage. Lorsqu'il existait des consignes, 96 % déclaraient qu'elles provenaient des DIM, 38 % des chefs de pôle ou des présidents de la commission médicale d'établissement (CME). Il existait donc des établissements où les consignes pouvaient avoir une double provenance. (figure 6)

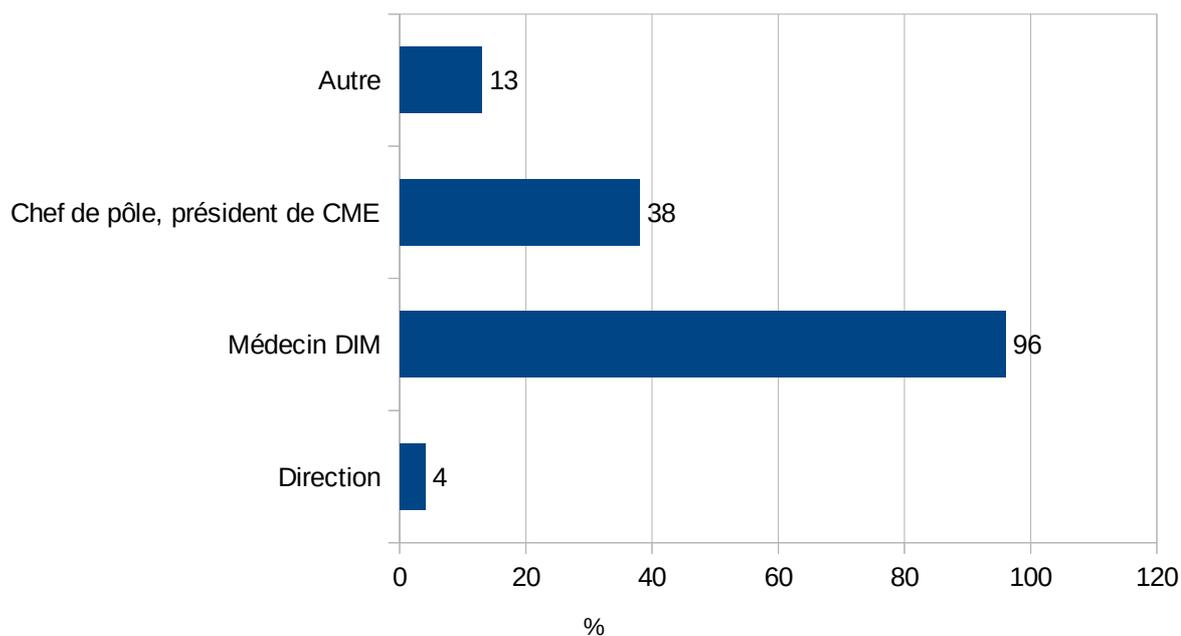


Figure 6. Provenance des consignes de codage (n=24)

Des protocoles écrits de codage propres au service ou à l'établissement n'étaient déclarés existants que dans 26% des cas. Concernant les personnes sollicitées pour le codage des actes, les médecins étaient sollicités dans 70 % des cas en ambulatoire et en séjour hospitalier, les internes étaient sollicités dans environ la moitié des cas. Les secrétaires étaient sollicitées dans 46 % des cas en hospitalier et dans 58 % des cas en ambulatoire alors que les infirmiers étaient sollicités dans 29 % des cas en hospitalier et dans 36 % des cas en ambulatoire. (figure 7)

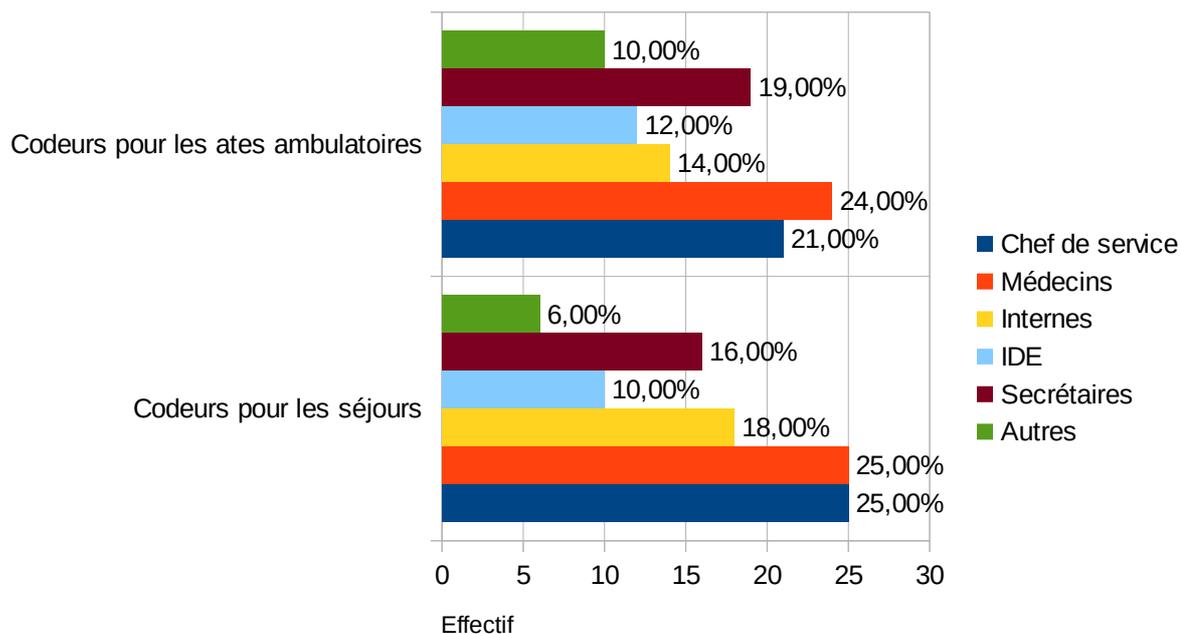


Figure 7. Codeurs pour les séjours et les actes ambulatoires (n=36)

C. Codage de la tentative de suicide

Au CMP, la recherche d'antécédent de TS était toujours réalisée dans 75 % des cas, mais son codage n'était toutefois réalisé que dans 8 % des cas. Lorsque la TS n'était pas systématiquement recherchée, les raisons les plus fréquemment évoquées étaient le motif de prise en charge ou la pathologie et les habitudes de l'intervenant. Les répondants signalaient fréquemment dans les commentaires que le codage des antécédents de TS était réalisé si la TS était le motif de la prise en charge. (figure 8)

En hospitalisation, la recherche des antécédents de TS était toujours réalisée dans 76% des cas et son codage était réalisé dans seulement 13 % des cas. Lorsque les antécédents de TS n'étaient pas toujours recherchés en hospitalisation, les commentaires les plus fréquents évoquaient le contexte de syndrome dépressif et d'idées suicidaires lors de l'entretien d'entrée. Les répondants rapportaient fréquemment dans les commentaires que les antécédents de TS étaient codés lorsque la TS était le motif d'hospitalisation. (figure 8)

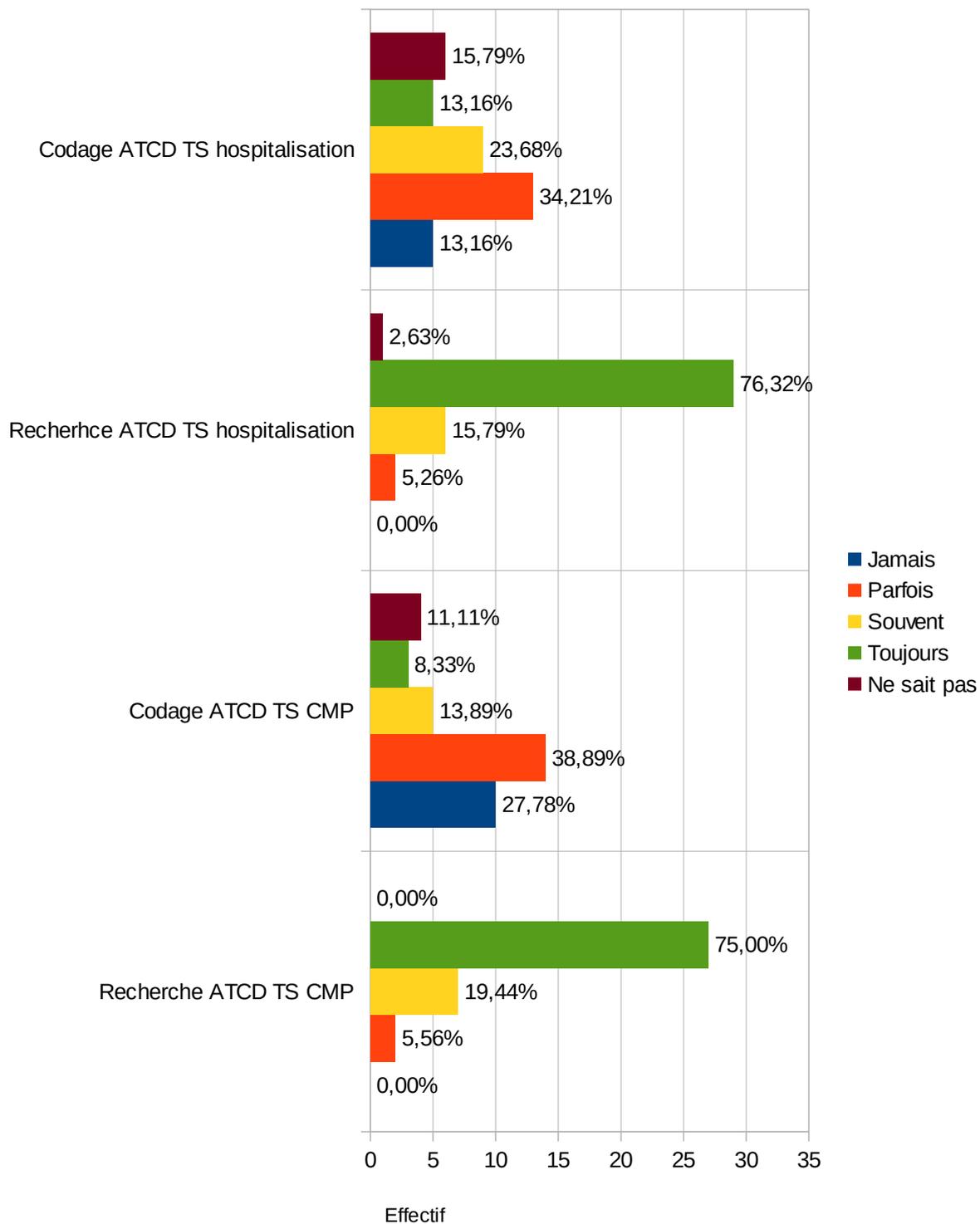


Figure 8. Recherche des ATCD de TS et leur codage en CMP et en hospitalisation (n=38)

II. Enquête auprès des professionnels de psychiatrie: Volet « Professionnels codant leurs prises en charges »

Nous avons contacté environ 350 professionnels par le biais de responsables (cadre de santé, chef de service, etc.) qui devaient leur remettre le questionnaire. 120 questionnaires nous ont été retournés, dont 82 étaient analysables soit un taux de réponse de 23,4 %. Néanmoins, l'estimation du nombre de professionnels concernés par le questionnaire reste difficile du fait des fortes variations de densité de praticiens selon les sites et l'absence d'information précise à ce sujet. (figure 9)

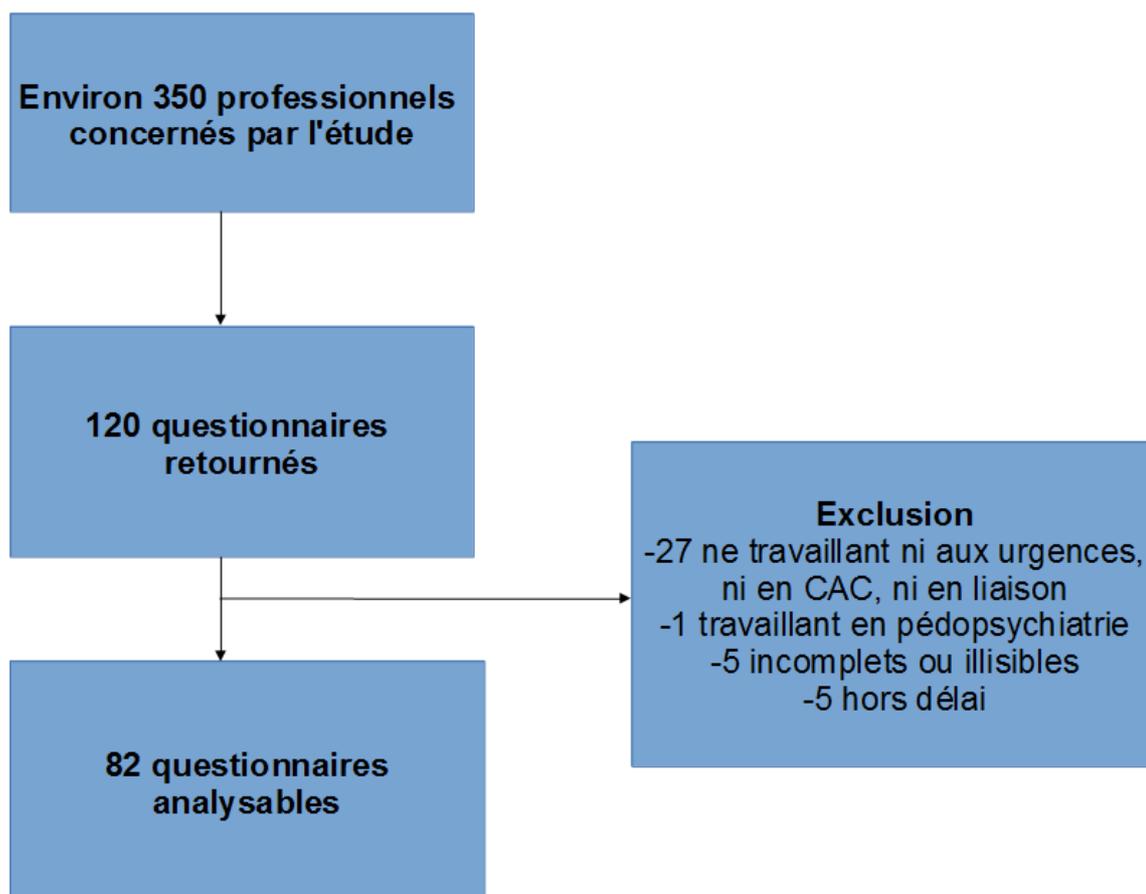


Figure 9. Flow-chart professionnels

A. Caractéristiques des professionnels répondants

Les professionnels répondants travaillent à 84 % aux urgences, dont 56 % travaillent également en hospitalisation de psychiatrie. Seulement 20 % de professionnels travaillent en CAC, ce qui est cohérent avec le nombre de CAC sur le Nord-Pas-de-Calais. (figure 10)

L'âge moyen des répondants est de 42 ans, 55% sont des femmes, et les fonctions majoritairement représentées sont 77 % de psychiatres, 11 % d'infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE) et 7 % d'internes. (figure 11)

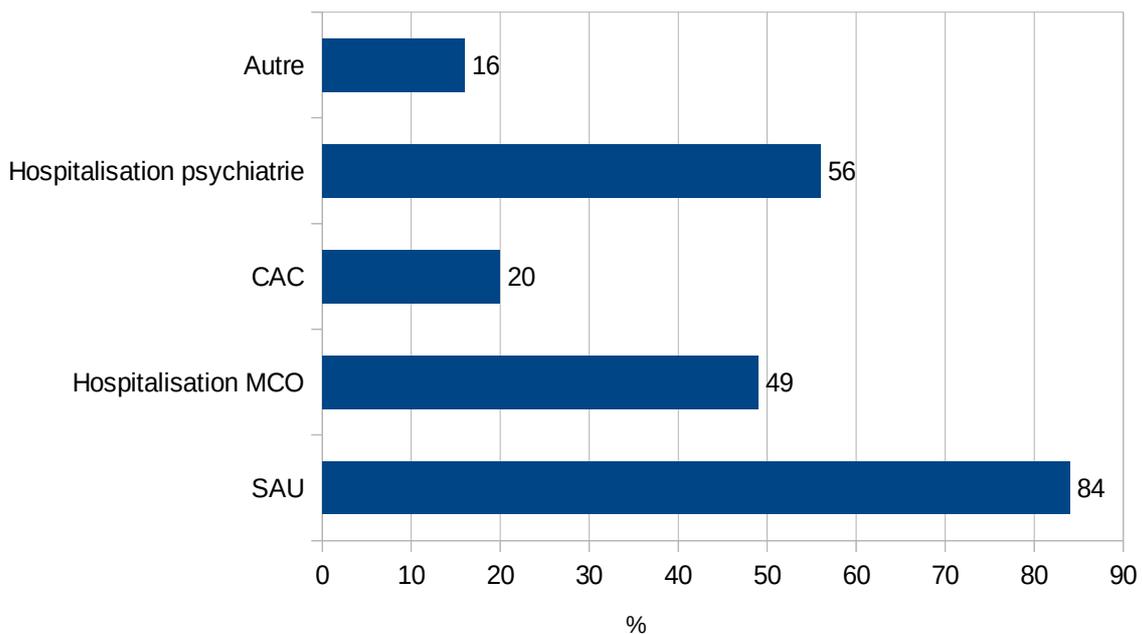


Figure 10. Structures dans lesquelles travaillent les professionnels (n=82)

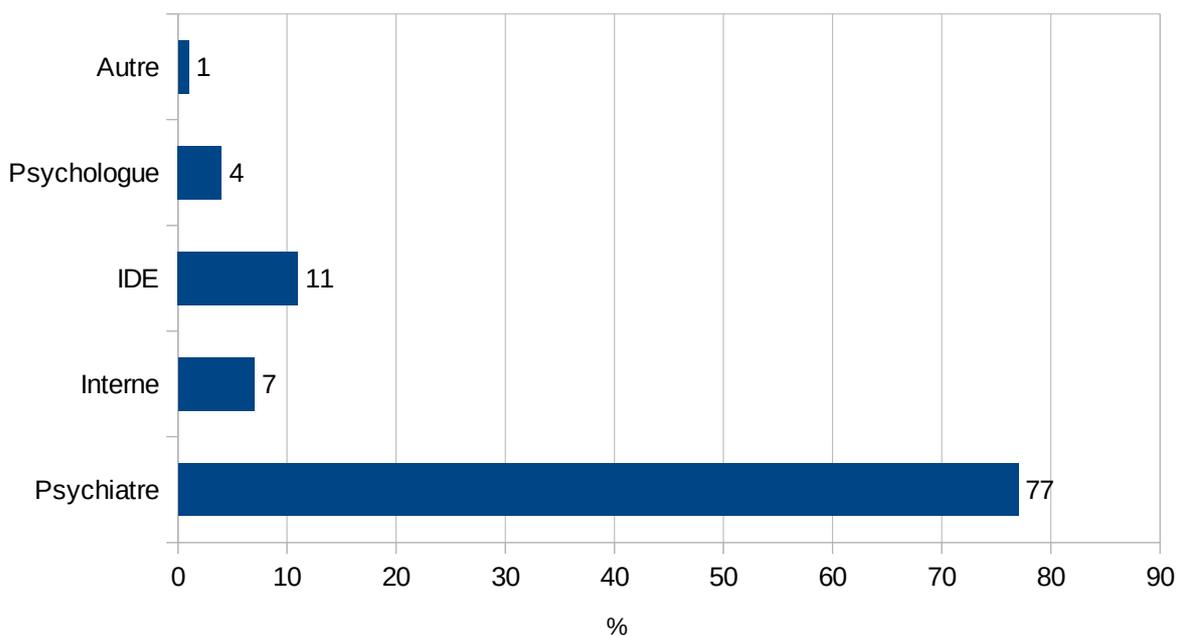


Figure 11. Fonction des répondants (n=82)

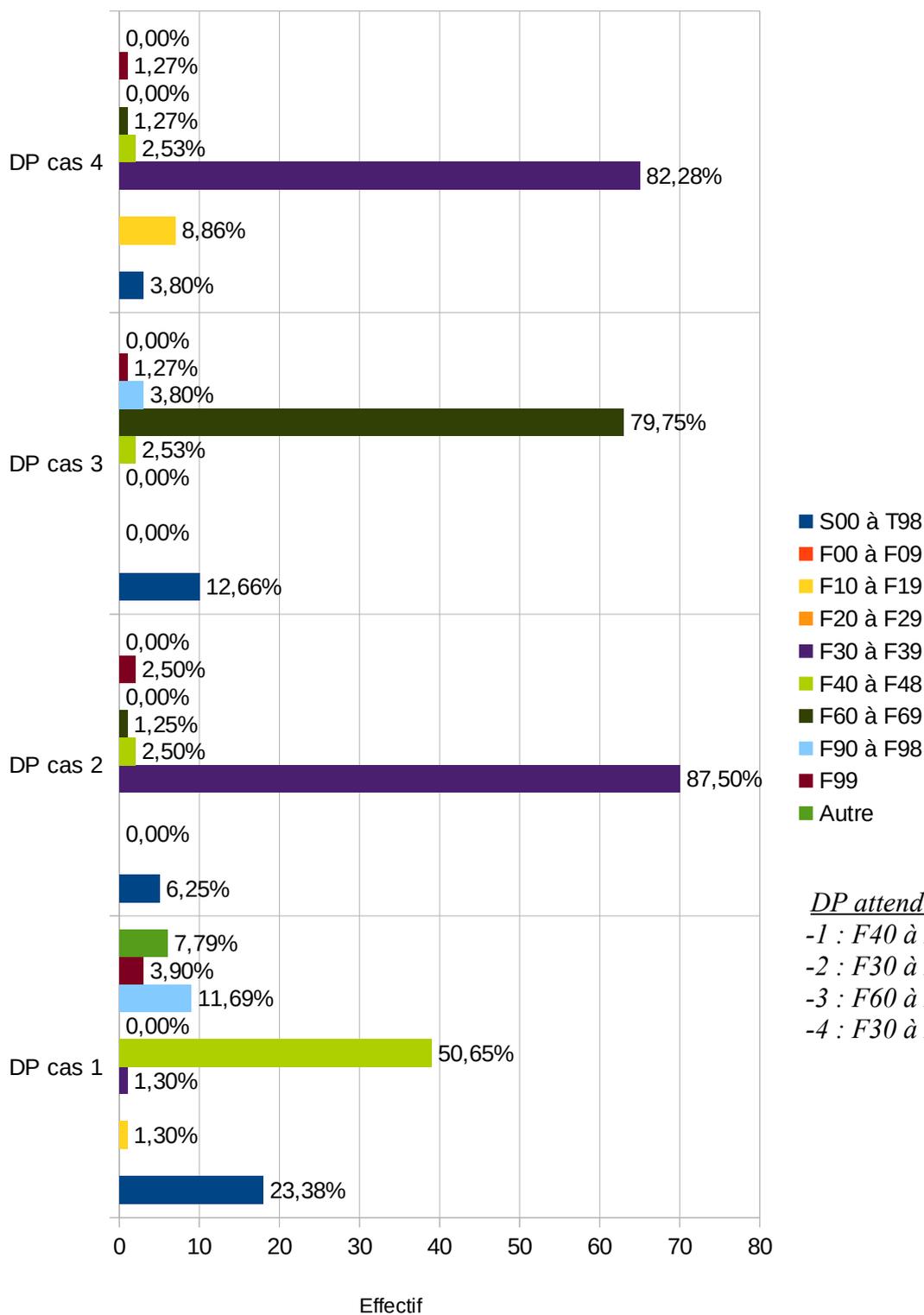
B. Codage des cas cliniques par les professionnels

Le diagnostic principal (DP) codé concernant le cas clinique 1 était F40-F48 (Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes) à 51 %, il s'agit du DP qui était attendu. Le diagnostic qui lui était majoritairement associé (DAS) était X60-X69 (Auto-intoxication), il s'agit du DAS qui était attendu.

Concernant les cas clinique 2, le diagnostic principal majoritairement évoqué était à 88 % F30-F39 (Troubles de l'humeur), il s'agissait du DP attendu, tandis que les diagnostics qui lui étaient le plus fréquemment associés étaient Z915 (Antécédents personnels de lésions auto-infligées) à 57 %, et X70-X84 (Lésion auto-infligée) à 48 %. Le DAS Z915 était attendu, tandis que le DAS de lésion auto-infligée ne peut être retenu en l'absence de lésion.

Pour le cas clinique 3, le diagnostic principal majoritaire était F60-F69 (Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte) à 80 %, il s'agissait du DP attendu. Les diagnostics majoritairement associés étaient X70-X84 (Lésion auto-infligée) à 73 %, et Z915 (Antécédents personnels de lésions auto-infligées) à 59 %. Il s'agissait des DAS attendus.

Et enfin concernant le cas clinique 4, le diagnostic principal majoritairement codé était F30-F39 (Troubles de l'humeur) à 82 %, il s'agissait du DP attendu. Le diagnostic qui lui était le plus fréquemment associé était F10-F19 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives) à 54 %. Il s'agissait du DAS attendu. (figures 12 et 13)



DP attendus :
 -1 : F40 à F48
 -2 : F30 à F39
 -3 : F60 à F69
 -4 : F30 à F39

Figure 12. Diagnostic principal des cas cliniques 1 à 4 (n=80)

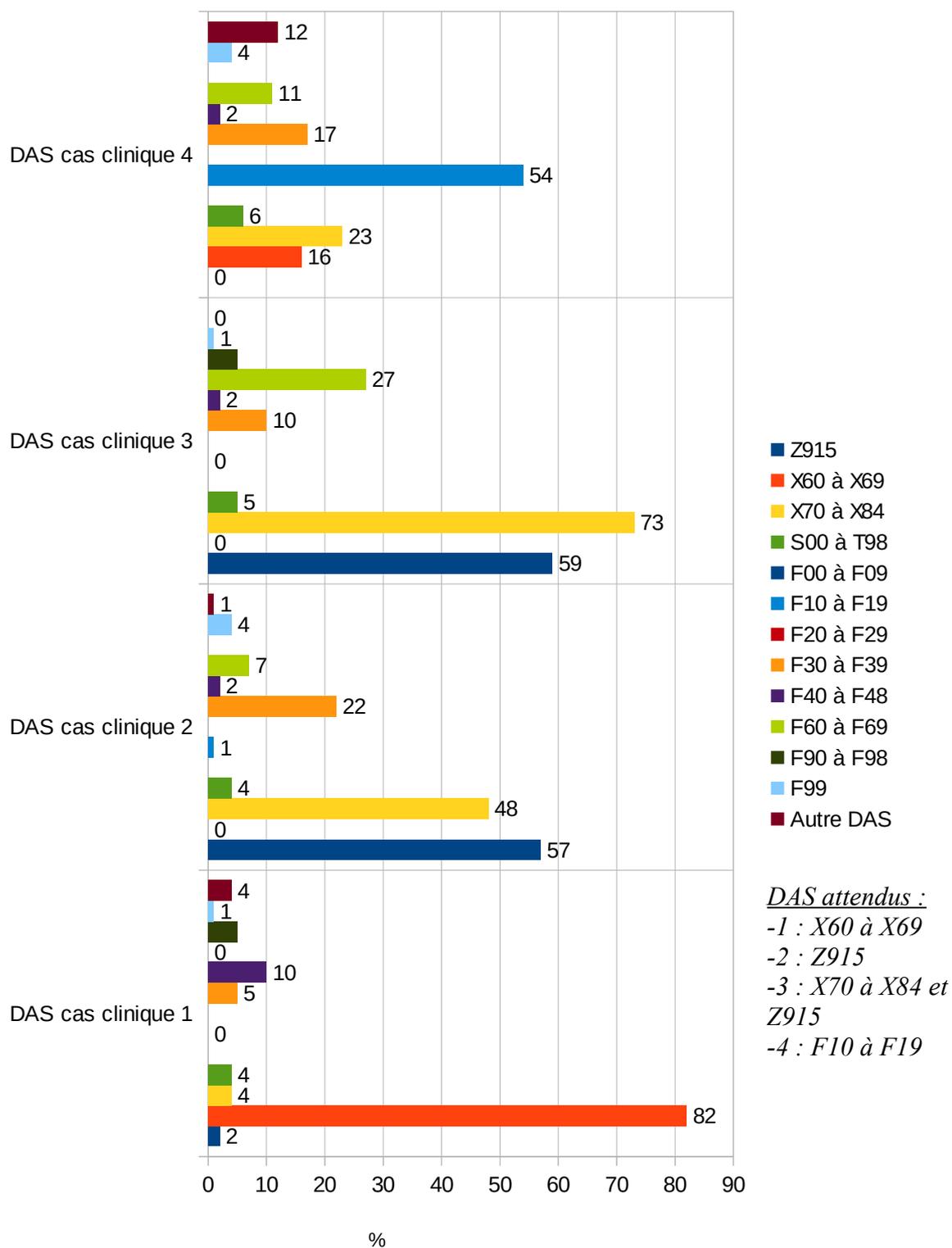


Figure 13. Diagnostics associés des cas cliniques 1 à 4 (n=80)

La présence d'un code correspondant à une tentative de suicide était inégale selon les cas cliniques (codage en X60-X69 et X70-X84). Les cas cliniques 1 et 3 présentaient un codage de TS respectivement de 83 % et 73 % des réponses, alors que les cas cliniques 2 et 4 présentaient un codage de TS dans respectivement 48 % et 39 % des réponses.

C. Fréquence de codage et raisons de ne pas coder

Les répondants étaient 89 % à déclarer coder ou faire coder leur activité « souvent à toujours ». Lorsque le codage était délégué, 44 % des répondants rapportaient qu'il était confié aux infirmiers, 39 % rapportaient que la saisie du codage était déléguée au secrétariat et seulement 5 % faisaient appel aux internes lorsqu'ils déléguaient le codage. (figure 14)

Lorsque le codage n'était pas réalisé systématiquement, les raisons les plus invoquées étaient l'oubli à 60 %, puis le manque de temps à 30 %. 20 % des personnes rapportaient ne pas coder pour ne pas « étiqueter » leurs patients et aucun répondant ne refusait de rendre compte de son activité. (figure 15)

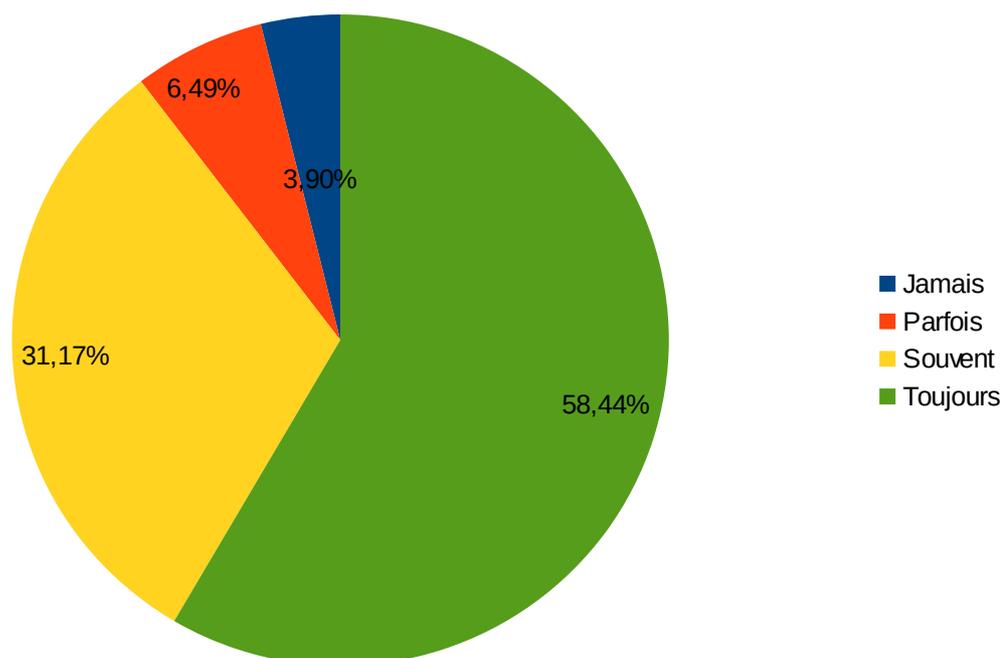


Figure 14. Fréquence de codage (n=77)

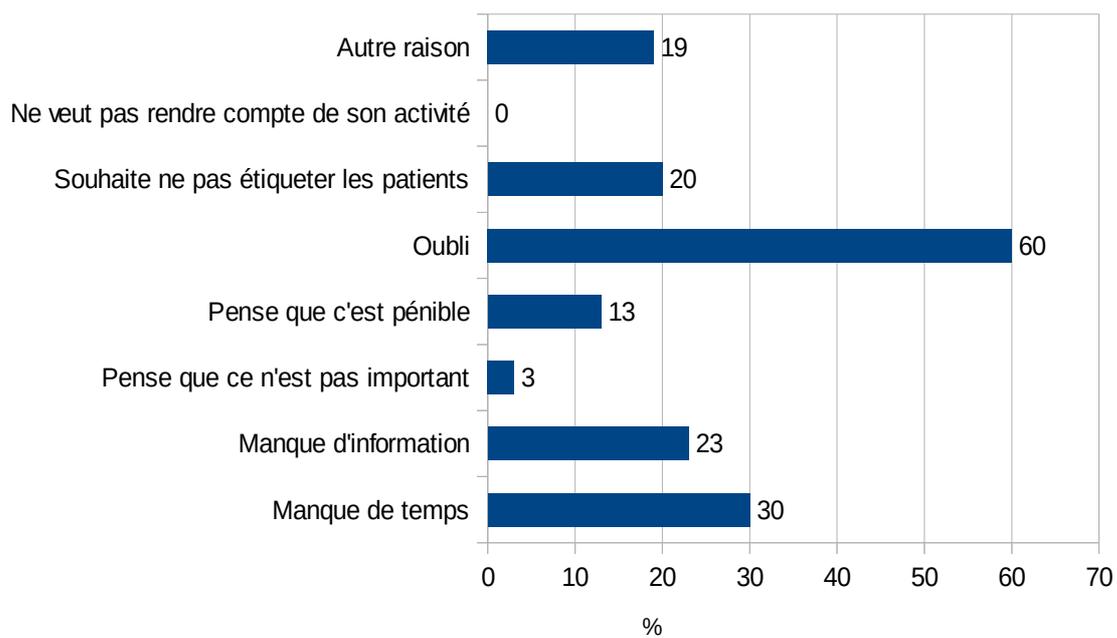


Figure 15. Causes évoquées lorsque le codage n'est pas systématique

(n=30)

III. Étape 2 : Enquête auprès des médecins DIM

A. Résultats des entretiens téléphoniques

Quatre médecins DIM ont été contactés par téléphone pour un entretien semi-dirigé. Ils travaillaient dans 2 établissements publics de santé mentale (EPSM) et 2 centres hospitaliers (CH).

Concernant l'organisation du codage en psychiatrie, l'ensemble des personnes interrogées rapportait un codage décentralisé, la moitié déclarait une utilisation de l'informatique pour le codage et un seul répondant rapportait effectuer un contrôle qualité des données. L'ensemble des répondants déclarait que les médecins effectuent le codage, trois que les IDE le réalisent également, et un répondant rapportait que les psychologues et les agents administratifs effectuent aussi le codage.

L'ensemble des répondants rapportait aborder régulièrement la question du codage avec les cliniciens, mais seulement la moitié déclarait avoir des retours de leur part sur le codage d'une manière générale. Plus particulièrement, la moitié des répondants déclarait ne pas avoir de retour de la part des cliniciens sur le codage de la TS.

L'ensemble des personnes interrogées a déclaré une absence de référentiel de codage concernant la TS dans leur établissement, trois répondants ont déclaré être intéressés par la question du codage de la TS et être favorables à la définition d'un consensus de codage concernant la TS. L'ensemble des personnes interrogées se sont montrées intéressées pour participer à une réunion sur la définition d'un consensus de codage de la TS. (figure 16)

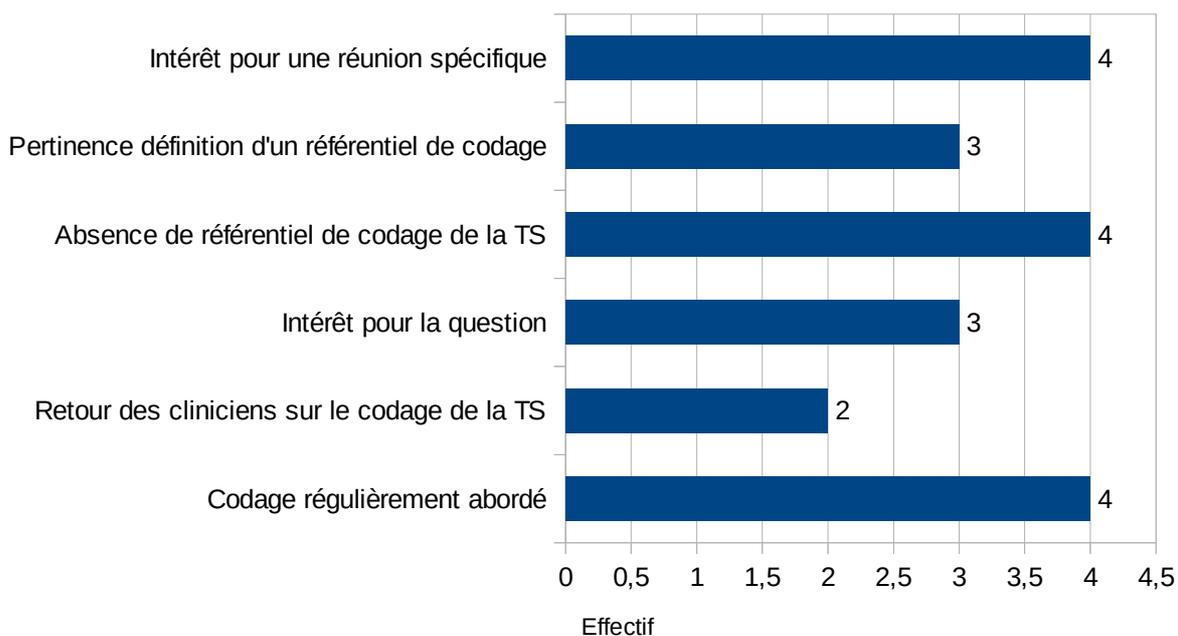
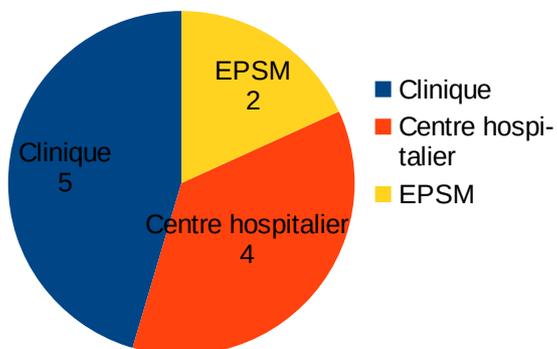


Figure 16. Résultats des entretiens téléphoniques

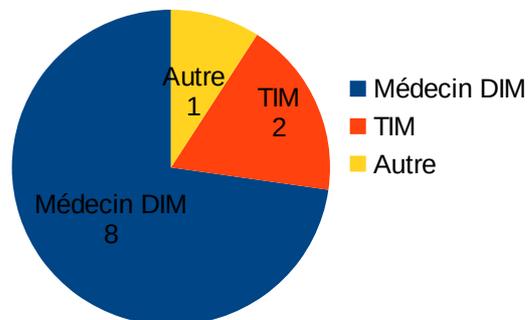
B. Résultats questionnaire en ligne

Nous avons recueilli 11 réponses au questionnaire en ligne à destination des référents DIM, soit un taux de réponse de 35 %. Les établissements des répondants se répartissaient en 5 cliniques, 4 centres hospitaliers et 2 EPSM. Les répondants étaient pour la majorité des médecins DIM. Par ailleurs, 6 établissements interrogés avaient une activité mixte. (figures 17 à 19)

Etablissement des répondants



Profession des répondants



Figures 17 et 18. Établissement et profession des répondants

Champs d'activités

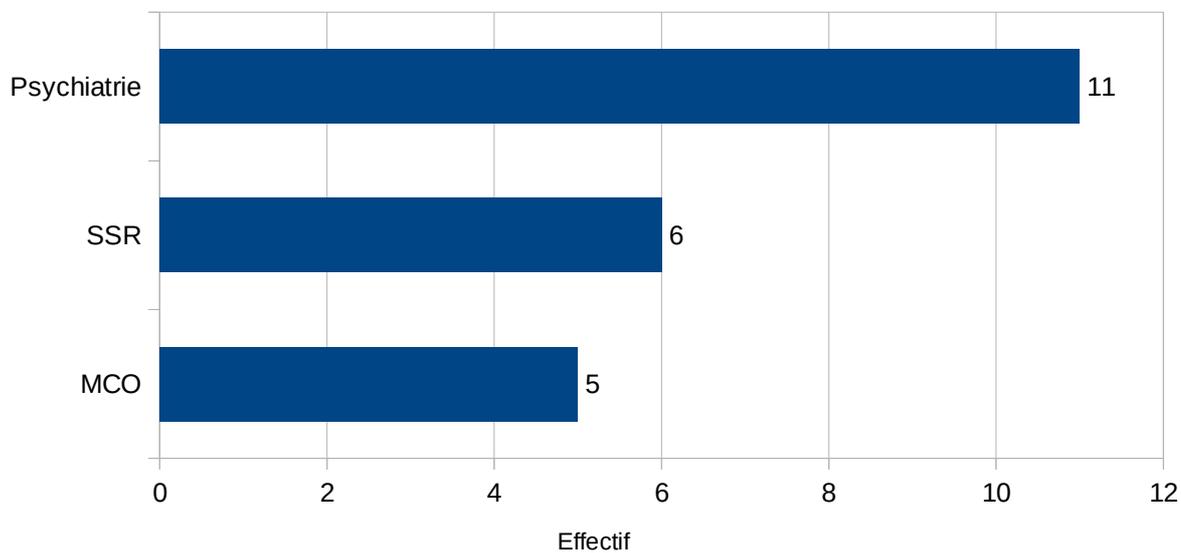


Figure 19. Activités des établissements

L'enjeu du codage de la TS était jugé important, à très important par 6 personnes, aucun répondant ne le trouvait pas du tout important. Les commentaires libres mettaient en avant l'intérêt épidémiologique par 3 répondants et pointaient la surcharge de travail comme limite par 2 répondants. (figure 20)

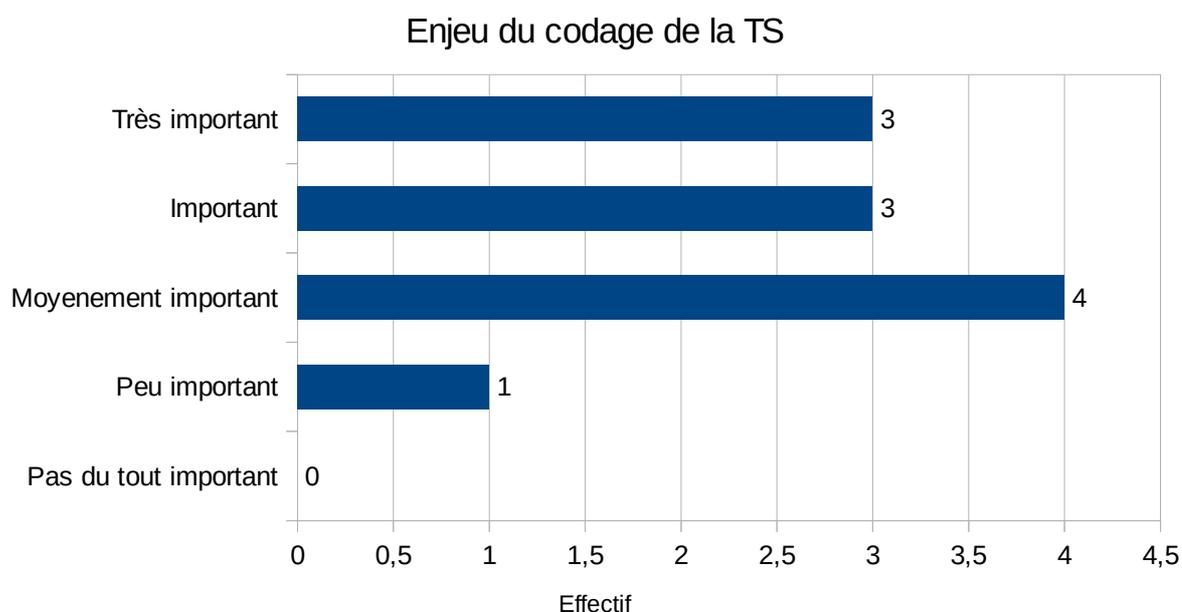
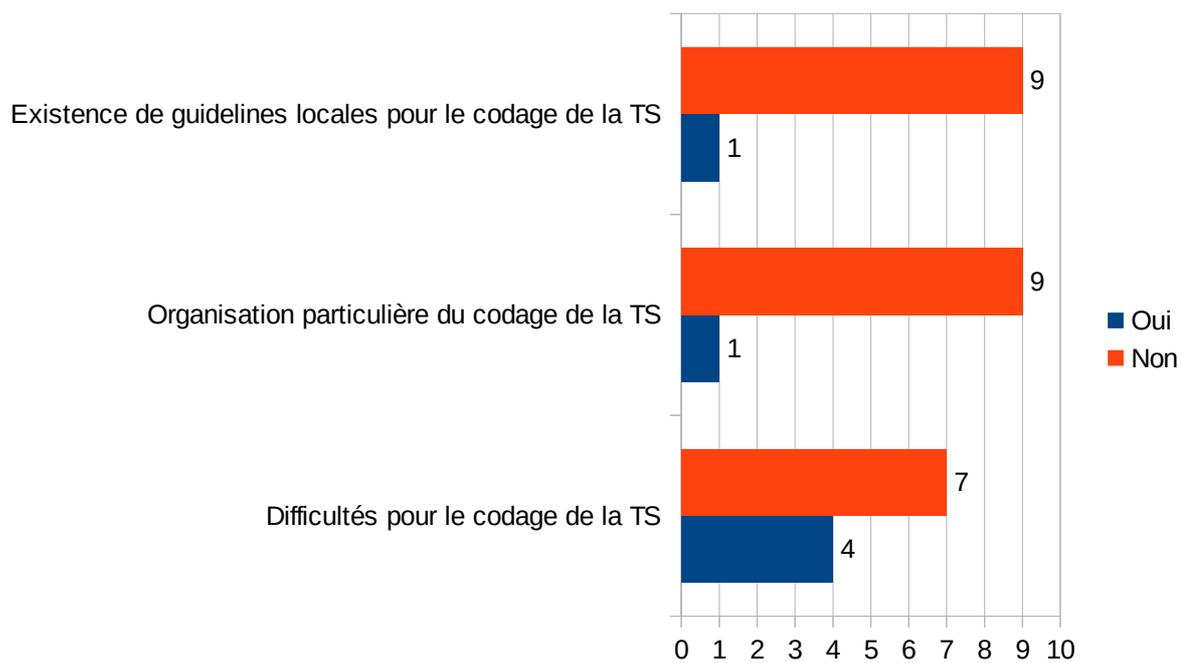


Figure 20. Enjeu estimé du codage de la TS

Quatre personnes ont rapporté avoir eu connaissance de difficultés de codage de la TS, et 10 répondants ont indiqué ne pas avoir d'organisation locale particulière du codage de la TS, ni de guidelines locales sur le sujet. (figure 21)



Figures 21. Codage de la TS

IV. Recherche de consensus de codage de la TS

A. Réunion du 7 juillet 2015 et validation des propositions en ligne

Cette réunion a réuni 6 médecins DIM dans les locaux de la F2RSM. Six autres médecins DIM s'étaient excusés et nous avaient soumis leurs réponses aux questions à l'ordre du jour par mail. Celles-ci ont donc été intégrées à la réflexion. Au final le taux de participation à la recherche de consensus était de 38 %. Les propositions issues de la réunion ont été ensuite soumises à l'ensemble des médecins DIM du Nord-Pas-de-Calais ayant un exercice professionnel en psychiatrie, par un questionnaire en ligne accessible du 22 septembre 2015 au 7 octobre 2015. Nous avons recueilli 3 réponses supplémentaires portant le taux de participation total à 48 %. Parmi les participants, 5 médecins DIM travaillaient en CH, 4 en EPSM et 5 en clinique. (figure 22)

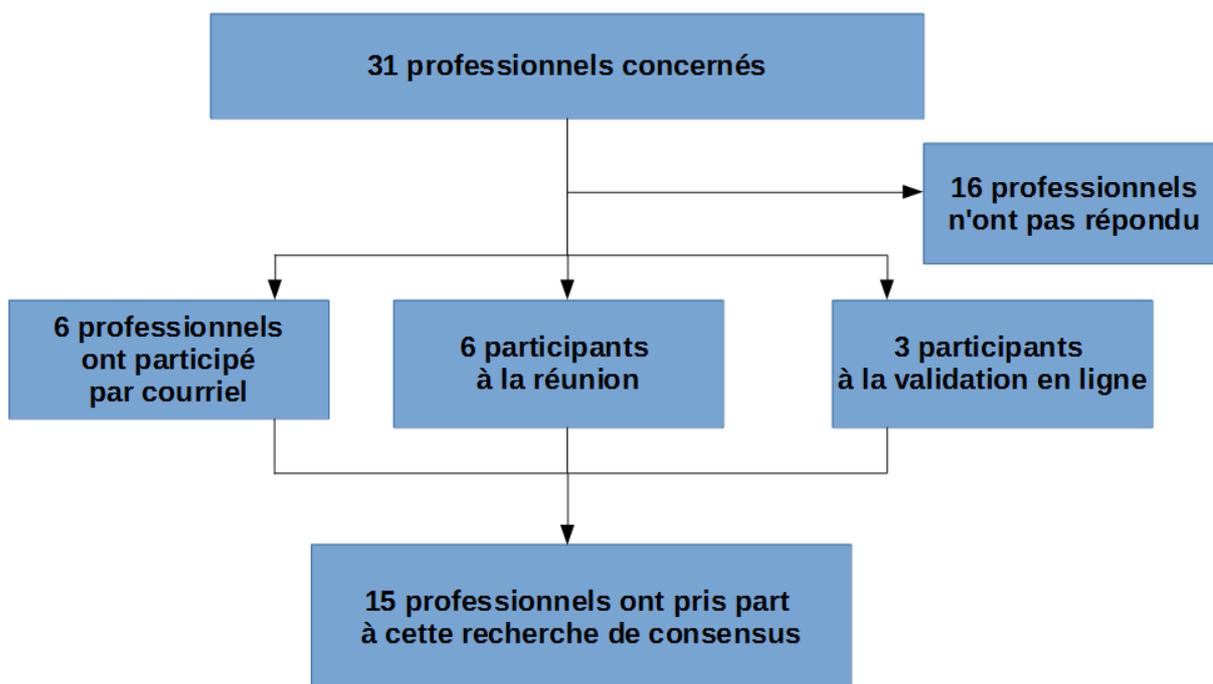


Figure 22. Flow-Chart recherche de consensus

1. Propositions retenues pour la question 1

La première question portait sur les circonstances et lieu dans lesquels la TS doit être codée par l'équipe de psychiatrie. Les propositions de codage retenues au décours de la réunion et de la validation en ligne étaient :

- En cas de motif d'hospitalisation (2 oppositions)
- Par chaque intervenant lors du premier contact par professionnel et dans chaque unité (4 oppositions)
- Par tous les professionnels médicaux et paramédicaux (2 oppositions)
- Sur tous les lieux de prise en charge, y compris lors des visites à domicile (VAD) (2 oppositions)

2. Propositions retenues pour la question 2

La seconde question portait sur le code qu'il conviendrait d'adopter en cas de geste arrêté avant sa réalisation avec intentionnalité avérée. La proposition retenue était de

soumettre à l'ATIH une demande de code en Y « contexte suicidaire » avec une notion temporelle de plus de 24 heures et de moins de 24 heures. (2 oppositions)

3. Propositions retenues pour la question 3

La troisième question interrogeait la durée à partir de laquelle une TS devient un antécédent. La proposition retenue était :

- Dès que l'épisode aigu est passé lors de la prise en charge de la TS avec une limite de 12 mois et, si en rapport avec le motif de prise en charge (1 opposition)

B. Document de synthèse soumis à l'ARS et à l'ATIH et diffusé auprès des DIM

Un document synthétisant les recommandations a été réalisé et présenté à l'agence régionale de santé (ARS) le 16 novembre 2015 et communiqué par courriel à l'ATIH. Il a été également diffusé auprès des DIM du Nord-Pas-de-Calais par courriel le 1er mars 2016. Ceux-ci peuvent également en demander une version cartonnée type bristol auprès de la F2RSM et sont invités à diffuser les recommandations largement dans leurs établissements. Les professionnels peuvent s'approprier ces recommandations en les modifiant localement. Ce document est présenté en annexe.

DISCUSSION/CONCLUSION

L'étude TS psy a montré que les professionnels exerçant en psychiatrie n'étaient pas opposés au RIM-P. Les psychiatres chefs de services du Nord-Pas-de-Calais ont une opinion positive sur celui-ci. Par ailleurs, les résultats de l'étude ont mis en lumière une hétérogénéité de codage importante par les professionnels.

Cette étude a pour principale limite le taux de participation de 56,5 % dans le cas du volet chef de service et de 23,4 % dans le cas du volet professionnel codant ; néanmoins, le nombre de professionnels codant aux urgences attendu n'est qu'une estimation par extrapolation des données à notre disposition concernant le CHRU de Lille. On pourrait également discuter d'un biais de sélection car les personnes ayant répondu sont probablement les plus intéressées par la question, avec comme conséquence une sous-représentation des avis négatifs au niveau des chefs de services.

L'objectif principal des recommandations de codage de la TS dans le RIM-P est d'améliorer le recueil épidémiologique des tentatives de suicide, afin de pouvoir évaluer, suivre et améliorer les interventions proposées aux suicidants. Pour permettre une diffusion large, les recommandations ont été conçues dans un format court facilitant un usage quotidien. Le verso résume les recommandations et le recto rappelle les codes diagnostiques de TS. Ce document prend en compte les recommandations de l'ATIH publiées en janvier 2016 au cours de ce travail. Ces

dernières n'ont pas remis en cause les résultats produits par notre recherche de consensus. (19)

Dans le Nord-Pas-de-Calais, une veille épidémiologique fiable des tentatives de suicide pourrait, par exemple, permettre d'évaluer plus précisément l'impact du recontact systématique des suicidants mis en place dans le cadre du programme Vigilans.

Par ailleurs, la France a reconnu le suicide comme priorité de santé publique depuis la fin des années 1990, et en 2000 une première « stratégie nationale d'actions face aux suicides » a été lancée. En 2004, des objectifs d'amélioration de l'état de santé dont la réduction du nombre de suicides étaient inscrits dans la loi (loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). Dans cette même dynamique, le plan santé mentale 2005-2008 préconisait la poursuite de la stratégie nationale initiée dans les années 2000. Une réflexion globale a été engagée dès 2008 aboutissant à la naissance du « programme national d'action contre le suicide » en septembre 2011 pour la période 2011-2014.

Parmi les propositions d'amélioration proposées dans ce programme, une nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de ce travail :

Action 39: Améliorer les connaissances sur les données concernant les tentatives de suicide en population générale, ainsi que leur suivi au cours du temps

Ce plan d'action s'appuie sur l'amélioration des données du PMSI-MCO, la mise en place du RIM-P ainsi que la possibilité de chaînage des données pour améliorer la précision des données concernant la prise en charge des tentatives de suicide dans le système hospitalier. (20)

Notre travail s'inscrit donc dans cette stratégie d'amélioration de recueil des données sur les TS. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de nos recommandations de codage de la TS dans le RIM-P dans les années à venir, tout comme de développer les possibilités de chaînage des données entre les différents recueils.

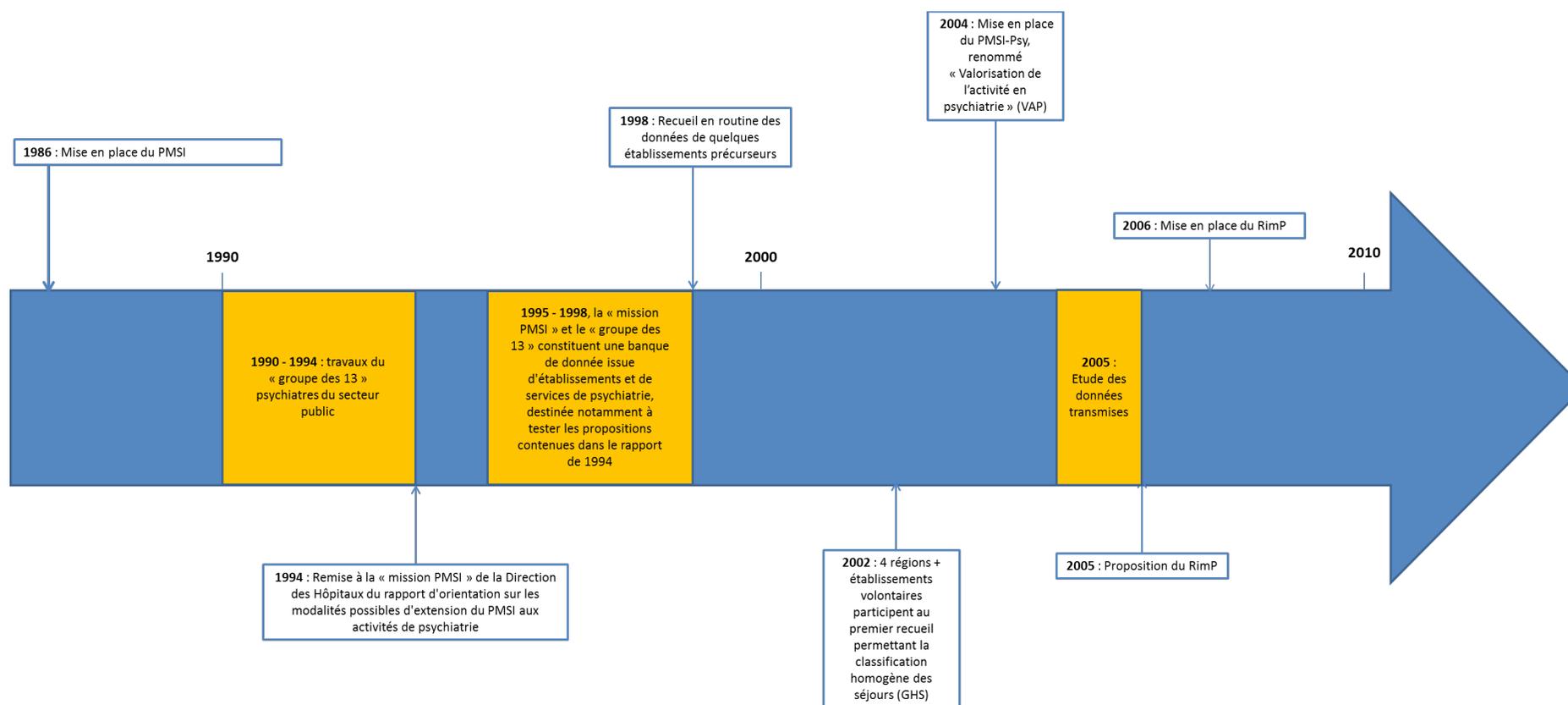
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jacques Vedrinne, Pierre Sorel, Didier Weber. Sémiologie des conduites suicidaires - EM|Premium - Psychiatrie 1996:1-0 [Article 37-114-A-80] [Internet]. [cité 21 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/4073/resultatrecherche/35>
2. Schmitt J-C. Le suicide au Moyen Âge. *Ann Hist Sci Soc.* 1976;31(1):3-28.
3. Jerphagnon L. Grisé (Yolande). Le suicide dans la Rome antique. *Rev Belge Philol Hist.* 1985;63(1):149-51.
4. Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé Publique.* 2011;HS - Vol. 23:11-29.
5. OMS. Prévention du suicide -l'état d'urgence mondial [Internet]. 2014 [cité 18 oct 2014]. Disponible sur: <http://biblio.parlament.ch/e-docs/377617.pdf>
6. Laurent Plancke, Alina Amariei. Les conduites suicidaires dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. F2RSM; 2014 oct [cité 22 oct 2014]. Disponible sur: http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/monographie_conduites_suicidaires_bd.pdf
7. Serge Tribolet, Mazda Shahidi. Les conduites suicidaires. In: *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques.* Heures de France. 2005. p. 221-8. (Guides professionnels de santé mentale).
8. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *BEH.* 13 déc 2011;(47-48):488-92.
9. SUICIDE - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives [Internet]. Observatoire National du Suicide; 2016 févr [cité 5 févr 2016]. Report No.: 2. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_010216.pdf
10. Suicide, Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche [Internet]. Observatoire National du Suicide; 2014 nov [cité 1 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
11. ATIH. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [Internet]. [cité 24 oct 2014]. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1441/GUIDE_METHODO_MCO_2013_version_BO_site.pdf
12. Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chan Chee C, Vaiva G. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais. Apports et limites. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* déc 2014;62:351-60.

13. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Quest Déconomie Santé*. 2013;(191):1-8.
14. Mazet P, Darcourt G, Abbar M. Conférence de consensus, la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Fédération Française de Psychiatrie; 2000.
15. Mazet P, Benoit M, Archambeaud M-P. Recommandations professionnelles - Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide [Internet]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 1998 [cité 8 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.darhached.org/articles/JAMU/jamu2001/PRISE%20EN%20CHARGE%20HOSPITALISRE%20DES1.pdf>
16. Coldefy M, Nestrigue C, Or Z. Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. *Dir Rech Études L'évaluation Stat DREES Doc Trav Sér Sources Méthodes* [Internet]. 2012 [cité 29 août 2014];38. Disponible sur: [http://www.gpeajh51.fr/doc_handicap/Nouveau%20dossier%20\(e\)/La%20diversite%20des%20pratiques%20en%20psychiatrie%20012013.pdf](http://www.gpeajh51.fr/doc_handicap/Nouveau%20dossier%20(e)/La%20diversite%20des%20pratiques%20en%20psychiatrie%20012013.pdf)
17. ATIH. Statistiques Psy [Internet]. [cité 24 oct 2014]. Disponible sur: <http://stats.atih.sante.fr/psy/mahos/nat/2013/tab1b.html>
18. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer*. 2011;22(99):170-7.
19. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie [Internet]. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation; 2016 janv [cité 2 avr 2016]. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2831/guide_methodo_psy_2016_version_provisoire.pdf
20. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014). 2011.

ANNEXES

Annexe 1 : Étapes de lancement du RIM-P



Annexe 2 : Questionnaire à destination des chefs de service

TsPSY : Questionnaire chef de service

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale réalise une étude sur la manière dont les équipes de psychiatrie codent leurs interventions auprès des suicidants.

Ce questionnaire s'adresse aux chefs de service de psychiatrie de la région Nord - Pas-de-Calais.

Cette étude n'a pas pour but de juger les pratiques ; les données recueillies seront analysées anonymement et nous permettront de réaliser un état des lieux régional, afin de pouvoir analyser les bases de données de manière plus fine, et de comprendre quels peuvent être les freins au codage.

Les résultats seront publiés sans aucune identification possible des services et personnels répondants.

Merci !



Connaissances, représentations, opinions

1. Connaissez-vous le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP, appelé aussi PMSI psy) ?

Très bien Bien Assez mal Très mal

2. Pour chacune des qualifications relatives à ce recueil de données, quel est votre degré d'accord ?

Ce recueil est :	Pas du tout d'accord		Ni d'accord ni pas d'accord		Tout à fait d'accord
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	
Indispensable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inutile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complexe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un outil économique (tarification)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utile en épidémiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronophage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nuisible à la confidentialité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Globalement, quelle est votre opinion sur ce recueil ?

Très positive Positive Négative Très négative

4. Pour quelles raisons ?

-
-
-

5. Connaissez-vous les consignes de codage de ce recueil ? oui non

6. Avez-vous des retours (documents, synthèses, exposés ...) sur les données recueillies ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

7. Avez-vous des contacts avec le Département d'information médicale (DIM) concernant ce recueil ?

Jamais Parfois Souvent Très souvent

Organisation du codage

8. Recevez-vous des consignes de codage ? oui non

Si oui, proviennent-elles :

- de la direction ? oui non
- du médecin DIM ? oui non
- du chef de pôle, président de CME ? oui non
- autre(s), précisez

9. Existe-t-il un protocole écrit de codage dans votre service/secteur ? oui non

Si oui, par qui a-t-il été rédigé ?

10. Qui a pour consigne de procéder au codage des séjours et actes ambulatoires ? (plusieurs réponses possibles)

	Séjours	Actes ambulatoires
Vous-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les secrétaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codage de la tentative de suicide

11. En CMP et autres lieux de prise en charge ambulatoire non urgente (lieux d’hébergement, domicile ...) :

- La TS est-elle recherchée dans les antécédents des patients ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours Je ne sais pas
- Si pas toujours, dans quels cas l’est-elle ?
 -
 -
 -
- Quand un antécédent de TS est repéré, son codage est-il effectué ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours Je ne sais pas
- Si le codage de la TS n’est pas systématique, dans quels cas la TS est-elle codée ?
 -
 -
 -

12. En hospitalisation en service de psychiatrie :

- La TS est-elle recherchée dans les antécédents des patients ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours Je ne sais pas
- Si pas toujours, dans quels cas l’est-elle ?
 -
 -
 -
- Quand un antécédent de TS est repéré, son codage est-il effectué ?
 Jamais Parfois Souvent Toujours Je ne sais pas
- Si le codage de la TS n’est pas systématique, dans quels cas la TS est-elle codée ?
 -
 -
 -

13. Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur les thèmes abordés dans ce questionnaire ?

-
 -
 -
 -

Merci d’avoir consacré quelques minutes au remplissage de ce questionnaire. Les résultats de l’enquête feront l’objet d’une restitution orale ainsi que d’un document de synthèse qui vous sera envoyé.

Contact : Chloé Dumesnil - F2RSM - 3, rue Malpart - 59000 Lille - France Tél + 33 (0)3 20 44 10 34 - Fax + 33 (0)3 20 13 73 02
 Mail : contact.f2rsm@santementale5962.com

Annexe 3 : Questionnaire à destination des professionnels

5. En réalité codez-vous (ou faites-vous coder) votre activité ?

Jamais
 Parfois
 Souvent
 Toujours

6. Si vous faites coder votre activité, par qui le faites-vous faire ?

.....

7. Si votre activité n'est pas systématiquement codée, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

Je n'ai pas le temps
 Je manque d'information sur la manière de coder l'activité
 Je pense que ce n'est pas important
 Je trouve cela pénible
 J'oublie de le faire
 Je ne veux pas étiqueter mes patients
 Je ne veux pas rendre compte de mon activité
 Autre(s) raisons :

TsPSY : Questionnaire professionnels

⚠ Si vous avez déjà rempli ce questionnaire car vous travaillez dans plusieurs équipes différentes participant à l'étude, merci de le retourner barré, en précisant dans quelle structure vous l'avez déjà complété.

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale réalise une étude sur la manière dont les équipes de psychiatrie codent leurs interventions auprès des suicidants.

Ce questionnaire s'adresse aux professionnels travaillant au sein d'une équipe ou d'un service qui prend en charge des suicidants en phase aiguë et pouvant réaliser des activités de codage. Dans la mesure du possible, un questionnaire est à compléter par chaque professionnel concerné.

Cette étude n'est pas une manière de juger vos pratiques en termes de codage ; les données recueillies seront analysées anonymement et nous permettront de réaliser un état des lieux régional, afin de pouvoir analyser les bases de données de manière plus fine, et de comprendre quels peuvent être les freins au codage.

Ce questionnaire est très court. Le compléter ne vous prendra que quelques minutes.



Merci !

1. Dans quelle structure êtes-vous amené à prendre en charge des suicidants en phase aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)

Equipe intervenant au sein du service d'accueil des urgences
 Equipe de liaison intervenant dans les services d'hospitalisation en Médecine – Chirurgie – Obstétrique
 Centre d'accueil et de crise
 Service d'hospitalisation en psychiatrie
 Autre : précisez

2. Quel âge avez-vous ? __ ans

3. Quel est votre sexe ? Féminin Masculin

4. Quelle est votre fonction ?

Psychiatre
 Interne
 Infirmier / Infirmière
 Psychologue
 Autre : précisez

Merci de votre participation !

Questionnaire à retourner à :

Avant le :

Contact :
 Chloé Dumesnil - F2RSM - 3, rue Malpart - 59000 Lille - France
 Tél + 33 (0)3 20 44 10 34 - Fax + 33 (0)3 20 13 73 02
 Mail : contact.f2rsm@santementale5962.com

5. Comment coderiez-vous les quatre actes ou séquences suivants ?

Merci de répondre à tous les cas cliniques, même si, en pratique, vous n'êtes pas amené à prendre en charge des suicidants dans l'ensemble des circonstances décrites

Cas n°1
 Aux urgences, vous voyez en entretien une jeune fille de 17 ans admise pour tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. La patiente n'a pas de symptômes somatiques. Elle a ingéré une boîte de 16 gélules de paracétamol 500 mg en fin d'après-midi, et a finalement prévenu sa mère qui l'a accompagnée aux urgences. Elle n'a pas d'antécédent psychiatrique. L'entretien retrouve une rupture amoureuse récente. Vous ne retrouvez pas de trouble de la personnalité, ni de dimension impulsive, ni de symptômes évocateurs de pathologie mentale évolutive.

Cas n°2
 Vous recevez au centre de crise un homme de 40 ans admis après passage aux urgences pour tentative de suicide par pendaison. Il a été découvert par son épouse alors qu'il s'apprêtait à passer à l'acte. Il a déjà tenté de se suicider deux fois au cours des douze derniers mois, et bénéficie d'un suivi psychiatrique en libéral. Il présente un épisode dépressif majeur.

Cas n°3
 Au sein du service d'orthopédie, vous voyez en entretien une femme de 25 ans hospitalisée suite à une tentative de suicide par phlébotomie. On retrouve dans ces antécédents plusieurs tentatives de phlébotomie. Elle a une personnalité impulsive, immature et instable.

Cas n°4
 Mme X sort d'hospitalisation psychiatrique. Il s'agit d'une femme de 45 ans, bipolaire connue du service, qui a tenté de se jeter d'un pont, dans un contexte d'alcoolisation. Durant l'hospitalisation, un syndrome mixte est diagnostiqué. La patiente vit seule et est isolée socialement. L'hospitalisation a permis de rééquilibrer le traitement et de réévaluer sa situation sociale.

Diagnostic principal (Une seule réponse par cas clinique)

Codes CIM 10	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°3	Cas n°4
S00 à T98 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	0	0	0	0
F00 à F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0	0	0	0
F10 à F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	0	0	0	0
F20 à F29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	0	0	0	0
F30 à F39 Troubles de l'humeur (affectifs)	0	0	0	0
F40 à F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	0	0	0	0
F60 à F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	0	0	0	0
F90 à F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	0	0	0	0
F99 Trouble mental, sans autre indication	0	0	0	0
Autre

Diagnostics et facteurs associés (Plusieurs réponses possibles par cas clinique)

Codes CIM 10	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°3	Cas n°4
Z915 Antécédents personnels de lésions auto-infligées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X60 à X69 Auto-intoxication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X70 à X84 Lésion auto-infligée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S00 à T98 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F00 à F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F10 à F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F20 à F29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F30 à F39 Troubles de l'humeur (affectifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F40 à F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F60 à F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F90 à F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F99 Trouble mental, sans autre indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre
Aucun diagnostic ou facteur associé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 4 : Grille d'entretien téléphonique référents DIM

Grille d'entretien téléphonique

Références :

- Date
- Personne interrogée
- Lieu d'exercice

1 : Je suis interne en psychiatrie, dans le cadre de mon travail de thèse sur le codage de la tentative de suicide dans le RIM-P que je mène avec la F2RSM, je souhaiterais vous poser quelques questions.

2 : Présentation de l'étude TS psychiatrie

Fin 2014, nous avons mené l'étude TS psy qui était une étude quantitative transversale en 2 volets qui recherchait les opinions et représentations sur le RimP des chefs de pôle de psychiatrie et les pratiques de codage des professionnels de la région. Cette étude est parue dans le dernier psy brèves qui est une publication de la F2RSM ; je peux vous l'envoyer en lien si vous le souhaitez. Nous souhaiterions poursuivre l'étude en recueillant l'opinion des référents psychiatrie au sein des DIM. A l'issue de cette étude, j'aimerais vous poser quelques questions qui serviront pour établir un questionnaire que nous enverrons à l'ensemble des DIM de la région ; suite aux réponses de ce questionnaire, nous voudrions organiser une réunion à la F2RSM afin de discuter de cette thématique.

Ce questionnaire devrait prendre 20 à 30 min, acceptez-vous d'y répondre ?

2 : Pourriez-vous me dire SVP comment est organisé le codage en psychiatrie dans votre établissement ?

3 : Est-ce que la question du codage est abordée régulièrement avec les cliniciens ? Avez-vous des retours de leur part ?

4 : Plus particulièrement concernant la TS ?

5 : Êtes-vous intéressé par cette question ? Est-ce que cela vous semble pertinent de travailler sur cette thématique ?

6 : Avez-vous un référentiel de codage sur les TS dans votre établissement ? Si oui, pouvez-vous me le transmettre ? Si oui, est-il connu et utilisé par les professionnels ?

Dans les cas cliniques de l'étude TS psy, 2 cas sur 4 étaient majoritairement codés en TS à 83 % et 60 % dans des cas d'auto-intoxication et de lésions auto-infligées, alors que dans les autres cas lorsque le geste était arrêté avant sa réalisation (tentative de pendaison et précipitation), les cas étaient cotés pour 39 % et 32 % des cas.

7 : Est-ce qu'il vous semble pertinent de définir un consensus de codage pour les TS ?

8 : Seriez-vous intéressé pour participer à une réunion sur le sujet avec les DIM de la région à la fédération de recherche en santé mentale ?

Annexe 5 : Questionnaire en ligne à destination des DIM

Questionnaire en ligne

1. Dans quel établissement travaillez-vous ?
2. Quelle est votre profession ?
3. Sur quels champs porte votre activité ?
4. Selon vous et considérant votre activité, le codage de la TS représente un enjeu :
Pas du tout important - Peu important – Moyennement important – Important – Très important
5. En quelques mots, pourriez-vous commenter votre réponse ?
6. Dans votre établissement, avez-vous eu connaissance de difficultés concernant le codage de la tentative de suicide ? Si oui, quelles étaient-elles ?
7. Existe-il une organisation particulière concernant le codage de la TS en psychiatrie dans votre établissement ? Si oui, laquelle ?
8. Avez-vous dans votre établissement des guidelines locales spécifiques concernant le codage de la tentative de suicide? Si oui, lesquelles ?
9. Nous souhaiterions organiser prochainement une réunion régionale en vue de définir un consensus sur le codage de la TS, qui prenne en compte bien sûr les consignes de l'Atih ; pourriez-vous nous faire faire part de vos disponibilités ?

Annexe 6 : Consignes de codage



Tentative de suicide : quel codage dans le Rimp ?

Comment coder une TS ?
Toute prise en charge d'une personne ayant fait un TS doit être codée en **diagnostic associé en X60 à X69 (auto-intoxication) ou X70 à X84 (lésion auto-infligée)**. Plusieurs diagnostics associés peuvent être codés.

Quand et où coder la TS ?

- Par tous les professionnels médicaux et paramédicaux
- Par chaque intervenant lors du premier contact et dans chaque unité (urgences, hospitalisation, CMP ...)
- Lorsqu'il s'agit du motif d'hospitalisation
- Sur tous les lieux de prise en charge, y compris lors des visites à domicile

Et en cas d'antécédent de TS ?

- Si la TS est le motif de la prise en charge : code **Z91.50** (antécédents personnels récents de lésions auto-infligées)
- Dans les autres cas : **Z91.58** (antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés)

Exemple : Un patient vu par un psychiatre aux urgences suite à un geste suicidaire aura un DAS avec les codes de lésions auto-infligées (X60-X84); ce même patient s'il est transféré en psychiatrie au décours de ce geste suicidaire aura un DAS d'antécédent personnel récent de lésions auto-infligées (Z91.50); dans les suites de cette prise en charge ce patient aura un DAS d'antécédent personnel de lésions auto-infligées, autres non précisés (Z91.58).

Quel code adopter en cas de geste arrêté avant sa réalisation avec intentionnalité avérée, ou d'idées suicidaires ?
En cas de présence d'idées suicidaires ou d'un risque de passage à l'acte : **R45.8** (autres symptômes et signes relatifs à l'humeur).
A l'exclusion des idées suicidaires au cours de troubles mentaux (F00-F99).

Faut-il coder la TS aux urgences ?
Oui. Lors d'une prise en charge d'une TS aux urgences, l'équipe MC0 renseigne le PMSI et l'équipe de psychiatrie renseigne le Rimp, soit 2 codages distincts et nécessaires pour la même personne.

Il est très important que la psychiatrie, par le codage systématique des cas de TS qu'elle prend en charge, contribue à la veille épidémiologique régionale sur les conduites suicidaires.

Document élaboré dans le cadre d'une thèse de médecine par Pierre Parmentier, sous la direction du Dr Anne-Claire Stona, en collaboration avec la Fédération régionale de recherche en santé mentale - Février 2016.

Codes CIM-10 X60-X84. Lésions auto-infligées : intoxication ou lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu ; suicide (tentative de).

Auto-intoxications

- X60 Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits
- X61 Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X62 Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X63 Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits
- X64 Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X65 Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool
- X66 Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits
- X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
- X68 Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits
- X69 Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision

Lésions auto-infligées

- X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation
- X71 Lésion auto-infligée par noyade et submersion
- X72 Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing
- X73 Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
- X74 Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, autres et sans précision
- X75 Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif
- X76 Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes
- X77 Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants
- X78 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant
- X79 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet contondant
- X80 Lésion auto-infligée par saut dans le vide
- X81 Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement
- X82 Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur
- X83 Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés
- X84 Lésion auto-infligée par un moyen non précisé

Les extensions de lieu à préciser

- .0 Au domicile
- .1 Dans un établissement collectif
- .2 Dans une école, autre institution et lieu d'administration publique
- .3 Dans un lieu de sport et d'athlétisme
- .4 Dans la rue ou sur la route
- .5 Dans une zone de commerce et de services
- .6 Dans un local industriel et chantier de construction
- .7 Dans une exploitation agricole
- .8 Dans d'autres lieux précisés
- .9 Dans un lieu sans précision

NB : le nombre de diagnostics associés n'étant pas limité, plusieurs diagnostics de suicide peuvent être employés si plusieurs moyens ont été employés (alcool et psychotropes par exemple).

AUTEUR : Nom : Parmentier Prénom : Pierre

Date de Soutenance : Vendredi 16 décembre 2016 à 18h00

Titre de la Thèse : Recommandations de codage des tentatives de suicide dans le RIM-P en région Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : *Thèse d'exercice du diplôme d'État de Docteur en médecine*

DES : *Psychiatrie*

Mots-clés : codage, tentative de suicide, RIM-P, recommandations, CIM-10, psychiatrie

Résumé :

Contexte : La surveillance épidémiologique systématique des tentatives de suicide prises en charge médicalement est récente. Elle existe depuis une vingtaine d'années en MCO par le biais du PMSI, et depuis 2006 en psychiatrie par le biais du RIM-P. Aucune étude n'a dressé un état des lieux du codage des tentatives de suicide en psychiatrie depuis la mise en place de ce recueil. L'objectif de ce travail a été de réaliser un état des lieux du codage des TS dans le RimP, puis une recherche de consensus de codage.

Méthode : Ce travail a comporté trois étapes successives. La première était une enquête en deux parties auprès des chefs de services de psychiatrie et des professionnels de psychiatrie codants qui dressait un état des lieux du codage de la TS dans le RIM-P. La seconde évaluait l'intérêt d'une recherche de consensus de codage auprès des médecins DIM. La troisième était une recherche de consensus de codage de la TS avec les médecins DIM du NPDC ayant une activité en psychiatrie.

Résultats : La première étape a permis de montrer que les chefs de service de psychiatrie avaient un avis plutôt favorable au RIM-P, ainsi qu'une pratique de codage hétérogène selon les endroits. On retrouvait chez les professionnels codants un codage relativement homogène à l'exception de certaines situations cliniques de TS. La seconde partie retrouvait un avis favorable des médecins DIM à la recherche d'un consensus de codage des TS dans le RIM-P. La troisième partie a permis d'interroger l'ensemble des médecins DIM du NPDC ayant une activité en psychiatrie et a abouti en l'élaboration et la diffusion d'une recommandation de codage de la TS dans le RIM-P.

Conclusion : La diffusion de cette recommandation de codage auprès des professionnels codants devrait permettre d'améliorer la quantité et la qualité du codage ce qui pourrait permettre une meilleure veille épidémiologique des TS à partir de cette base de donnée.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN, Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Madame le Docteur Chloé DUMESNIL, Madame le Docteur Anne-Claire STONA