



Chloé Dumœnil*

Interne en santé publique

Pierre Parmentier

Interne en psychiatrie

Laurent Plancke*

Chargé d'études

*Fédération régionale de
recherche en santé mentale
Nord - Pas-de-Calais

Le codage des tentatives de suicide en psychiatrie, dans le Nord - Pas-de-Calais

La surveillance des taux de tentatives de suicide (TS) et de leurs évolutions est nécessaire à la réalisation d'états des lieux précis sur ce sujet ainsi qu'à l'évaluation des dispositifs innovants de prise en charge des suicidants¹. Le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P), recueil médico-administratif de l'activité en psychiatrie, pourrait être un complément pertinent aux autres recueils renseignant les tentatives de suicide prises en charge médicalement. Cependant, il semble aujourd'hui insuffisamment fiable pour être exploité en épidémiologie. Le présent travail montre en effet que si les psychiatres ne semblent pas opposés au principe du Rim-P dans l'ensemble, les pratiques demeurent relativement hétérogènes et peu systématiques.

» Introduction

La région Nord - Pas-de-Calais compte parmi celles qui sont les plus touchées par le suicide en France. En 2011, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide y est de 34 pour 10 000 femmes (contre 21,6 pour 10 000 en France métropolitaine) et de 28,4 pour 10 000 hommes (contre 13,4 pour 10 000 en France métropolitaine) [1,2]. La région est dynamique et innovante en matière de prise en charge des suicidants. Ainsi, le premier Centre d'accueil et de crise de France a été ouvert en 1998 au CHRU de Lille, et la région compte aujourd'hui 7 lieux d'hospitalisation de crise. On pourrait citer également l'existence ou les projets de dispositifs de recontact des suicidants, de structures d'hospitalisation alternatives pour les adultes et les adolescents, et de réseaux de professionnels [3]. L'évaluation de l'impact de ces stratégies de prise en charge sur le taux de tentatives de suicide nécessite des indicateurs fiables. Or, si les décès par suicide sont relativement bien décrits, l'étude des tentatives de suicide nécessite un indicateur consolidé. Le Rim-P, au sein duquel l'ensemble des prises en charge en psychiatrie est théoriquement rapporté (à l'exception des consultations libérales et au sein des services médico-sociaux), devrait permettre de rapporter les cas de TS de manière complémentaire à celles rapportées au sein du Programme de médicalisation de l'information médicale (PMSI) et d'autres recueils médico-administratifs. Toutefois, dans des travaux antérieurs, il a été noté que le Rim-P présentait une fiabilité limitée [4] et que le nombre de cas de personnes présentant un diagnostic de TS était 2,6 fois plus faible dans les services de psychiatrie que dans les services de MCO (3563 vs 9327, Nord - Pas-de-Calais, 2011) [5].

Les pratiques de codage des professionnels de santé de psychiatrie sont déterminantes pour la qualité du Rim-P. Cependant, sur le

terrain, il semble qu'elles soient hétérogènes. En outre, l'intérêt épidémiologique du Rim-P n'est probablement pas toujours perçu. Enfin, dans le cas particulier des tentatives de suicide, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) n'a pas fourni de consigne dans son guide méthodologique de production du Rim-P. L'objectif de l'enquête qui a été menée est double. Dans un premier temps, obtenir un état des lieux des opinions et représentations sur le Rim-P des chefs de pôle et de service de psychiatrie adulte dans la région. Dans un second temps, connaître les pratiques de codage des professionnels de la région, travaillant au sein d'équipes de psychiatrie publique assurant la prise en charge aiguë de patients suicidants, et appelés à coder leur activité.

Le Rim-P

Depuis le 3^e trimestre 2006, les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie ont à recueillir et télétransmettre à leurs services de tutelle des données standardisées, médicalisées et anonymisées relatives à cette activité (arrêté du 29 juin 2006 [6]). Ce recueil, le Rim-P couvre toutes les prises en charge réalisées en établissement de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine, y compris les consultations. Les prises en charge exclues sont celles qui sont réalisées en ville ou dans des services ne relevant pas d'établissements de santé, par les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues libéraux [7].

Le Rim-P est l'équivalent du Programme de médicalisation de l'information médicale (PMSI) qui désigne le recueil d'informations relatives aux hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Néanmoins, contrairement au PMSI, le Rim-P ne constitue pas pour l'utilisant une base de tarification des établissements.

¹ Suicidant : personne ayant fait une tentative de suicide.

>> Méthodologie

Il s'agit d'une enquête quantitative transversale conduite entre le 17 juillet et le 20 octobre 2014 par la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM). Pour répondre aux deux objectifs, cette enquête comportait 2 volets.

Volet 1 : Chefs de pôle et de service

Les 57 chefs de pôle de psychiatrie adulte publique² du Nord - Pas-de-Calais ont été inclus dans l'étude, ainsi que les 13 chefs de service du secteur privé.

Les données ont été recueillies via un auto-questionnaire envoyé par voie postale et retourné par voie postale ou par courriel à la F2RSM.

Le questionnaire portait à la fois sur l'opinion et les représentations des chefs de pôle et de service sur le Rim-P, sur l'organisation du codage dans leur service, et sur la fréquence de la recherche et du codage d'un antécédent de TS dans leur service (en hospitalisation et en ambulatoire).

Volet 2 : Professionnels codant leurs prises en charge

L'étude s'adressait à l'ensemble des personnels soignants travaillant au sein

d'équipes de psychiatrie assurant la prise en charge de patients suicidants au décours immédiat de la tentative de suicide (phase aiguë), et appelés à coder leur activité. Etaient donc concernés les psychiatres, internes, infirmiers et/ou psychologues travaillant en psychiatrie de liaison (service d'accueil des urgences et/ou MCO) ou en structure d'hospitalisation psychiatrique brève. A partir des informations recueillies par un questionnaire dédié ou par les contacts pris avec les services, le nombre de personnes concernées sur la région a été estimé à 350.

Les données ont été recueillies via un questionnaire auto-administré, court et anonyme, distribué sur place par une personne chargée de la coordination. Les données étaient retournées par voie postale ou par courriel à la F2RSM.

Le questionnaire portait sur l'âge, le sexe, la fonction et l'unité/équipe au sein de laquelle le répondant était amené à prendre en charge des suicidants. Il portait aussi sur la fréquence du codage et sur les freins au codage systématique des actes. Enfin, au travers de 4 cas cliniques on cherchait à connaître les habitudes de codage des professionnels sur le terrain (diagnostic principal et diagnostics associés qu'ils auraient codés dans chacun des cas).

>> Les chefs de service et de pôle sont favorables au Rim-P mais les pratiques et recommandations de codage sont hétérogènes

Dans le cadre du 1^{er} volet de l'enquête, 44 questionnaires ont été retournés. Trente-et-un ont été complétés par des chefs de pôle (31/56) soit un taux de réponse de 55%. Neuf ont été complétés par des chefs de

service de la psychiatrie sectorisée, et 4 ont été complétés par des chefs de service du secteur privé (4/13). Un questionnaire n'était pas analysable.

Une opinion globalement favorable sur le Rim-P

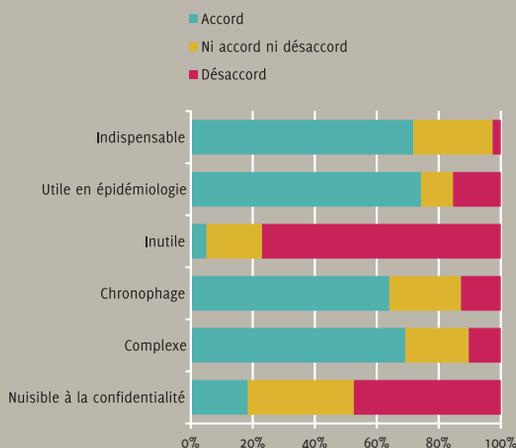


Figure 1. Opinions émises sur le Rim-P par les chefs de pôle ou de service de psychiatrie. N=43.

La plupart des répondants (34/43) ont une opinion positive ou très positive sur le Rim-P. La figure 1 illustre le degré d'accord avec quelques qualificatifs proposés sur ce recueil. Il est considéré comme indispensable et utile en épidémiologie dans une majorité des cas. Néanmoins, son aspect complexe et chronophage ressort des réponses. En texte libre, l'intérêt épidémiologique et la possibilité d'avoir un retour sur leur activité sont les 2 aspects positifs les plus cités. L'aspect économique, en revanche, est cité comme négatif, ainsi que la lourdeur, la complexité et le manque d'information sur le recueil.

² Il existe 60 secteurs de psychiatrie adulte. Certains sont regroupés (la chefferie porte alors sur plusieurs secteurs).

Les recommandations de codage semblent très hétérogènes selon les secteurs/services



Figure 2. Proportion de chefs de pôle ou de service déclarant avoir reçu des consignes de codage. N=43.

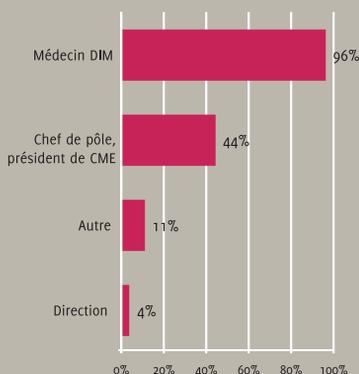


Figure 3. Provenance des consignes de codage (plusieurs provenances possibles). N=43.

Une majorité des répondants déclare connaître bien (51%) ou très bien (16%) le Rim-P. Par ailleurs, ils sont 69% à déclarer connaître les consignes de codage.

Environ 19% des répondants n'ont jamais de retour sur les données transmises alors qu'un peu plus d'un tiers ont des retours fréquents ou très fréquents, et 17% déclarent n'avoir jamais de contact avec le Département d'information médicale (Dim) alors que la moitié a des contacts fréquents ou très fréquents avec ce service.

Dans 3 cas sur 5, des consignes de codages sont reçues (figure 2) et lorsque c'est le cas, elles émanent pratiquement toujours au moins du Dim, et parfois également du chef de pôle ou du président de Commission médicale d'établissement (CME, 40% - figure 3).

Enfin, seuls 9 répondants à cet item sur 39 (soit 23%) déclarent que leur service ou secteur comporte un protocole écrit de codage (dont 6 sont rédigés par le Dim).

Le codage des antécédents de TS ne semble que rarement réalisé dans les secteurs/services

En ambulatoire et en hospitalisation, si les antécédents de tentative de suicide sont très fréquemment recherchés (la recherche est systématique selon 75% des répondants), ils sont rarement renseignés dans le Rim-P. En effet, moins de 15% des antécédents de TS seraient codés systématiquement.

Il semble, d'après l'analyse des réponses en texte libre, que seules les TS donnant lieu à la prise en charge en Centre médico-psychologique (CMP) ou étant le motif de l'admission en hospitalisation soient éventuellement codées.

» Les professionnels ont des pratiques de codage assez hétérogènes et ne codent pas systématiquement leurs actes

Dans le cadre du 2nd volet de l'enquête, 103 questionnaires ont été complétés, dont 82 étaient analysables (pas d'incohérence, et correspondant réellement aux critères d'inclusion). On estime qu'environ un tiers des personnes éligibles a répondu au

questionnaire.

La moyenne d'âge des répondants était de 42,5 ans et 45% étaient des femmes. Les psychiatres représentaient presque 80% de l'échantillon.

Le codage des tentatives de suicide est relativement homogène mais les codes les plus fréquents ne sont pas utilisés de manière systématique

Pour 3 des 4 cas cliniques proposés, 80 à 88% des répondants avaient codé la même « famille » de diagnostic principal (2 premiers caractères identiques). Pour 1 de ces 4 cas, qui concerne une jeune fille prise en charge aux urgences après une

auto-intoxication volontaire, deux tiers environ des répondants (69%) ont codé un diagnostic en «F» (*Troubles mentaux et du comportement*) mais presque un quart a codé un diagnostic relatif à l'empoisonnement.

Résumé des 4 cas soumis aux professionnels, qui étaient invités à préciser les diagnostics qu'ils auraient codés

Cas n°1. Urgences.

Jeune fille de 17 ans. TS par intoxication médicamenteuse (16 gélules de paracétamol 500 mg). Pas de symptômes somatiques. A finalement prévenu sa mère qui l'a accompagnée aux urgences. Pas d'antécédent psychiatrique. L'entretien retrouve une rupture amoureuse récente. Pas de trouble de la personnalité, ni de dimension impulsive, ni de symptômes évocateurs de pathologie mentale évolutive.

Cas n°2. Centre de crise.

Homme de 40 ans admis après passage aux urgences pour TS par pendaison. Il a été découvert par son épouse alors qu'il s'apprêtait à passer à l'acte. A déjà tenté de se suicider 2 fois au cours des 12 derniers mois, et bénéficie d'un suivi psychiatrique en libéral. Il présente un épisode dépressif majeur.

Cas n°3. Service d'orthopédie.

Femme de 25 ans hospitalisée suite à une TS par phlébotomie. On retrouve dans ces antécédents plusieurs tentatives de phlébotomie. Elle a une personnalité impulsive, immature et instable.

Cas n°4.

Femme 45 ans sortant d'hospitalisation psychiatrique, bipolaire connue du service. A tenté de se jeter d'un pont, dans un contexte d'alcoolisation. Durant l'hospitalisation, un syndrome mixte est diagnostiqué. Vit seule, isolée socialement. L'hospitalisation a permis de rééquilibrer le traitement et de réévaluer sa situation sociale.

Lors du codage des tentatives de suicide en MCO, ce sont les diagnostics associés (DA) qui rendent compte de l'aspect auto-agressif des lésions, via les diagnostics compris entre X60 et X84 (*Auto-intoxication et Lésion auto-infligée*).

Dans notre échantillon, ces diagnostics sont très souvent codés pour les cas n°1 et n°3 (dans 83 et 73% des cas, respectivement) mais beaucoup moins pour les cas n°2 et n°4 (dans 48 et 39% des cas, respectivement).

Le codage des antécédents de TS est loin d'être systématique

Les cas n°2 et n°3 rapportaient l'existence d'antécédents de tentatives de suicide chez les personnes prises en charge. Le diagnostic correspondant, Z915

Pourtant, l'intentionnalité suicidaire ne semble pas moindre dans ces 2 derniers cas cliniques. Cependant, il s'agit de cas où la personne n'a pas de lésion, car son geste a été interrompu avant le passage à l'acte.

Sur les 328 cas codés dans l'étude au total (correspondant aux 4 cas pour 82 répondants), 60% ont eu un diagnostic associé codé X60 à X84. Donc théoriquement, 60% auraient pu être détectés dans le Rim-P.

(*Antécédents personnels de lésions auto-infligées*) était proposé, et a été codé par 60% des répondants.

La fréquence du codage est insuffisante chez les professionnels de terrain

Un peu moins de 60% des répondants disent coder systématiquement leur activité, mais il faut noter que seuls 6% déclarent ne coder que *parfois* et 4% *jamais*. Les raisons le plus souvent évoquées par ceux qui ne la codent pas toujours sont l'oubli (60%), le manque de temps (30%) et le manque d'information sur la manière de coder (23%).

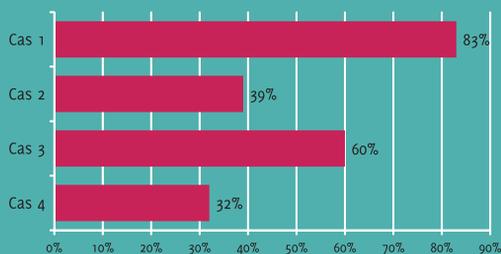


Figure 4. Proportion de répondants codant un diagnostic associé en X60 à X84.

» Conclusion et discussion

Bien qu'on s'interroge depuis un certain temps sur la qualité des données renseignées dans le Rim-P [4,8], aucune étude n'avait à ce jour interrogé directement les professionnels sur la manière dont ils codent leurs diagnostics, en particulier les tentatives de suicide, dont la diminution est un enjeu important de santé publique, et dont la surveillance nécessite donc des indicateurs de qualité.

Le questionnaire auprès des chefs de pôle et de service nous a permis de constater que leurs opinions sont plutôt favorables au Rim-P, et que l'intérêt épidémiologique de ce recueil est bien perçu par une grande majorité de répondants. Mais le manque de retours sur les données transmises et les contacts souvent insuffisants avec le Dim risquent de nuire à l'implication des professionnels dans ce recueil.

En ce qui concerne les antécédents de tentative de suicide, on constate que, si la plupart du temps ils sont recherchés, ils ne sont codés que lorsqu'elles motivent l'hospitalisation ou la consultation. Par ailleurs, dans les réponses aux questionnaires «professionnels codants» on a constaté que le diagnostic associé Z915 (*antécédent personnel de lésion auto-infligée*) était codé par 60% des répondants environ, et ce lorsque des antécédents de TS étaient évoqués dans l'énoncé des cas cliniques.

Le volet «professionnels codants» de ce travail nous a permis de constater l'existence d'une certaine homogénéité sur la manière de coder les tentatives de suicide ayant donné lieu à une lésion ou une intoxication. En effet, une forte majorité des répondants a codé les diagnostics X60 à X84 en diagnostic associé dans 2 des 4 cas cliniques proposés. Néanmoins, en ce qui concerne les tentatives de suicide interrompues avant la moindre lésion, bien

que l'intentionnalité ait été attestée, ces diagnostics ne semblent pas appropriés, en tout cas ils ne sont codés que dans une minorité des cas. Il semble donc nécessaire soit de discuter d'un code diagnostique qui pourrait être utilisé dans tous les cas, soit d'un code spécifique aux cas où il n'y a pas d'atteinte physique.

Par ailleurs, 40% environ des répondants ont déclaré ne pas coder systématiquement leur activité, les 2 raisons les plus fréquemment invoquées étant l'oubli et le manque de temps. Ces freins peuvent être levés en informant les professionnels de l'importance de coder les actes et les diagnostics, et en les formant à le faire, de manière appropriée.

Cette étude comporte quelques limites qu'il convient d'évoquer. D'une part, le taux de réponse des chefs de pôle et de service est de 55% en psychiatrie adulte sectorisée et de 30% en psychiatrie privée, ce qui est relativement faible, et on ne peut donc pas exclure un biais de sélection, les personnes les moins intéressées par un sujet étant les moins susceptibles de répondre.

D'autre part, ce faible taux de réponse de la part des chefs de pôle et de service a limité, dans certains établissements, la prise de contact pour diffuser le questionnaire à destination des professionnels codant, bien que suffisamment de réponses aient été obtenues pour en faire une description exploitable. Par ailleurs, quelques questions sont apparues ambiguës et ont semble-il été mal comprises par une partie des répondants. Certaines n'ont pas, de ce fait, été exploitées. Enfin, des propositions de codage étaient contenues dans le questionnaire comportant les 4 cas cliniques et cela a probablement entraîné un biais de mesure (lié au rappel des différentes possibilités).

» Perspectives

L'objectif qui sous-tend ce travail est l'obtention de données fiables concernant les personnes suicidantes vues en psychiatrie dans notre région. Cette étude a permis de dresser un premier état des lieux, mais il serait pertinent de préciser les choses en travaillant avec les Dim et éventuellement de façon qualitative de nouveau avec les professionnels qui codent pour voir comment se pratique «techniquement» le codage sur le terrain. Plusieurs répondants ont évoqué la présence de protocoles de codage au sein de leur service/pôle, et il serait intéressant de se les procurer également. Cet approfondissement serait en outre

l'occasion de réfléchir à un consensus régional pour le codage des TS, ainsi qu'au moyen de diffusion de celui-ci, pour une mise en œuvre effective d'un codage exploitable en épidémiologie.

Principales propositions

- Constitution d'un groupe de travail, composé de psychiatres et médecins Dim en vue d'élaborer un document consensuel sur le codage, en lien avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).
- Restitution de ce document technique aux équipes soignantes.

>> Bibliographie

1. Chan-Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011, InVS, 2014
2. Plancke L., Amariei A., Clément G. Les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais. Une synthèse des données disponibles, F2RSM, 2014
3. Un nouveau visage en psychiatrie et santé mentale. Initiatives en région Nord - Pas-de-Calais, F2RSM, 2013
4. Plancke L., Amariei A. Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge et leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais ?, F2RSM, PsyBrèves 2014 ; 4
5. Plancke L., Ducrocq F., Clément G., Chaud P., Haeghebaert S., Amariei A., Chan-Chee C., Vanhée F., Goldstein P., Vaiva G. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Apports et limites. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2014 ; 62 : 351-360
6. 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
7. Coldefy M., Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (Irdes), Questions d'économie de la santé 2013 ; 191
8. Coldefy M., Nestrigue C., Or Z. Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Document de travail, Série sources et méthodes 2012 ; 38

Les auteurs remercient le Dr Bertrand Lavoisy pour sa relecture attentive et ses remarques avisées.