

**IX<sup>e</sup> CNIPsy**

Amiens

19 octobre 2012

**Aurélien LAURENT**

Psychiatre,

EPSM Lille-Métropole



# L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN PSYCHIATRIE : nécessaire exercice dicté par la raison ou expérience de folie « normopathique » ?

# INTRODUCTION (I)

- L'EPP est une **obligation légale** :
  - ***Loi du 13 août 2004*** :
    - ✓ Obligation pour tout médecin d'évaluer ses pratiques.
    - ✓ Création de la HAS.
  - ***Décret 2005-346 du 14 avril 2005*** :
    - ✓ Définition de l'EPP.
  - ***Documents de la HAS de mai et novembre 2007*** :
    - ✓ Précisions et mise en œuvre « pratique ».
    - ✓ L'EPP comme démarche qualité, dans la lignée de la certification V2 (2005).

# INTRODUCTION (II)

- Une controverse :

Une nécessité dictée par la  
raison

VS

Une folie  
« normopathique »

# INTRODUCTION (III)

- Que diable fais-je dans cette galère ?
- **Interrogations de l'équipe soignante** sur l'activité de psychiatrie aux urgences.
- ✓ Soigne-t-on correctement ?
- ✓ Respecte-t-on les recommandations scientifiques en vigueur ?
- Désir d'expérimenter ce **nouveau dispositif** d'EPP.
- Projet d'établissement : certification.
- **Mémoire** de fin de DES ...

# **EPP : PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS AUX URGENCES DU CHG D'ARMENTIERES**

# FONCTIONNEMENT DE LA PSYCHIATRIE AUX URGENCES

- Urgences du CHG d'Armentières :

- Armentières : 20000 hab. ;  
15 km. N-O de Lille.



- Patients de la vallée de la Lys et de la Flandre intérieure + / - grande banlieue lilloise et Belgique.
- Passage (en principe !) d'un **psychiatre accompagné d'un(e) IDE** du lundi au vendredi matin, psychiatre seul le samedi matin.

**METHODE**

# METHODOLOGIE

- **Etude de cohorte rétrospective en 3 temps** : tous les patients suicidants vus dans le cadre des interventions psychiatriques aux urgences :
  - **Avant** toute action spécifique (mars - juillet 2008).
  - **Immédiatement après** sensibilisation de l'ensemble de l'équipe soignante et mise en œuvre d'un [programme d'amélioration](#) de la qualité des soins (avril - juin 2009).
  - **Un an après** les mesures d'amélioration (avril - juin 2010).
- Définition des [critères d'évaluation](#), essentiellement à partir des **recommandations de la HAS** (conférence de consensus d'octobre 2000).



# LES CRITERES QUALITATIFS D'EVALUATION

- **Critères de qualité de l'évaluation clinique :**
  - Traçabilité dans le dossier médical d'une évaluation du risque suicidaire (modèle risque - urgence - dangerosité).
  - Contact avec un proche et /ou un soignant (MT, IDE, CMP, etc.).
- **Critères de qualité des soins proposés :**
  - Indication d'un lieu de consultation et de recours en urgence 24h/24 7j/7.
  - RDV / interlocuteur ?
  - Vérification de l'observance du suivi +/- relance (cf. étude SYSCALL) : accord préalable du patient.



# RECUEIL DE DONNEES

- **Données épidémiologiques :**
  - Sexe, âge, situation familiale.
  - Atcd psychiatriques et suicidaires.
  - Addictions.
- **Données relatives aux critères qualitatifs des soins aux urgences :**
  - **Evaluation du risque** suicidaire figurant au dossier.
  - **Contacts** avec proches et / ou soignants.
  - **Coordonnées** de consultation et d'urgence.
  - Vérification de l'**observance** du suivi + / - relance.

# ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

- **Tableur Excel<sup>®</sup>**, avec données codées sous forme **binaire** (0 ou 1, sauf variables quantitatives).
- Aide technique de la **plateforme de biostatistiques du CHRU de Lille** (crédits de la **F2RSM**).
- Statistiques simples : moyennes, médianes, significativité des différences observées.

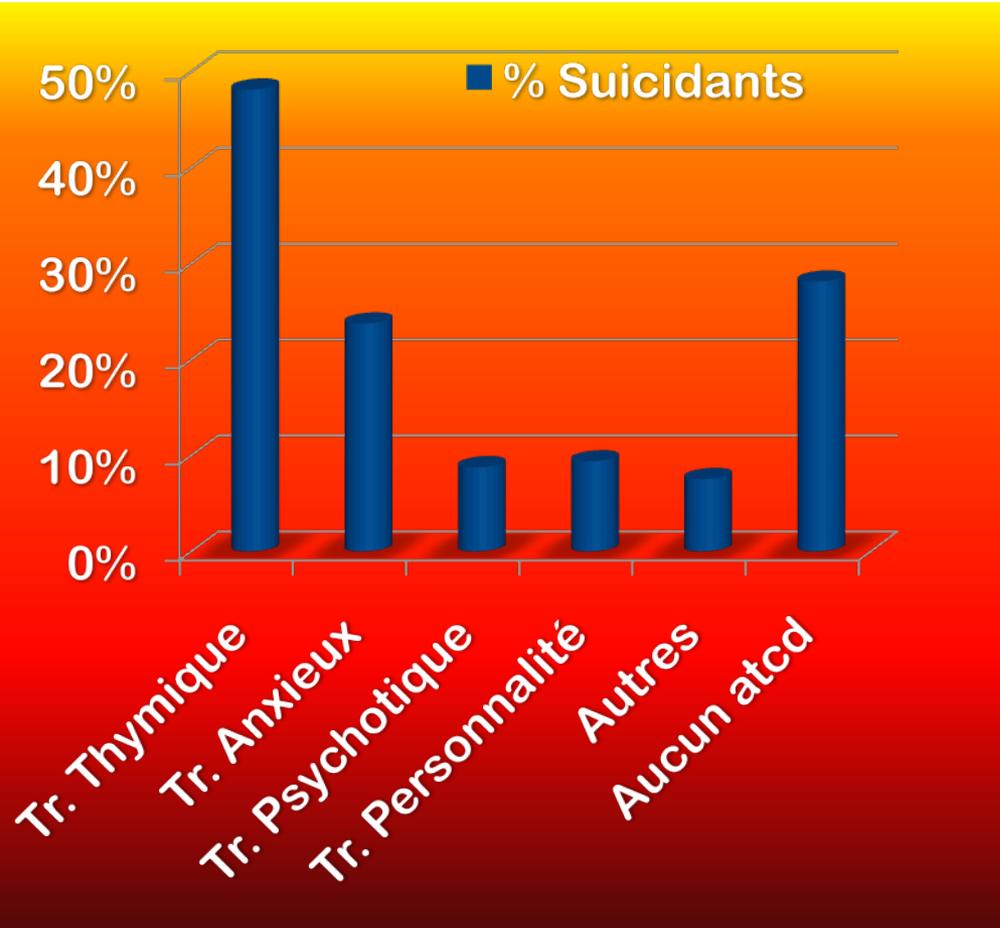
# RESULTATS

# PREMIERE PHASE D'EVALUATION (I)

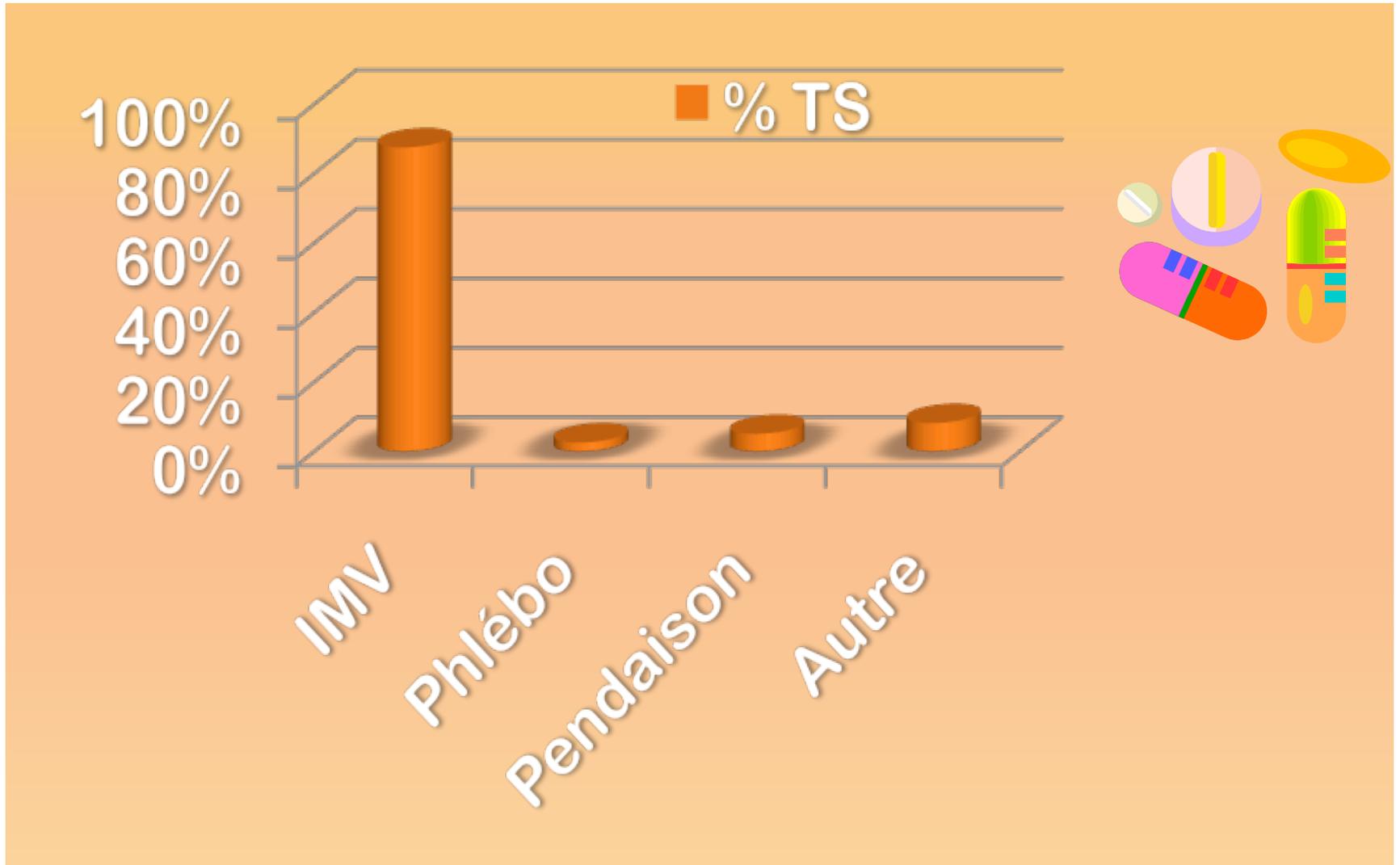
- Etude des dossiers du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2008 : **160 patients inclus.**
- **Données épidémiologiques :**
  - Age médian de **41 ans, 3 femmes / 2 hommes.**
  - **Fréquence des atcd psychiatriques** (plus de 2/3, trouble thymique pour la moitié) et de la **comorbidité addictive** (42 %, pour la grande majorité dépendance à l'alcool).
  - **50% de primo-suicidants.**
  - **IMV** dans 90% des cas.
  - **Psychopathologie** associée au moment du geste dans **50%** ; 1/3 des patients présentent un **EDM** caractérisé.
  - Près de 2/3 de patients **ambulatoires**.
  - **Pas de différence significative** qqs secteur d'origine.
  - Données **conformes** à celles de la **littérature.**



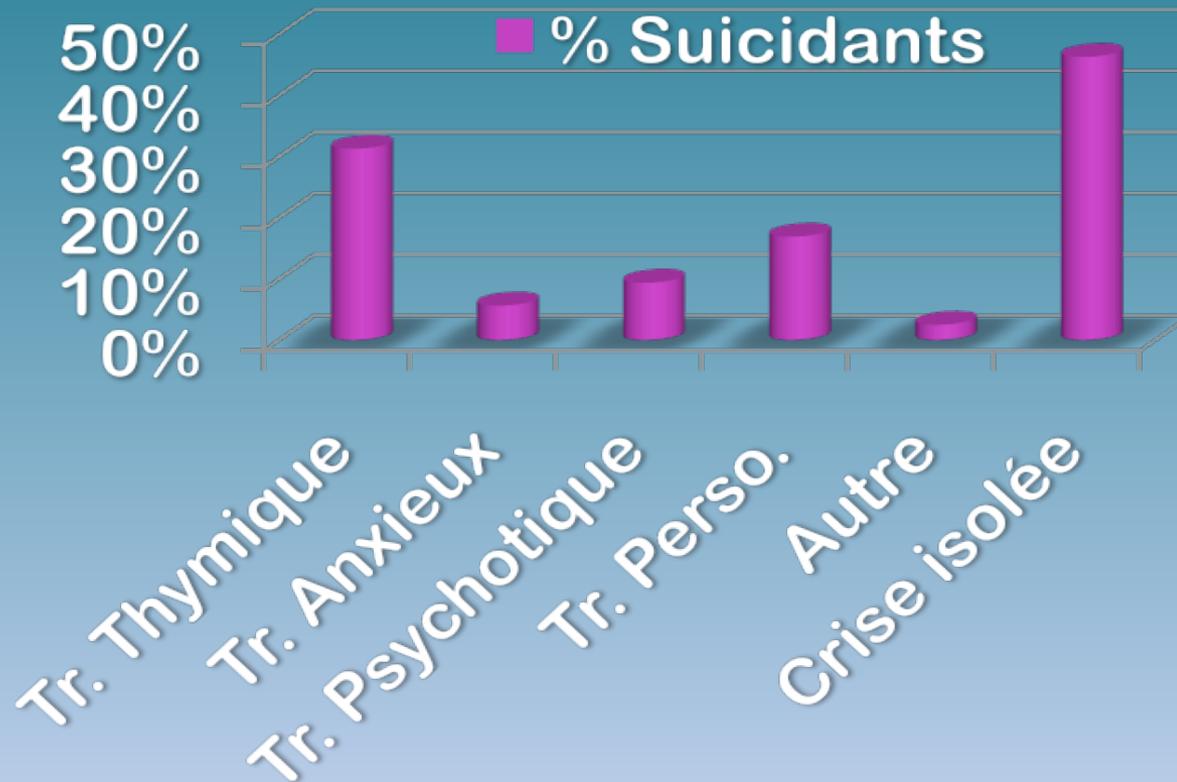
# ANTECEDENTS ET ADDICTIONS



# MODES SUICIDAIRES



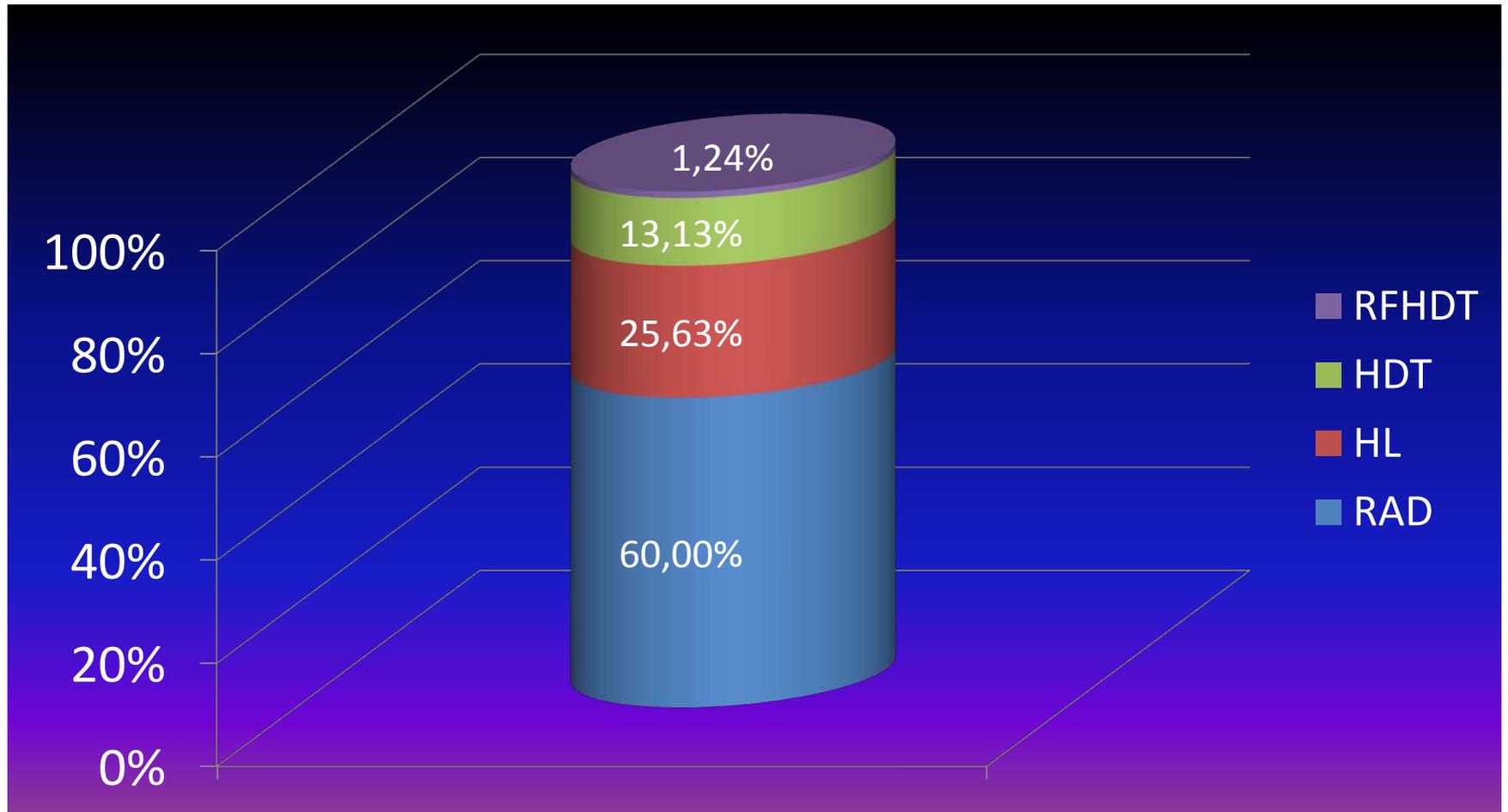
# COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE



NB : Il s'agit du diagnostic posé aux urgences sur la foi de l'examen psychiatrique. Il n'a pas été tenu compte des éventuelles révisions ultérieures du diagnostic. Donc ces données n'ont qu'une valeur indicative.



# DEVENIR DES PATIENTS



# PREMIERE PHASE D'EVALUATION (II)

- **Données qualitatives :**
  - **Aucune influence** sur les paramètres de qualité des soins :
    - ✓ Du **secteur** d'origine des patients.
    - ✓ Du **nombre de patients à voir** le jour de l'examen (de 1 à 7).
    - ✓ Du fait d'être reçu par le psychiatre le samedi matin.
  - **Evaluation du risque** suicidaire et notion de **contact** retrouvés explicitement dans **moins d'un tiers des dossiers**.
  - **Coordonnées de consultation 4 fois / 5** mais d'**urgence** seulement pour **7,29 %** des patients ambulatoires.
  - **RDV pris 1 fois / 2** si sortie. La **moitié des RDV** donnés dans les **8 jours** (mais moyenne de 21 jours).
  - Vérification de l'observance du suivi moins d'une fois sur 3 mais **suivi honoré dans la moitié des cas** contrôlés, ce qui place ce chiffre dans le haut de la fourchette déterminée par la HAS.

# COMMENT AMELIORER LA QUALITE DES SOINS AUX SUICIDANTS AUX URGENCES ?

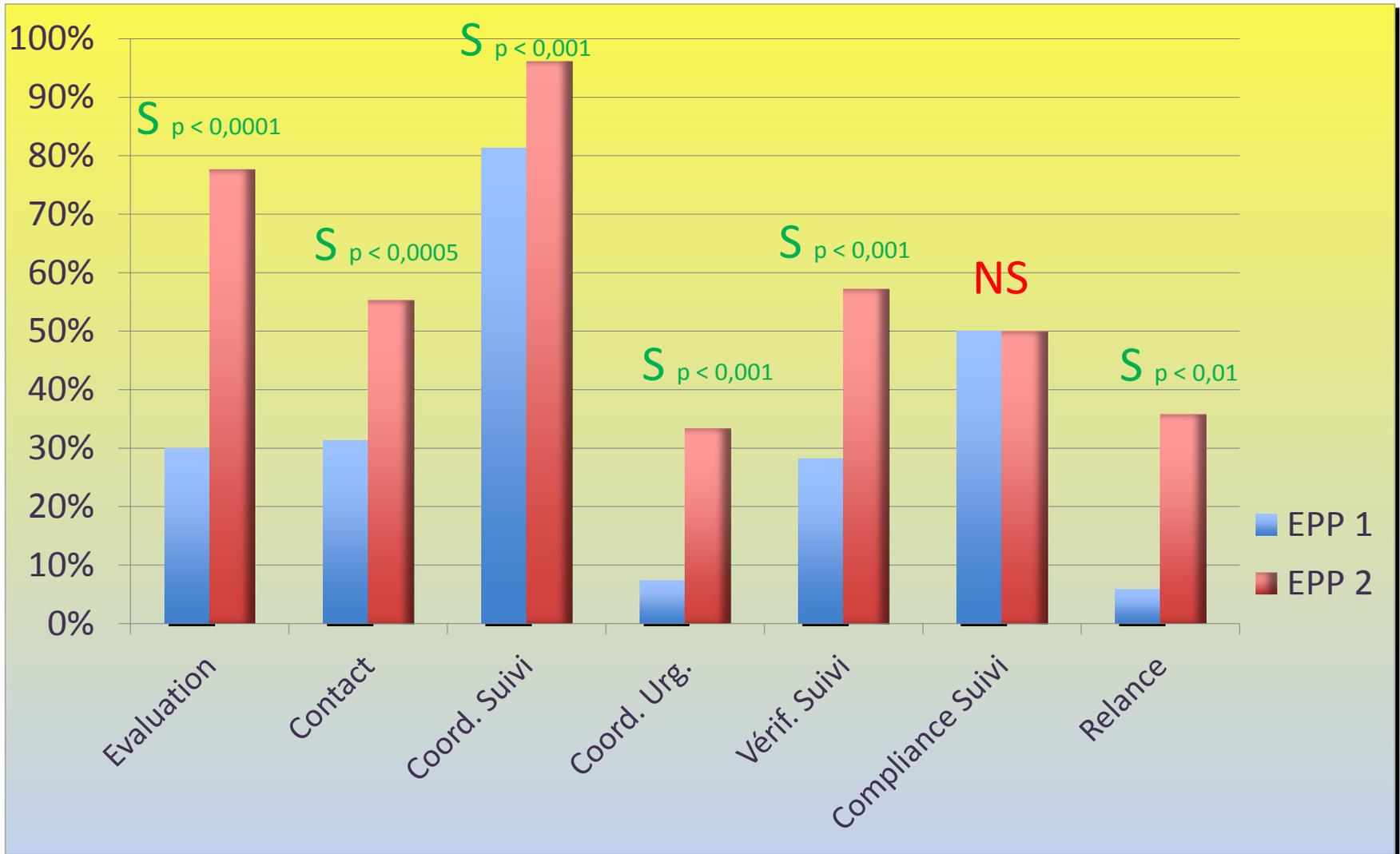
- **Informier et sensibiliser** l'équipe soignante.
- Proposer des mesures allant dans le sens d'un **meilleur respect des recommandations de la HAS** en fonction des éventuels dysfonctionnements constatés :
  - Faire figurer l'évaluation (argumentée) du risque suicidaire dans le dossier.
  - Augmenter les prises de contact avec proches et / ou soignants.
  - Améliorer la diffusion des coordonnées des lieux de consultation ou de recours en urgence.
  - Contact avec secteurs voisins pour réduire délai de RDV et le nombre de perdus de vue.
- Objectif pratique : **améliorer la compliance au suivi post-TS** (souvent faible, 10 à 50 % selon HAS mais facteur important de prévention secondaire).



# DEUXIEME PHASE D'EVALUATION

- Dossiers du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2009 : **85 patients** inclus.
- Stabilité du nombre de patients examinés, autour de 1 / jour en moyenne.
- Deux échantillons parfaitement superposables aux plans démographique et épidémiologique, donc **comparables au niveau statistique**.
- **Amélioration statistiquement significative de tous les points ciblés sauf délai de RDV** (médiane à 8 jours, moyenne autour de 13 jours) **et compliance au suivi** proposé (mais déjà bonne initialement).

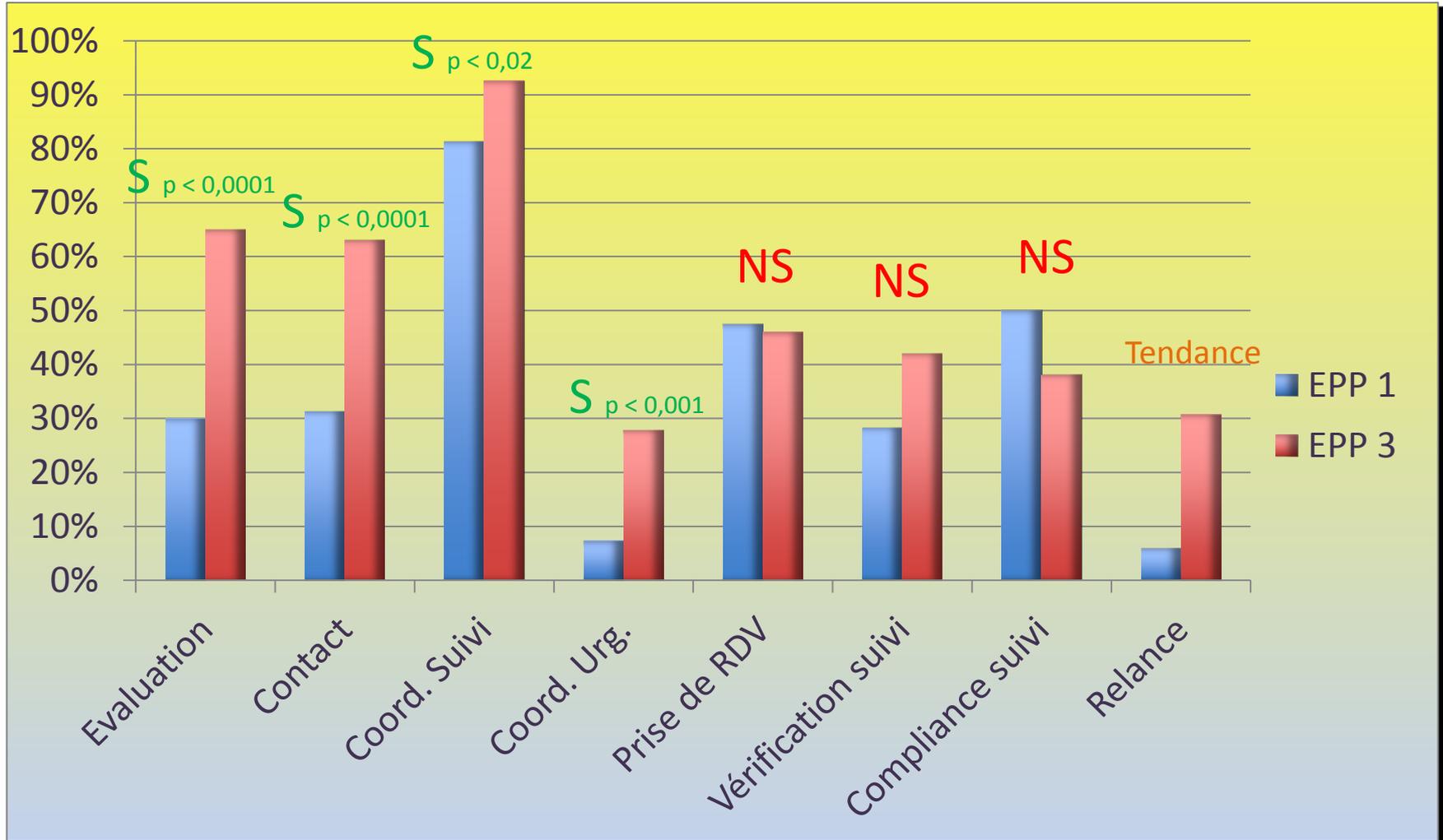
# DEUXIEME PHASE D'EVALUATION



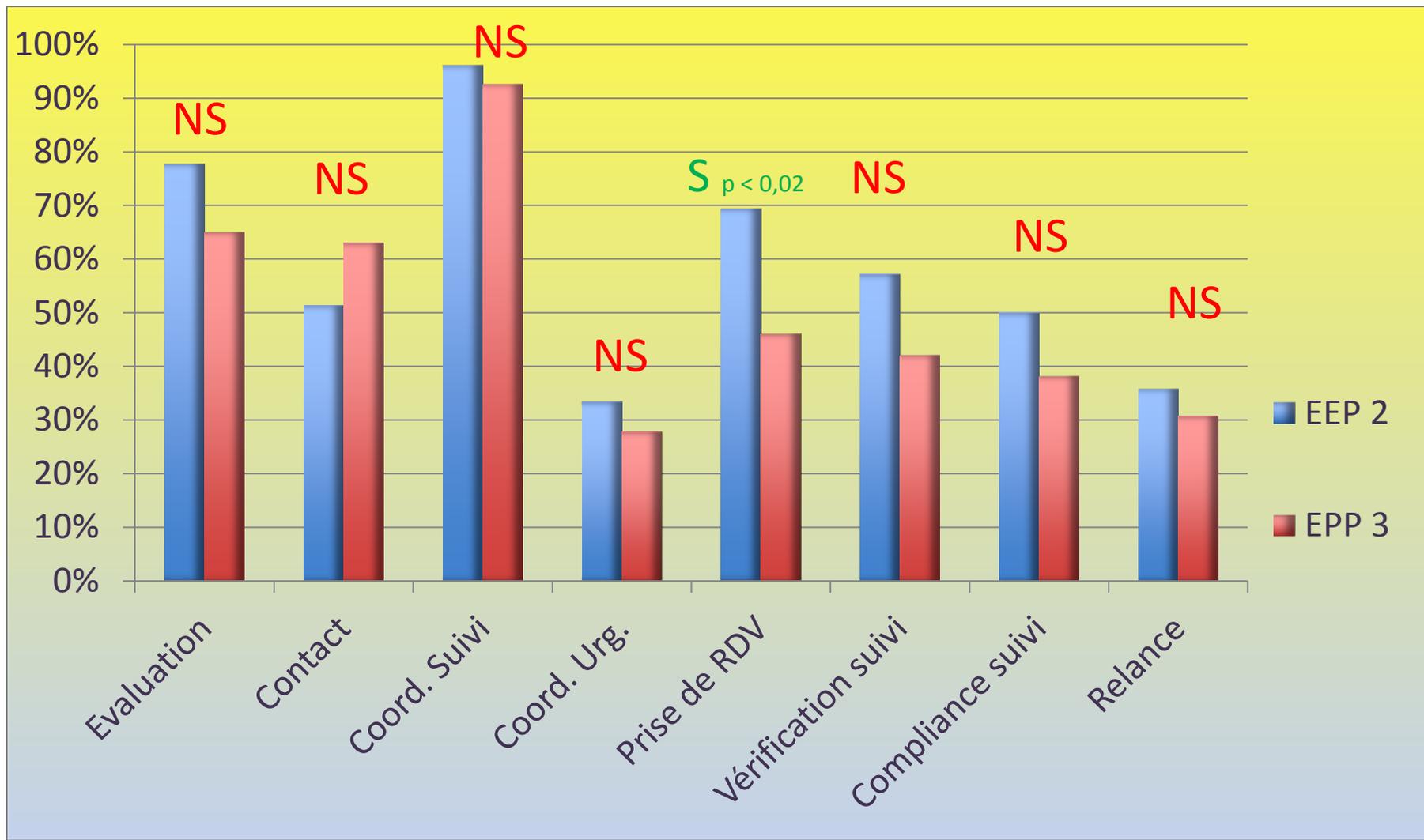
# TROISIEME PHASE D'EVALUATION

- Dossiers du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2010 : **100 patients** inclus.
- **Maintien de caractéristiques épidémiologiques et démographiques identiques** aux deux échantillons précédents, donc pas de biais pour la comparaison.
- Globalement **stabilité des résultats obtenus 1 an auparavant**, avec persistance d'une amélioration de la plupart critères surveillés par rapport à 2008 mais **tendance (NS) à la baisse** par rapport à 2009 (à surveiller ultérieurement ?).

# TROISIEME PHASE D'EVALUATION



# TROISIEME PHASE D'EVALUATION



# DISCUSSION

# BILAN DE L'EPP

- L'étude met en évidence des **écarts entre les pratiques initiales de l'équipe et les recommandations** de la HAS pour les soins aux suicidants aux urgences.
- La mise en œuvre d'un **programme de sensibilisation et d'amélioration des soins** a une réelle efficacité quant-au respect des règles de bonnes pratiques définies par la conférence de consensus de 2000.
- **L'amélioration est stable à un an** mais on peut s'interroger sur sa longévité en l'absence de réitération de l'information et de la sensibilisation de l'équipe soignante sur les recommandations en vigueur.

# A QUOI SERVENT TOUS CES EFFORTS S'ILS N'AMÉLIORENT PAS LA COMPLIANCE AU SUIVI AMBULATOIRE ?

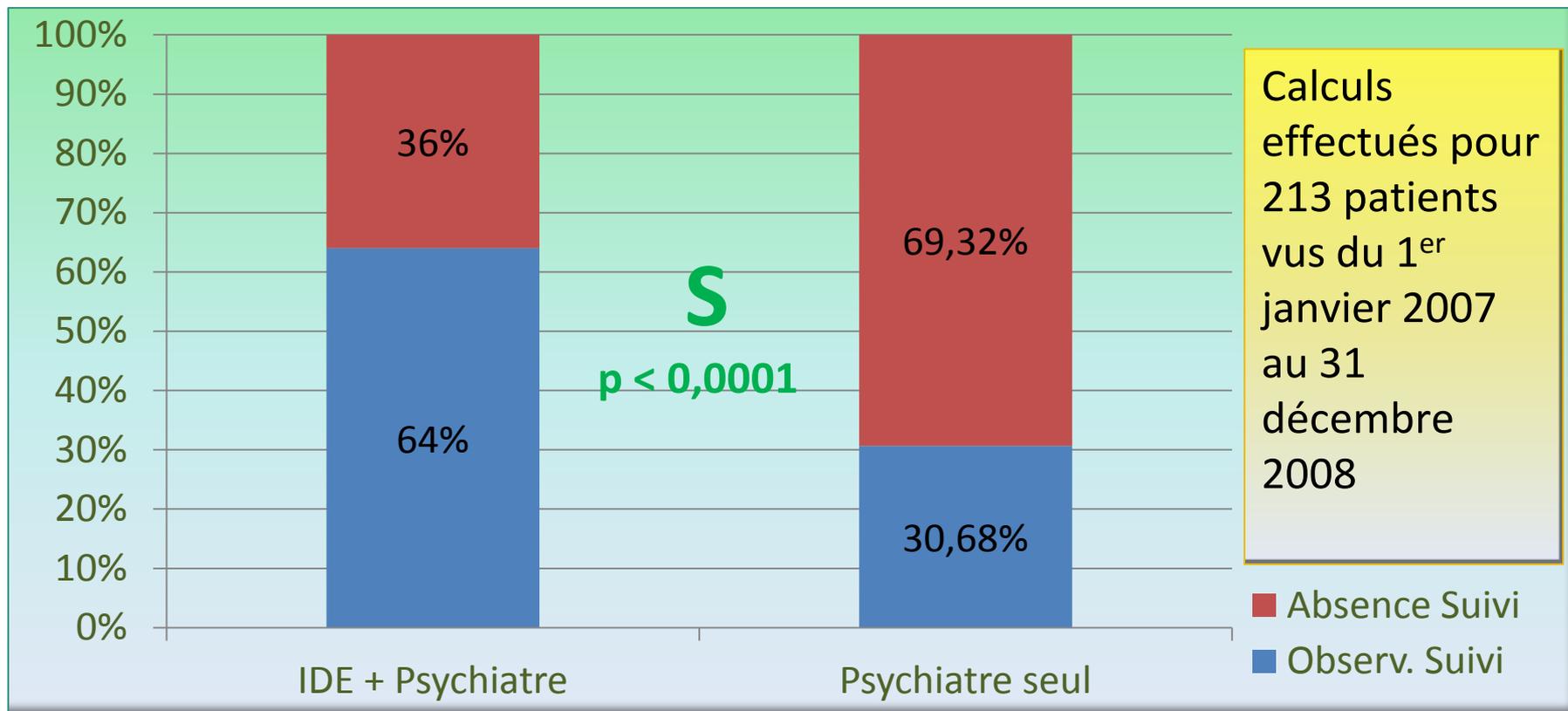
- Certes les chiffres restent dans la bonne moyenne par rapport aux données de la HAS.
- On peut néanmoins être un peu déçu car c'est peut-être l'indicateur le plus important de la qualité de l'intervention psychiatrique aux urgences.

## POURQUOI

l'observance du suivi ambulatoire n'augmente-t-elle pas  
alors que l'on travaille apparemment mieux ?

# UN RESULTAT ANNEXE MAIS PAS ACCESSOIRE ...

- Les patients qui ont vu un psychiatre et un(e) IDE viendraient plus aux consultations proposées après leur geste suicidaire ?



# POURQUOI ?

- Hypothèse à partir du modèle de la triangulation de Michel De Clercq (B) :
  - Psychiatre dans une position trop « technique » d'évaluation sous-tendue par la nécessité d'une prise de décision (hospitaliser ou pas ?).
  - IDE délivré de cette contrainte de la prise de décision dans une attitude d'écoute plus « libre » du patient, qui suscite donc plus facilement l'alliance thérapeutique avec celui-ci.
- Faut-il systématiser l'intervention des IDE aux urgences auprès des personnes en crise suicidaire ?

# ET SI C'ETAIT LA LE VRAI APPORT DE CETTE EPP ?

- A trop vouloir respecter les recommandations, n'en devient-on pas trop technique, oubliant l'essence de notre métier : la rencontre de la personne en souffrance psychique ?
- L'EPP démontre que ce n'est pas avec une grille d'évaluation que l'on crée le lien avec la personne en crise suicidaire.

# CONCLUSION

# L'APPROCHE RELATIONNELLE AVANT TOUT !

- Il est facile de mettre ses pratiques en conformité avec les recommandations scientifiques en vigueur.
- Rechercher à tout prix le respect des recommandations serait toutefois **une folie « normopathique »** qui risquerait d'altérer la qualité de la relation avec le patient.
- L'application de **l'EPP en psychiatrie** doit donc être **extrêmement prudente** et veiller à éviter les dérives techniques dans les pratiques de soin.
- Cette EPP montre **qu'améliorer ses pratiques n'est pas seulement les rendre plus conformes aux recommandations de la HAS mais aussi et surtout aller plus encore à la rencontre de la personne en souffrance et mieux écouter** ce qu'elle a à nous dire.
- La base du travail auprès des patients en crise suicidaire reste **l'approche relationnelle** et l'établissement d'une **alliance thérapeutique solide** ; les protocoles ne seront pour cela d'aucune aide ; la technicisation des soins est inutile pour ne pas dire nuisible.

# LE POINT DE VUE DU CHIRURGIEN

- Pr. Jean-Pierre CHAMBON, Chirurgie viscérale, CHRU de Lille
- « Ne vous laissez jamais impressionner par des gens qui vont vous parler de techniques [extraordinaires]. N'oubliez pas que vous êtes des soignants, c'est-à-dire des êtres humains qui soignent d'autres êtres humains. »

# ET CELUI DU PSYCHIATRE

- Jean OURY :
  - « On est tous atteint de normopathie ; on n'en guérit pas. C'est une sorte d'aliénation sociale, la normopathie. [...] Peut-on être psychiatre [...] en étant normopathe ? Comment soigner ? »
  - « Le transfert est un chef d'œuvre. »
  - « Combien ça vaut un sourire, mais un vrai [...] ? »
  - « Le contact, ça compte. »
  - « C'est quoi, ça ? C'est de la médecine, de la psy ? C'est simplement voir quelqu'un : une rencontre. »

**MERCI de votre attention !**