

Laurent Plancke
Chargé d'études

Alina Amariëi
Chargée d'études

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 ?

S'il existe de très nombreux travaux sur les caractéristiques des publics pris en charge dans des services de psychiatrie, les enquêtes exhaustives sont rares ; il s'agit de recueils ou d'enquêtes médico-administratifs gérés par le Ministère de la santé ou des agences qui lui sont rattachées : la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE [1]), l'enquête à partir des rapports d'activité de psychiatrie [2] et le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP [3]).

Dans le cadre de son Observatoire régional de la santé mentale et de la psychiatrie, la F2RSM a entrepris l'étude de différentes bases médico-administratives susceptibles de documenter l'état de santé mentale des habitants de la région ou l'activité des services et professionnels de psychiatrie, dont le RimP, qui a été mis en œuvre par les pouvoirs publics en 2006 afin de décrire l'activité et les publics des services de psychiatrie. Il consiste en une saisie d'informations médicales et administratives lors de la venue d'un patient en consultation ou en séjour¹ dans ces services, relevant d'établissements publics, privés, lucratifs ou d'intérêt collectif (Espic).

Nous avons choisi d'étudier les résultats de ce recueil, pour apprécier la qualité des informations, administratives (nombre d'actes, cadre légal, type de prise en charge, taux par habitant, établissement...) socio-démographiques (âge, sexe, zone de résidence...) et épidémiologiques (à partir des diagnostics principaux ou associés codés par les professionnels lors des consultations ou séjours). L'étude porte sur les données recueillies en 2011.

Méthodologie

Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rimpsy) enregistre l'activité des services, publics ou privés, et distingue deux types d'activité :

- Les séjours, temps de présence des patients en hospitalisation : à temps plein, à temps partiel (de jour ou de nuit), ou à domicile ; en séjour thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise, placement familial thérapeutique ou Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- Les actes ambulatoires : temps de prise en charge en Centre médico-psychologique (CMP) ou dans des lieux externes (non repris dans la liste des séjours).

L'identifiant anonyme permet de ne comptabiliser qu'une fois chaque patient qui connaît un séjour en service de psychiatrie,

quel que soit l'établissement où il est soigné ; pour les patients uniquement suivis en ambulatoire, l'identifiant est propre à l'établissement. Une personne ne connaissant pas de séjour, et prise en charge en ambulatoire dans plusieurs établissements (suite à un déménagement par exemple), est comptée plusieurs fois. Une surestimation, sans doute très légère, du nombre de patients uniquement suivis en ambulatoire est donc à prendre en compte dans les résultats présentés.

Les informations recueillies portent sur :

- la personne : âge, sexe, code géographique de résidence, diagnostic principal et diagnostics associés ;
- sa prise en charge : établissement gestionnaire, service, nature, durée, professionnels.

Chiffres clés

37 établissements répondants
137 939 personnes distinctes
3,4% de la population régionale prise en charge
59 914 séjours (31 085 personnes distinctes)
1 166 803 actes ambulatoires
- dont 25 429 hors région
(126 323 personnes distinctes)

Transmises par les établissements, les données sont ensuite validées par l'Agence régionale de la santé (ARS) puis agrégées par l'Agence technique de l'information hospitalière (Atih).

Champ du recueil

37 établissements implantés dans le Nord - Pas-de-Calais ayant une activité de psychiatrie ont décrit des séjours dans le cadre du RimP en 2011, dont 25 ont également décrit des actes ambulatoires².

¹ Séjour = hospitalisation à temps complet ou partiel, CATTP, postcure, appartement, placement familial, centre de crise.

² L'Atih différencie parfois des établissements gérés par la même entité juridique ; c'est le cas de la clinique Maison fleurie (un service à Faches-Thumesnil et un à Lille), de la clinique de l'Escrebieux (Esquerchin et Douai) et de l'Ahnac (Bully-Les-Mines et Vendin-Le-Vieil). Formellement, il n'y a que 34 entités juridiques.

>> 37 établissements ont une activité de psychiatrie

37 établissements ont une activité de psychiatrie dans le Nord - Pas-de-Calais². Qualitativement et quantitativement, ils diffèrent cependant beaucoup.

Les 5 Etablissements publics de santé mentale (EPSM) gèrent exclusivement des services de psychiatrie, ou assimilés. A l'exception de l'Institut Albert Calmette à Camiers, dont ne dépendent que des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les EPSM de la région ont toujours des files actives supérieures à 10 000 patients, dont deux qui ont suivi près de 23 000 patients (ceux de l'Agglomération lilloise, à Saint-André-lez-Lille, et de Lille Métropole, à Armentières). 15 centres hospitaliers généraux et le CHRU gèrent des services de psychiatrie et suivent au total

63 290 patients (dont 11 686 personnes ayant connu des séjours et 59 499 personnes suivies en ambulatoire).

7 Etablissements de santé d'intérêt collectif (Espic) suivent un total de 7 785 personnes distinctes (1 813 patients en hospitalisation et 6 587 en ambulatoire) ; les plus importants sont les services du Groupement hospitalier de l'institut catholique de Lille (GHICL, 4 442 patients) et la clinique des Marronniers (2 091).

8 établissements privés ont une activité de psychiatrie dans la région Nord - Pas-de-Calais ; ils sont à l'origine de 7,0% des séjours et de 9,9% de la file active avec séjour.

Tableau 1. Files actives, nombre de séjours et d'actes ambulatoires en psychiatrie des établissements de santé. Nord - Pas-de-Calais. 2011.

Nom	Commune	Type	SEJOURS		ACTES AMBULATOIRES	
			Nombre	Personnes distinctes	Nombre	Personnes distinctes
CH Arras	Arras	CH	3 441	1 266	41 490	4 746
CH Bapaume	Bapaume	CH	146	57	4 263	462
CH Boulogne-sur-mer	Boulogne-sur-mer	CH	1 352	811	38 603	2 699
CH Calais	Calais	CH	1 203	757	27 936	4 028
CH Cambrai	Cambrai	CH	1 288	726	44 950	4 813
CH Denain	Denain	CH	1057	507	27 484	3 078
CH Douai	Douai	CH	2 023	888	64 469	7 413
CH Fourmies	Fourmies	CH	428	273	4 071	718
CH Hénin-Beaumont	Hénin-Beaumont	CH	1 243	721	43 548	5 614
CH Lens	Lens	CH	1 035	615	NR	NR
CH Saint-Amand	Saint-Amand-les-Eaux	CH	1 060	645	16 056	3 350
CH Sambre-Avesnois	Maubeuge	CH	1 314	744	27 776	4 105
CH Somain	Somain	CH	563	339	17 268	1 689
CH Valenciennes	Valenciennes	CH	2 574	1 493	77 092	8 163
CHAM	Rang-du-Fliers	CH	916	574	3 462	799
CHRU Lille	Lille	CH	2 143	1 282	50 434	8 222
EPSM Agglomération Lilloise	Saint-André-lez-Lille	EPSM	7 431	3 670	207 780	19 904
EPSM des Flandres	Bailleul	EPSM	4 483	2 140	107 316	12 526
EPSM Lille Métropole	Armentières	EPSM	6 955	3 817	192 435	19 021
EPSM Val de Lys-Artois	Saint-Venant	EPSM	7 388	4 195	96 483	8 785
Institut Calmette	Camiers	EPSM	2 468	776	13 503	2 251
Château-Maintenon Afeji	Maubeuge	Espic	33	29	NR	15 489
Centre les Marronniers Ahnac	Bully-les-Mines	Espic	847	434	14 411	1 823
Clinique 4 Cantons FSEF	Villeneuve d'Ascq	Espic	301	86	NR	NR
GHICL	Lomme-Lille	Espic	881	211	15 239	4 151
Hôpital de jour MGEN	Lille	Espic	192	137	5 302	613
Clinique Le Ryonval	Sainte-Catherine	Espic	1 155	916	NR	NR
Clinique du Bocage	Louvroil	Privé	716	493	NR	NR
Clinique Château/Lautréamont	Loos-lez-Lille	Privé	310	196	NR	NR
Clinique de l'Escrebieux	Esquerchin	Privé	722	595	NR	NR
Hôpital de jour de l'Escrebieux	Douai	Privé	88	48	NR	NR
Clinique Maison Fleurie	faches-Thumesnil	Privé	944	793	NR	NR
Clinique du Parc Monceau	Lille	Privé	460	338	NR	NR
Clinique du Littoral	Rang-du-Fliers	Privé	728	566	NR	NR
Centre postcure Espoir et Vie	Arras	Autre	95	89	3	2
Centre Saint-Exupéry	Vendin-Le-Vieil	Espic	34	16	NR	NR
Clinique Robert Schuman	Berlaimont	Privé	87	54	NR	NR
Total			58 104	***31 085	1 141 374	***126 323

Source : Atih. Traitement : F2RSM.

*NR : non renseigné. **séjour = hospitalisation à temps complet ou partiel, CATTP, postcure, appartement, placement familial, centre de crise. ***La somme des effectifs est supérieure, des personnes ayant été prises en charge dans plusieurs établissements.

» Environ 58 000 séjours et 1,1 million d'actes ambulatoires

63 % des séjours sont des hospitalisations à temps complet

58 104 séjours en psychiatrie ont été enregistrés dans les établissements de la région ayant une activité en psychiatrie pour 31 085 personnes habitant dans la région, soit en moyenne 1,9 séjours par personne durant l'année 2011. Alors que deux tiers environ des personnes ne connaissent qu'un séjour durant l'année (67,1%), un tiers connaît au moins un deuxième séjour, dont une personne sur vingt au moins cinq (5,1%).

Près d'un séjour sur deux (49,2%) se déroule en EPSM, 37,5% dans un service géré par un centre hospitalier, 7,0% dans un service privé et 6,1% dans un Espic. La région Nord - Pas-de-Calais est caractérisée par un faible poids de l'hospitalisation privée [7].

Plus de quatre hospitalisations sur cinq sont décidées par les patients

Sur les 29 183 hospitalisations à temps complet, 24 145 (82,7%) sont libres, 4 154 (14,2%) se font à la demande d'un tiers (HDT), 693 (2,4%) se font d'office (HO) et 193 se font sous un autre mode légal. Les hospitalisations contraintes connaissent de très forts écarts selon les secteurs : entre le 9^e et le 1^{er} décile, un rapport de 3,3 peut être calculé pour les HDT et de 4,4 pour les HO³.

En psychiatrie publique, une grande diversité dans les prises en charge ambulatoires

Dans les services publics sectorisés, 1 124 220 actes ambulatoires sont enregistrés, soit une valeur médiane par secteur proche de 13 000, en secteur adulte (12 729), comme en secteur infanto-juvénile (12 951) ; les variations sont particulièrement fortes : le volume d'activité enregistré varie de 1 à 12 pour les secteurs adultes et de 1 à 7 pour les secteurs infanto-juvéniles (cf tableau 2, page 4).

Les actes ambulatoires peuvent être des entretiens (85,6% des cas), des démarches pour les patients (5,0%), des accompagnements (3,5%), des réunions cliniques (3,2%) ou des actes en groupe (2,8%). Ces actes se déroulent d'abord en CMP (65,2% des cas) ; ils peuvent également avoir lieu au domicile du patient (15,5%), en lieu de consultation externe de psychiatrie de l'établissement (7,4%), en établissement pénitentiaire (3,6%), en unité d'hospitalisation MCO, SSR ou long séjour (3,0%) ou dans d'autres services (3,7%).

Les visites à domicile sont plus fréquentes en secteurs adultes (21,6% des actes) qu'en intersecteurs infantojuvéniles (2,5%) ; les variations sont, ici aussi, très marquées : quand cinq services déclarent moins de 3,4% de leurs actes à domicile, les cinq les plus « mobiles » déclarent au moins 43% de leurs actes ambulatoires au domicile du patient.

3 : Une hospitalisation pouvant débiter sous un régime contraint et s'achever en hospitalisation libre, les calculs ont été opérés sur le mode légal de début de séjour. A noter : la loi de juillet 2011 définit les nouvelles modalités de soins contraints : les Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SDT) et les Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Carte. Séjours et actes ambulatoires en services de psychiatrie. Nord - Pas-de-Calais. 2011. Selon le siège de l'établissement.

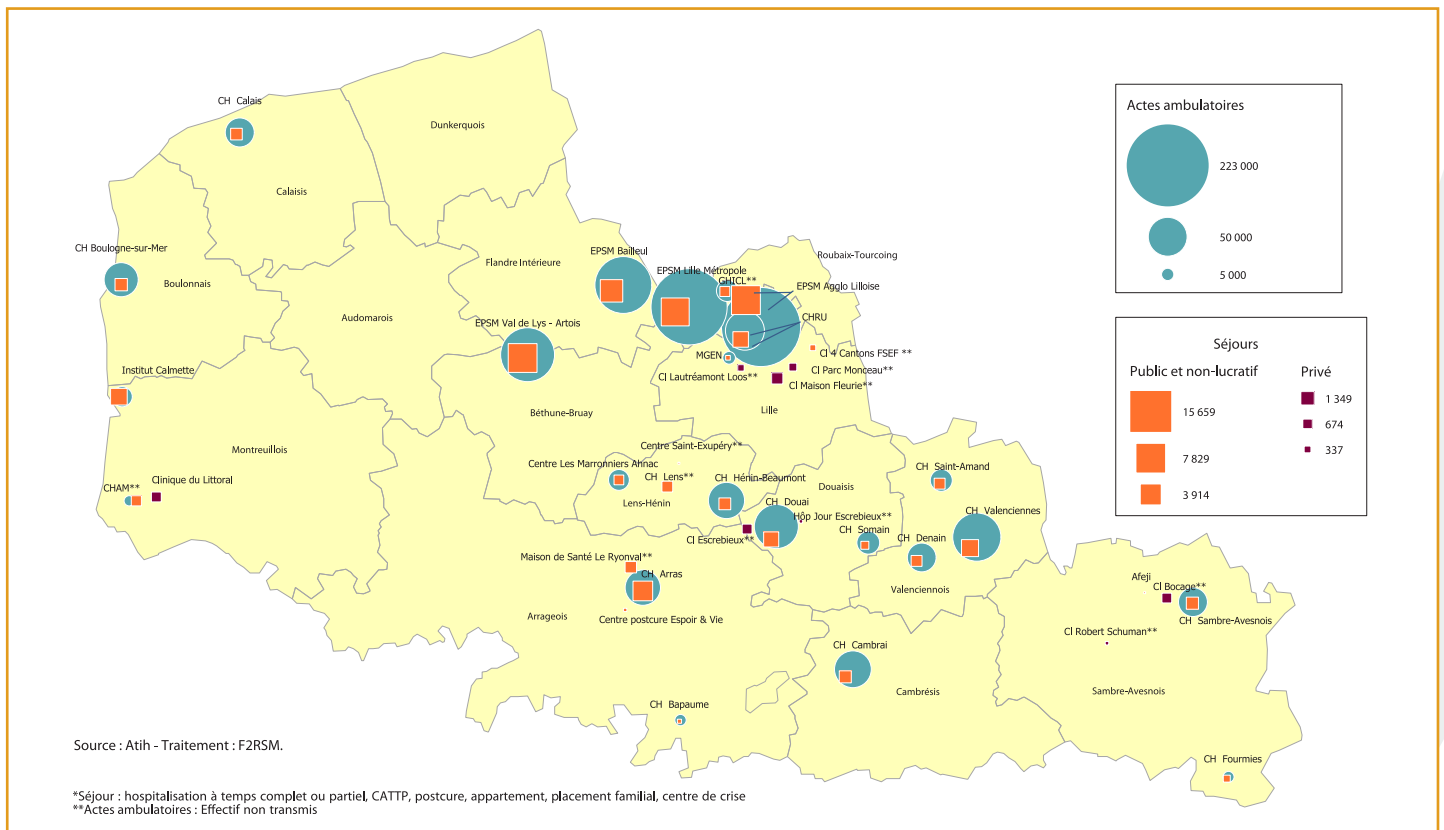


Tableau 2. Lieu des actes ambulatoires réalisés par les services de psychiatrie publique. Nord - Pas-de-Calais. 2011.

		CMP		Domicile		Autre		Ensemble	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ensemble		727 608	64,7 %	182 024	16,2 %	214 588	19,1 %	1 124 220	100,0 %
Secteurs adultes		453 444	56,2 %	174 068	21,6 %	178 974	22,2 %	806 486	100 %
	Décile 1	3 280	41,2 %	875	6,8 %	675	6,3 %	5 982	-
	Médiane	7 540	59,1 %	2 000	19,7 %	1 977	16,2 %	12 585	-
	Décile 9	12 885	90,2 %	5 314	41,2 %	4 926	34,9 %	20 901	-
	D9 / D1		2,19		6,06		5,54	3,5	
Intersecteurs infantojuvéniles		274 164	86,3 %	7 956	2,5 %	35 614	11,20 %	317 734	100 %
	Décile 1	7 240	77,2 %	39	0,3 %	312	2,7 %	8 410	-
	Médiane	11 886	95,8 %	198	1,7 %	923	7,0 %	12 951	-
	Décile 9	23 417	97,1 %	1 071	6,5 %	4 049	20,0 %	27 255	-
	D9 / D1		1,26		21,67		7,41	3,2	

Ces actes sont réalisés par les différents professionnels constituant les équipes de psychiatrie ; quatre actes sur cinq sont réalisés par les trois professions les plus représentées : infirmier(e)s (38,0%), médecins (23,2%) et psychologues (18,9%). On trouve ensuite les personnels de rééducation (8,3%), les travailleurs sociaux (6,5%), le personnel éducatif (2,1%). Les cas restants sont représentés par les autres soignants (0,6%) ou les actes à plusieurs intervenants (4,4%).

>> Près de 138 000 personnes prises en charge, soit 3,4% de la population régionale

137 939 personnes distinctes résidant dans le Nord - Pas-de-Calais sont prises en charge en service de psychiatrie en 2011⁴. Elles sont suivies exclusivement en ambulatoire (106 854 personnes - 77,5%), en ambulatoire et en séjour (19 469 -

14,1%) ou exclusivement en séjour (11 616 - 8,4%) ; dans ce dernier cas, il peut s'agir de personnes hospitalisées toute l'année ou de personnes séjournant dans des établissements n'ayant pas déclaré leur activité ambulatoire (cf. encadré méthodologique). 3,4% de la population régionale a connu une prise en charge psychiatrique dispensée en établissement en 2011.

Chez les hommes, dont le taux est globalement inférieur à celui des femmes (3,3 vs 3,5%), on note un pic entre 5 et 9 ans (cf figure 2 page 5). Les taux masculins sont également supérieurs à ceux des femmes entre 25 et 49 ans et à partir de 90 ans.

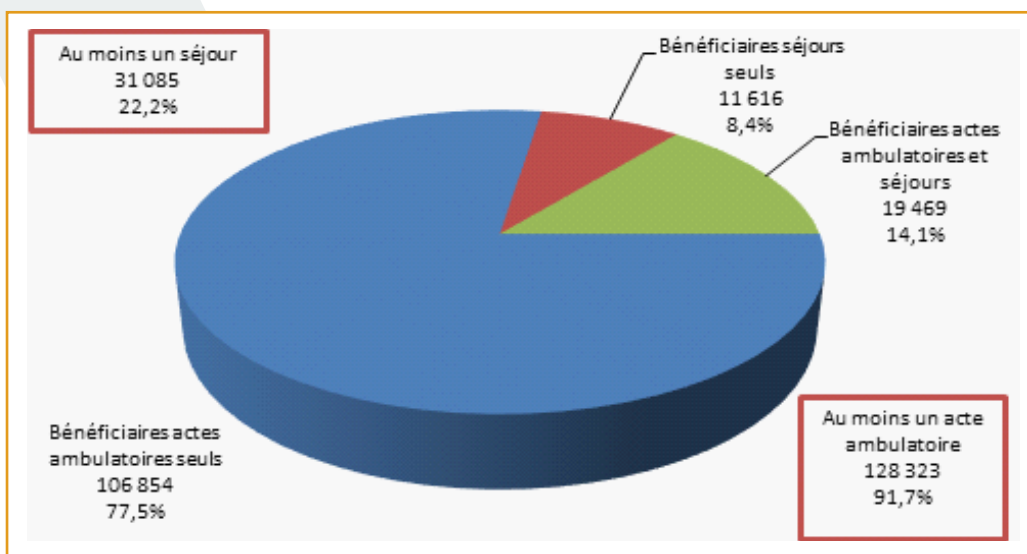
Les filles ont donc des taux de prise en charge plus faibles que les garçons jusqu'à 14 ans, puis connaissent des recours beaucoup plus nombreux qu'eux entre 15 et 19 ans, âges où de nombreuses tentatives de suicide sont enregistrées chez les adolescentes. Le taux féminin diminue entre 20 et 24 ans puis progresse régulièrement pour atteindre un plateau entre 35 et 44 ans, période de la vie où environ une femme sur 20 est prise en charge en psychiatrie (5,2%). Comme pour les hommes, s'ensuit une baisse assez régulière, jusqu'à 80-84 ans, suivie d'une nouvelle hausse aux très grands âges.

Les moins de 20 ans

Les enfants et adolescents connaissent les plus forts taux de prise en charge psychiatrique (cf. figure 2) ; près de 5% des nouveau-nés connaissent au moins un acte. Pour nombre d'entre eux, il a lieu en milieu hospitalier, quelque temps après l'accouchement, notamment lors d'un signalement mère-enfant. S'ensuit une baisse très marquée chez les enfants de 1 an

(qui évoque une absence de continuité après la rencontre à l'occasion de la naissance) puis une hausse, différenciée selon le genre : les garçons sont de plus en plus pris en charge jusqu'à 6-7 ans, où 6 % d'entre eux ont un suivi psychiatrique en 2011, tout particulièrement du fait de perturbations de l'activité et de l'attention (code CIM10 F90.0) alors que chez les jeunes filles, le pic de prise en charge est observé à 15 ans (4,7%), notamment suite à leurs tentatives de suicide. Une forte baisse est ensuite observée, jusqu'à 18 ans chez les garçons, jusqu'à 19-20 ans chez les filles. C'est à cet âge charnière que s'effectue la transition

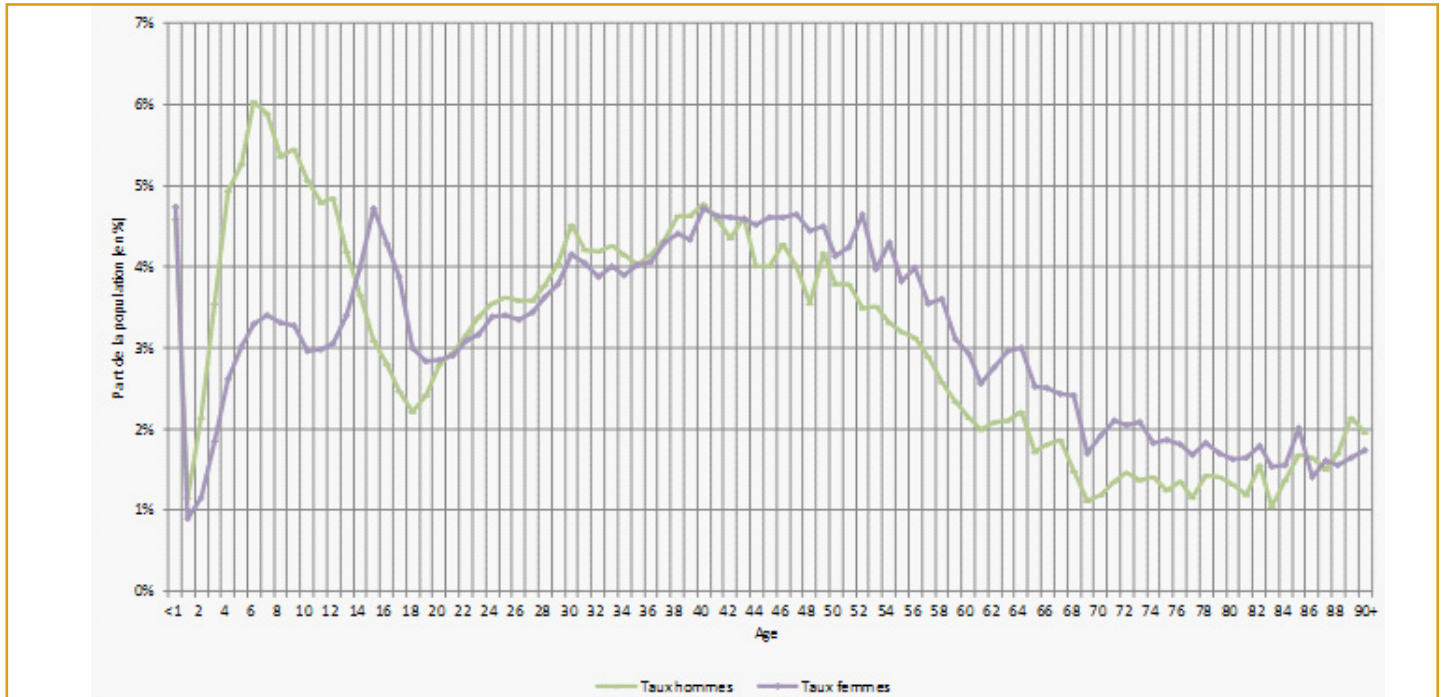
Figure 1. Nombre de patients selon le type de prise en charge. 2011. N=137 939.



Source : Atih. Traitement : F2RSM. *séjour = hospitalisation à temps complet ou partiel, CATT, postcure, appartement, placement familial, centre de crise.

4 : Les services régionaux ont également pris en charge 5 026 personnes domiciliées hors du Nord - Pas-de-Calais, qui ne seront plus évoquées dans le reste du document. 1 510 habitants de la région sont pris en charge hors région (ils sont pris en compte dans le calcul de taux de prise en charge). 168 personnes ont été écartées de l'analyse, en raison d'une incertitude sur leur identifiant.

Figure 2. Taux de prise en charge en service de psychiatrie (toutes modalités) selon l'âge et le sexe. Nord - Pas-de-Calais. 2011. En % de la population.



Source : Atih, Insee. Traitement : F2RSM

pédopsychiatrie - psychiatrie générale, la première ayant vocation à prendre en charge les enfants et les adolescents jusqu'à environ 16 ans. De fait, il n'existe pas de lits dans tous ces services, ce qui amène dans certains cas à des hospitalisations dans les services pour adultes.

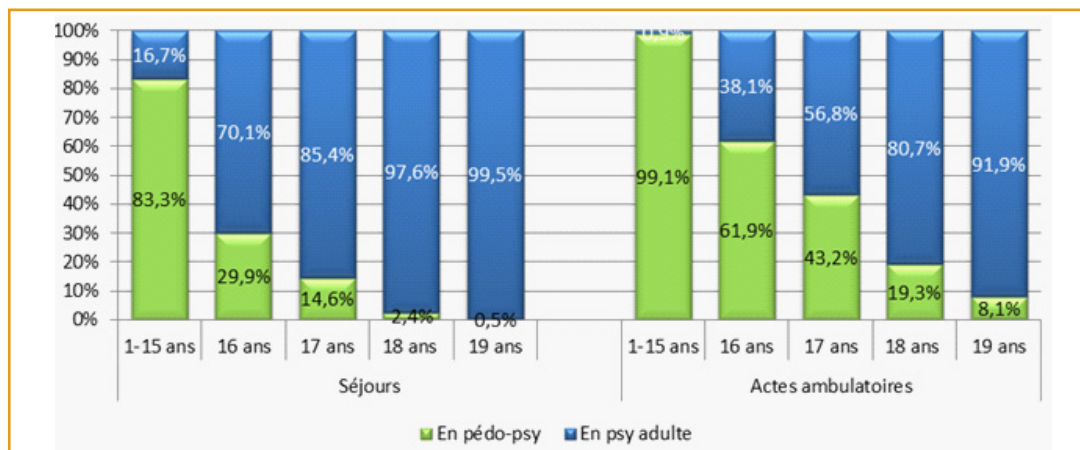
Pour les seuls services sectorisés, on observe que les patients de moins de 16 ans sont presque toujours pris en charge en secteur infanto-juvénile, spécialement quand il s'agit d'une prise en charge ambulatoire (99,1%) mais également dans le cas des hospitalisations (83,3%) (cf figure 3). A 16 et 17 ans, les jeunes sont progressivement pris en charge dans les secteurs adultes, mais il reste, à 17 ans, pour la prise en charge en ambulatoire 4 patients sur 10 pris en charge en secteur infanto-juvénile.

Beaucoup plus de prises en charge psychiatriques dans le Nord que dans le Pas-de-Calais

Le taux de prise en charge est beaucoup plus élevé dans le Nord (3,9%) que dans le Pas-de-Calais (2,5%). Si l'on considère les 15 zones de proximité définies par l'ARS (cf. tableau 3 page 6), les trois zones connaissant les taux les plus élevés sont Lille, Roubaix-Tourcoing et Douaisis. Les hommes de moins de 15 ans et les femmes de 45-59 ans connaissent des taux particulièrement élevés par rapport aux moyennes de ces deux catégories.

Les zones de Lille et de Roubaix-Tourcoing présentent des taux supérieurs de 26% à la moyenne. Dans la zone de Lille, c'est la

Figure 3. Part des séjours* et des actes ambulatoires selon le type de service** (psychiatrie générale ou psychiatrie infanto-juvénile) chez les sujets de moins de 20 ans. Nord - Pas-de-Calais. 2011



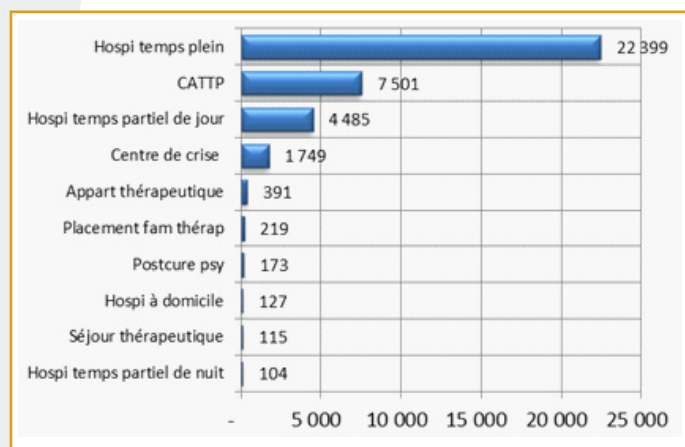
Source : Atih. Traitement : F2RSM. *Séjours = hospitalisation à temps complet ou partiel, CATTP, postcure, appartement, placement familial, centre de crise. ** Chiffres portant uniquement sur les secteurs de psychiatrie adulte ou infanto-juvénile.

situation des 30-44 ans qui attire l'attention (+40% par rapport à la moyenne de la classe d'âge). Dans le Douaisis, les personnes de moins de 15 ans présentent un taux de prise en charge supérieur de 49% à la moyenne. Des taux nettement supérieurs sont également trouvés en Flandre Intérieure chez les personnes de 75 ans et plus. Trois des quatre zones de proximité les moins psychiatisées sont situées dans le Pas-de-Calais ; celle du Béthune-Bruay occupe le dernier rang, avec un taux globalement très faible (-35% par rapport à la moyenne régionale).

Plus d'une personne sur trois n'a pas de diagnostic psychiatrique précis

Pour chaque individu pris en charge, en ambulatoire ou en séjour, il a été recherché si les codes diagnostiques regroupés (code CIM10 à 2 caractères : F0, F1 ...) étaient présents au moins une fois dans les actes ou séjours décrits. 30 988 personnes, soit 22,3 % de la file active n'ont aucun code en F (troubles mentaux et du comportement) dans les diagnostics posés durant 2011 ; par ailleurs, 15 935 personnes n'ont qu'un code F99 (trouble mental sans précision). Au total, 46 923 personnes sont prises en charge sans réel diagnostic psychiatrique, soit plus d'une sur trois.

Figure 4. Nombre de personnes domiciliées dans le Nord - Pas-de-Calais concernées par les différents types de séjour. 2011. N= 31 085. Plusieurs modalités possibles.



Source : Atih. Traitement : F2RSM

Les troubles névrotiques (F4) et les troubles de l'humeur (F3) sont codés respectivement pour 30 713 et 26 425, soit 76 et 66 cas pour 10 000 habitants (0,76% et 0,66% de la population) [cf. figure 5]. Les autres codes sont beaucoup moins employés ; c'est par exemple le cas des troubles liés aux substances psychoactives (0,35%) ou de la schizophrénie (0,29%).

Non présentée ici, une approche par zone géographique fait apparaître des taux en population extrêmement variables ; entre la zone où la prévalence est la plus forte et celle où elle est la plus faible, il est possible de calculer des rapports allant de 1 à 2 (pour les troubles de l'humeur, jusqu'à 1 à 8 pour les troubles du développement psychologique (F8)). Ces anormales variations évoquent des pratiques de codage trop distinctes pour garantir la fiabilité des informations épidémiologiques recueillies par le RimP.

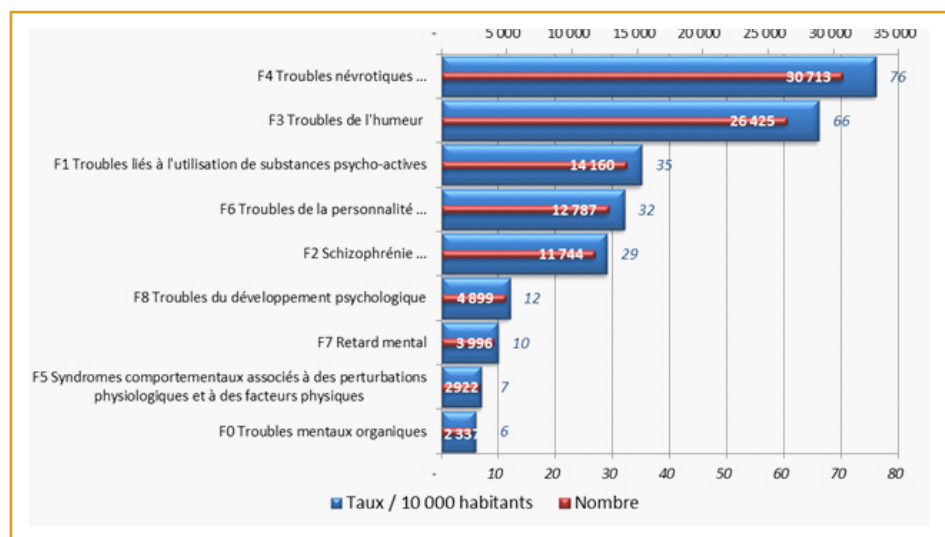
Tableau 3. Taux de prise en charge psychiatrique de la population selon l'âge, le sexe et la zone de proximité. Nord - Pas-de-Calais. 2011. En % de la population.

	0-14 ans		15-29 ans		30-44 ans		45-59 ans		60-74 ans		75 ans et +		Ensemble	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Arrageois	2,2%	15	2,9%	9	3,6%	7	3,6%	6	2,3%	5	2,1%	3	2,9%	8
Audomarois	2,7%	11	2,3%	12	2,7%	13	2,9%	11	1,7%	9	0,7%	15	2,4%	14
Béthune - Bruay	2,4%	14	1,9%	14	2,5%	15	2,5%	14	1,6%	11	1,4%	8	2,2%	15
Boulonnais	2,6%	12	2,5%	10	3,1%	10	2,9%	11	1,6%	11	1,1%	11	2,5%	11
Calais	3,6%	8	3,1%	8	3,0%	11	2,6%	13	1,4%	14	0,9%	14	2,7%	9
Cambrésis	4,0%	7	3,3%	6	3,6%	7	3,5%	7	2,3%	5	1,4%	8	3,2%	7
Douaisis	5,5%	1	4,2%	1	4,9%	4	4,1%	4	2,2%	7	1,5%	7	4,1%	3
Dunkerquois	4,3%	6	3,3%	6	4,1%	6	3,4%	8	2,1%	8	2,2%	2	3,5%	6
Flandre intérieure	4,8%	3	3,9%	2	4,4%	5	4,1%	4	2,9%	1	2,4%	1	4,0%	5
Lens - Hénin	2,8%	10	2,2%	13	3,0%	11	3,0%	9	1,6%	11	1,3%	10	2,5%	11
Lille	4,4%	4	3,8%	4	6,0%	1	4,9%	3	2,8%	2	2,1%	3	4,3%	1
Montreuillois	5,4%	2	1,9%	14	2,7%	13	2,2%	15	1,3%	15	1,1%	11	2,6%	10
Roubaix - Tourcoing	4,4%	4	3,8%	4	5,4%	3	5,1%	1	2,8%	2	2,0%	5	4,3%	1
Sambre - Avesnois	2,6%	12	2,4%	11	3,3%	9	3,0%	9	1,7%	9	1,0%	13	2,5%	11
Valenciennois	3,6%	8	3,9%	2	5,7%	2	5,0%	2	2,7%	4	1,7%	6	4,1%	3
Total	3,7%		3,3%		4,3%		3,8%		2,2%		1,6%		3,4%	

Source : Atih. Traitement : F2RSM.

Exemple de lecture : 2,2% des 0-14 ans de l'Arrageois sont pris en charge en psychiatrie (au moins une consultation ou séjour) en 2011. Ce taux est le 15^e taux sur 15 zones de proximité (soit le plus faible).

Figure 5. Effectifs et taux de prise en charge en psychiatrie pour 10 000 habitants par grand code diagnostique. Nord - Pas-de-Calais. 2011.



Source : Atih. Traitement : F2RSM. NB : plusieurs diagnostics possibles par individu. Exemple de lecture : 30 713 personnes distinctes ont eu au moins une fois un diagnostic de trouble névrotique (F0), soit un taux de prise en charge de 76 pour 10 000 habitants.

>> Discussion

Pour la première fois dans le Nord - Pas-de-Calais, une exploitation des données issues du RimP a été réalisée, en vue d'apprécier la capacité de ce système d'information à décrire les prises en charge psychiatriques et les patients.

La psychiatrie, discipline médicale, s'occupant des personnes en souffrance ou malades, ne peut être confondue avec la santé mentale, état de bien-être souhaité pour une personne ou une population. D'autre part, le recours aux soins psychiatriques dépend de multiples facteurs (perception de sa maladie, accessibilité des services, politique sanitaire ...) Enfin les recours aux services psychiatriques ne sont pas les seuls et d'autres recours sont possibles en cas de souffrance ou de maladie mentale, comme la médecine libérale (générale ou psychiatrique), les mouvements d'usagers, la psychologie, les méthodes alternatives ou les réseaux personnels.

37 établissements, soit la totalité de ceux gérant des services de psychiatrie dans le Nord - Pas-de-Calais, ont transmis des informations concernant les séjours, et 25 d'entre eux ont décrit leur activité ambulatoire (un centre hospitalier, 8 établissements privés lucratifs et 3 établissements d'autres types n'ont pas transmis de données sur cette partie de leur activité).

Dans un article sur la prise en charge de la dépression, Coldefy, qui utilise la même source de données, évoque un nombre de 1,5 million de personnes de 16 ans ou plus prises en charge en psychiatrie en France métropolitaine [10], soit 2,9% de la population de cet âge. Dans notre étude, 137 939 personnes sont décrites, soit 3,4% de la population du Nord - Pas-de-Calais, dont 3,3% pour les 16 ans et plus.

Le taux de prise en charge psychiatrique serait donc plus élevé dans le Nord - Pas-de-Calais (le chiffre serait encore supérieur si l'ensemble des établissements décrivait son activité ambulatoire).

Ces taux moyens de prise en charge masquent d'importants écarts :

- Le taux est beaucoup plus élevé dans le Nord que dans le Pas-de-Calais, ce qui peut exprimer un besoin plus important et/ou une meilleure accessibilité ; les zones de Lille et de Roubaix-Tourcoing connaissent les taux de prise en charge les plus élevés, alors que les zones de Saint-Omer et de Béthune-Bruay enregistrent les plus faibles.

- Les taux de prise en charge des femmes sont plus élevés que ceux des hommes, à l'exception notable des enfants : les garçons sont beaucoup plus suivis en psychiatrie que les filles.

- L'âge introduit également de fortes variations : les nouveau-nés sont très nombreux à bénéficier d'une consultation ; les garçons de 6-7 ans et les filles de 15 ans, dans une moindre mesure, connaissent les taux de prise en charge les plus élevés.

Ces taux baissent ensuite nettement, ce qui pose la question de l'accès aux soins des adolescents, pour remonter à partir de la vingtaine. On note une nouvelle baisse des taux à partir de la cinquantaine.

Les prises en charge ambulatoire sont beaucoup plus fréquentes que les séjours, ces derniers étant, dans plus de trois cas sur cinq, des hospitalisations à temps plein. Les séjours se répètent dans la même année (au moins un 2^e séjour, donc) pour un tiers des personnes concernées. Ils sont décidés par le patient dans quatre cas sur cinq, proportion plutôt élevée par rapport aux autres régions françaises [8].

Cette variable est une de celles qui connaissent de forts écarts selon les secteurs ; l'hospitalisation sous contrainte est enregistrée dans un cas sur cinq, mais un rapport de 1 à 3 peut être calculé entre le 9^e et 1^{er} décile, et de 1 à 4 en ce qui concerne les hospitalisations d'office. Plus importants encore, les écarts d'activité ambulatoire (mesurée en actes) entre les secteurs de psychiatrie adulte (qui varient de 1 à 4) et entre les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile (qui varient de 1 à 3) ne peuvent être attribués aux seules différences de moyens humains. On peut faire l'hypothèse que tous les services n'ont pas codé tous leurs actes ambulatoires, pour des raisons qui restent à déterminer. Enfin, la mobilité des personnels des CMP connaît elle aussi des variations notables.

Concernant les diagnostics, nous avons renoncé à les considérer comme utilisables à des fins épidémiologiques, tant les pratiques de codage sont variables et tant le nombre de troubles mentaux sans précision et de diagnostics non psychiatriques est élevé. Parce que les professionnels codant cette information ne sont pas tous en mesure d'établir un diagnostic, parce qu'ils considèrent qu'il ne peut être posé lors des premières consultations ou encore parce que certains intervenants sont hostiles au principe des systèmes d'information médico-économiques, le codage des diagnostics n'est pas homogène dans le RimP, et donc peu utilisable.

>> Conclusion

Le RimP, pour répondre à la question posée dans le titre de l'article, ne parvient que partiellement à répondre à son objectif de description des prises en charge en psychiatrie et de leurs bénéficiaires. Pour gagner en exhaustivité et en qualité, ce recueil doit sans doute introduire plus de proximité entre les « producteurs » (les équipes soignantes) et les agences chargées de consolider et de traiter les données recueillies. Des entretiens informels avec différents psychiatres hospitaliers, il apparaît en effet que l'absence d'information sur l'utilisation des données recueillies est préjudiciable à une saisie des informations conforme aux manuels, particulièrement abscons il est vrai.

Une animation, à l'échelon régional et de chaque établissement, pourrait être envisagée afin d'informer et de rappeler les objectifs et la méthode du RimP, qui ne sont connus que d'un petit nombre (médecins et techniciens des départements d'information médicale, ...); elle s'appuierait sur une documentation claire et adaptée à un public non spécialiste des bases et du recueil de données.

Une rétroinformation régulière doit être envisagée pour que les soignants perçoivent l'intérêt descriptif du recueil, à différents niveaux géographiques ou organisationnels (secteur, établissement, département ...). L'absence de retour sur les résultats des enquêtes et recueils nuit à leur compréhension, à l'exhaustivité et la qualité de l'information transmise.

Enfin, et c'est certainement l'évolution la plus difficile à obtenir,

il y aurait lieu d'accepter l'idée qu'aucune classification des maladies n'est parfaite et qu'en adopter une, la plus utilisée internationalement, n'obère pas la relation thérapeutique engagée avec un patient. Indiquer par exemple, à des fins statistiques, qu'une personne présente un trouble des comportements alimentaires ou a fait une tentative de suicide au moment où elle est reçue, ne signifie pas qu'elle se réduit à ce trouble et qu'elle le présentera sa vie durant. Une classification constitue une construction intellectuelle qui s'inscrit dans un système de représentations, discutables et discutées; si elle veut décrire plus précisément son public et les troubles ou pathologies qui l'affectent, la psychiatrie ne doit-elle pas accepter d'uniformiser ses pratiques de codages diagnostiques ?

>> Bibliographie

1. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)
http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2012/
2. Leroux I., Schultz P., Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008, Drees, Série statistiques, 155, avril 2011, 163 p + annexes.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/cartographie-regionale-de-l-offre,8450.html>
3. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie, BO, 2011/4 bis
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20110004_0001_p000.pdf
4. Coldefy M. Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France, Drees, Études et résultats N° 443, novembre 2005
<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-disparites-departementales-de-prises-en-charge-de-la-sante-mentale-en-france,4773.html>
5. Coldefy M., Nestrigue C., Or Z., Etude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie, Irdes, novembre 2012, 60 p.
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf>
6. Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation ». Irdes, Questions d'économie de la santé n° 142, mai.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>
7. Plancke L., Amariei A., Danel T., Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais, Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale, 2010, 104 p.
<http://www.santementale5962.com/ressources-et-outils/les-productions-de-la-f2rsm/atlas-de-la-psychiatrie-et-de-la-95/article/telecharger-l-atlas-2010>
8. Plancke L., Bavdek R. Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie. La situation du Nord - Pas-de-Calais en France métropolitaine, Lille, Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, 2013, 48 p.
<http://www.santementale5962.com/ressources-et-outils/les-productions-de-la-f2rsm/article/disparites-regionales-en-sante>
9. 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, soumis à la Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2013.
10. Coldefy M., Nestrigue C., La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé, Drees-Irdes, Questions d'économie de santé, 191, octobre 2013.
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-laprise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>