

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

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

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

– Intégrer des éléments contextuels à la classification.

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

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

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

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

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

– réunions de travail et focus groupes ;

– analyse de documents ;

– questionnaire électronique.

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

P084

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

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

* Auteur correspondant.

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

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

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

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

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

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

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

Mots clés Urgences psychiatriques ; Gérontopsychiatrie ; Démence

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

P085

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

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

* Auteur correspondant.

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

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

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

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