

# Processus de prise en charge et diagnostic en psychiatrie ambulatoire

Laurence TRICOT, statisticienne

Paul HERMANN, médecin-chef

Centre psycho-social universitaire (CPSU) de Genève, unité d'investigation clinique  
6, rue du XXXI-Décembre, 1207 Genève

## Introduction

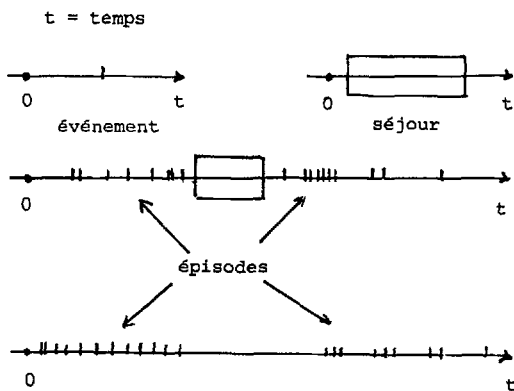
Parmi les multiples facteurs intervenant dans le processus des rencontres entre le médecin et son patient, il en est un à la fois aisé à appréhender, et indiscutable : le facteur "temps". Dans les soins ambulatoires, les informations relatives au temps sont les dates des consultations, et celles des diagnostics posés : au CPSU de Genève, ces données proviennent d'un fichier automatisé, qui fournit également un certain nombre de précisions sur la consultation elle-même (lieu, médecin, etc. ...).

A chaque patient ambulatoire peut donc être associée une collection d'événements séparés par des intervalles de temps variables, l'ensemble constituant un "processus" de soins ("pattern of care" (2)) : lui-même est divisible, le cas échéant, en "épisodes" de prise en charge.

L'étude du processus de soins trouve son intérêt dans la recherche de ce qui peut conditionner le rythme et la fréquence des consultations : est-ce la maladie ? Est-ce le médecin (3) ? Est-ce le fonctionnement d'un service ? Le problème étant très vaste, nous nous bornerons ici à une première approche de la question du rapport entre le diagnostic posé et le rythme des consultations. De plus, nous n'envisagerons pas la totalité de la prise en charge d'un patient donné, mais seulement un épisode, terme qui mérite d'être précisé.

## Épisode de prise en charge ambulatoire

Tout d'abord, convenons que l'"événement" ambulatoire s'oppose au "séjour" en milieu hospitalier, le premier étant une prise en charge essentiellement ponctuelle dans le temps. Ceci posé, un "épisode" sera défini comme une suite d'au moins cinq "événements" (choix arbitraire, mais nécessaire). De plus, durant toute la durée de l'épisode, il ne pourra y avoir de séjour à l'hôpital; en revanche, un tel séjour provoquera éventuellement l'arrêt de l'épisode ambulatoire ou, symétriquement, il servira à définir le début de cet épisode. S'il n'y a pas de séjour, c'est une période d'absence de soins qui permettra de délimiter l'épisode : en l'occurrence 135 jours (voir figure)



## Typologie des épisodes de prise en charge

Un sondage aléatoire a permis de choisir 293 épisodes ambulatoires parmi 700, auprès de patients différents; plusieurs variables temporelles ont été mesurées sur ces épisodes, 3 d'entre elles seront retenues ici :

- le nombre d'événements constituant un épisode;
- l'intervalle moyen entre deux événements;
- la concentration des événements au cours du temps, indicateur de régularité (4).

Une analyse typologique (1) des épisodes a permis de dégager 6 catégories pour lesquelles nous donnons ci-dessous les valeurs moyennes des variables:

type	nombre d'épisodes	m o y e n n e s		
		nombre d'événements	intervalle moyen	concentration* dans le temps
1	47	38	10 jours	0,360
2	78	15	15 jours	0,275
3	32	61	15 jours	0,315
4	34	11	18 jours	0,602
5	37	12	13 jours	0,421
6	65	14	32 jours	0,396
total	293			

\* Nombre compris entre 0 et 1 : plus la concentration est faible, plus la régularité est grande (mais non pas la dispersion, notion différente)

Les catégories les plus semblables globalement sont la 2e et la 5e; la 1ère leur ressemble du point de vue de la proximité des consultations (faible intervalle moyen). La 3e catégorie est à rapprocher des psychothérapies. La 4e se caractérise par une grande irrégularité, et la 6e par l'étalement des consultations.

## Lien entre le type de prise en charge et le diagnostic

A chacun des épisodes regroupés ci-dessus correspond le diagnostic du patient, posé d'après la classification du CPSU de Genève, qui a la particularité suivante : le médecin peut se borner à mentionner des éléments symptomatiques sans aller jusqu'au diagnostic étiopathogénique. Nous retiendrons ici les groupes suivants (en excluant les autres, peu représentés) :

- psychose (I)
- névrose A {
  - dépression névrotique
  - névrose de caractère
  - névrose phobique
  - état limite
 (II A)
- névrose B : autre névrose (II B)
- éléments symptomatiques de premier plan (dont 87% sont des traits névrotiques ou un état dépressif, dans notre échantillon) (III) .

D'où le tableau type d'épisode/groupe diagnostic :

type diagn.	1	2	3	4	5	6
I	6	16	6	6	8	15
IIA	13	12	6	9	6	9
IIB	10	10	5	3	4	8
III	10	29	9	6	11	20

a) Comparons les épisodes observés chez les psychotiques (I) et chez les patients présentant des symptômes (III); on obtient une répartition presque identique des épisodes entre les 6 catégories, ou encore l'"indépendance" entre groupes diagnostiques et catégories de prise en charge lorsqu'on se borne aux deux groupes mentionnés ( $\chi^2 = 1.06$  pour 5 degrés de liberté).

Le type 2 (peu d'événements, assez proches et répartis régulièrement) est le plus fréquent : environ 30% des prises en charge. Les types 2, 5 et 6 réunissent environ 70% des prises en charge; ce sont les types les moins "extrêmes", si on les compare aux types 1, 3 (beaucoup d'événements) et 4 (peu d'investissement du médecin ou du patient).

b) En ce qui concerne les névroses (IIA et B), la répartition est différente; par exemple, les groupes IIA et III donnent un  $\chi^2$  de 8.23 pour 5 degrés de liberté. Il apparaît un changement lorsque le médecin décide (alors qu'il peut l'éviter par le biais du groupe III) de poser le diagnostic de névrose; le type 1 (beaucoup d'événements proches) est alors aussi fréquent que le type 2; que ce soit le groupe IIA ou la totalité des névroses, le type 1 recouvre 24% des prises en charge (contre moins de 12% dans les groupes I et III).

#### Conclusion

Le type 1 de prise en charge paraît accompagner plus fréquemment le diagnostic de névrose que les autres.

Poser le diagnostic de névrose amène à des situations plus extrêmes (du côté d'un investissement maximum, type 1 et 3, ou minimum, type 4) que se borner à mentionner des symptômes, ou que parler de psychose : dans ces deux derniers cas, la répartition des épisodes entre les différentes catégories est la même, et les types 2 et 6 prédominent.

#### Ouvrages cités

- (1) CAILLIEZ F. et PAGES, J.P.  
Introduction à l'analyse des données,  
Smash, Paris, 1976
- (2) GIEL R., G.H.M.N. ten HORN  
The indistinctiveness of mental health services: a cohort study from the new Dutch pilot area  
Seventh Meeting on Mental Health Services in Pilot Study Areas, Tampere, Finland, mai 1980
- (3) HANEY, C.A.,  
Psychological Factors Involved in Medical Decision Making, in COOMBS R.H. & VINCENT C.E.: Psychological Aspects of Medical Training, Ch.C. Thomas, Springfield, 1971
- (4) TRICOT C. & RAFFESTIN C.,  
Elaboration et construction d'un nouvel indice de concentration, L'Espace géographique 1, (No 4): 303-310, 1974

#### Résumé

Il s'agit de mettre en rapport le rythme des consultations et le diagnostic des patients psychiatriques ambulatoires (out-patients). Différents types d'évolution des soins au cours du temps sont définis, et n'apparaissent pas avec les mêmes fréquences selon le diagnostic.

#### Zusammenfassung

Diagnose und Behandlungsverlauf der ambulatorischen Psychiatrie  
Es handelt sich darum, das Konsultationsrhythmos und der Diagnose von den psychiatrischen ambulären Kranken in Anklang zu bringen. Verschiedene allmählichen Entwicklungstypen von den Pflegen werden festgestellt; sie treten nicht mit den gleichen Frequenzen vor, je nach Diagnose.

#### Summary

Diagnosis and pattern of care in ambulatory psychiatry  
Our purpose is to connect rhythm of consultations and diagnosis of psychiatric out-patients. Different pattern of care during the time are defined and depending on diagnosis do not occur with the same frequencies.

#### Correspondance

L. TRICOT,  
Centre psycho-social universitaire  
Unité d'investigation clinique  
6, rue du XXXI-Décembre  
CH - 1207 Genève

### Erratum

In Heft Nr. 3 vom Juli 1981 haben sich im Artikel «Hörschäden durch Impulslärm» von B. W. Hohmann auf Seite 165 unter «2.2 Verhalten im Zeitbereich» zwei kleine, aber schwerwiegende Fehler eingeschlichen.

Richtig muss es heissen:

«Messungen haben ergeben, dass auch bei ideal steilem Schalldruckanstieg im freien Schallfeld (zum Beispiel Anstiegszeit eines Waffenkalls von 0,1 Mikrosekunden [14]) am Trommelfell nicht mit Anstiegszeiten unter 25 Mikrosekunden zu rechnen ist [5].

Wir bitten Sie um Entschuldigung.

Vogt-Schild AG