

**Mardi 18 juin 2019**

Faculté de Médecine Henri Warembourg  
Pôle Formation  
Amphithéâtre Multimédia

**Journée de Communication des  
Internes de Santé Publique des  
Hauts-de-France 2019**

**Programme  
&  
Résumés des  
Communications**



# Programme

9h00	Accueil des participants
9h20	<b>Introduction</b> Pr Philippe Amouyel
9h30 - 10h45	<b>Session 1 – Epidémiologie</b> Modérateur : Dr Luc Dauchet
9h30 - 9h45	Etude descriptive des passages aux urgences pédiatriques pour crise d'asthme au Centre Hospitalier de Douai en 2018 <b>S. Brenek, D. Chourchoulis</b>
9h45 - 10h00	Relationship between neighborhood walkability and vascular risk factor and physical activity in Lille and Dunkirk <b>A. de Courrèges, F. Ocelli, L. Dauchet</b>
10h00 - 10h15	Etude de facteurs de risque génétiques rares chez les formes précoces et tardives de la maladie d'Alzheimer <b>E. Bury, C. Bellenguez</b>
10h15 - 10h30	Identification de facteurs de risque génétiques associés à la maladie d'Alzheimer au travers de l'interaction avec le sexe <b>A. Dézétrée, C. Bellenguez</b>
10h30 - 10h45	Investigation d'une épidémie d'ABRI rapidement résolutive en réanimation <b>M. Degrendel, A. Perrin, N. Bouamria, A. Vandromme, A. Flambar, V. Walocha, M. Roussia, I. Tronchon, N. Loukili</b>
10h45 - 11h00	Pause
11h00 - 12h00	<b>Session 2 – Organisation et optimisation de l'activité médicale</b> Modérateur : Dr Alexandre Caron
11h00 - 11h15	Estimation des coûts de séjour pédiatrique liés aux infections respiratoires basses et au virus respiratoire syncytial à Lille entre 2010 et 2015 <b>M. van Berleere, P. Beutels, F. Denies, A. Caron, X. Lenne, F. Dubos, B. Dervaux</b>
11h15 - 11h30	Modélisation médico-économique du Parcours Longévité <b>N. Martignène, M. Barthoulot, B. Dervaux</b>
11h30 - 11h45	FIDES séjour : développement d'une interface informatique de codage automatisé des diagnostics de chimiothérapie <b>A. Lecoeuvre, M. Cucchi, A. Hammoudi, F. Craynest, I. Sakji</b>
11h45 - 12h00	Elaboration du projet médical d'établissement du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille <b>J. Luu, I. Brassart, M. Germain-Alonso</b>
12h - 13h30	Pause déjeuner

<b>13h30 - 14h30</b>	<b>Session 3 – Inégalités sociales et territoriales de santé</b> <b>Modérateur : Dr Vincent Chouraki</b>
13h30 - 13h45	Evaluation de la première édition du service sanitaire 2018/2019 dans l'académie de Lille : point de vue des étudiants en santé et des bénéficiaires <b>C. Vincent, Y.-J. Jung, V. Chouraki, B. Weens</b>
13h45 - 14h00	Evaluation de l'impact de la thématique Santé Mentale et Prévention du Suicide chez les étudiants en santé impliqués dans le service sanitaire <b>P. Aly, C.-E. Notredame, C. Guenard, G. Vaiva, M. Wathelet</b>
14h00 - 14h15	Prise en charge en santé mentale des enfants confiés au service de protection de l'enfance du Valenciennois : analyse des obstacles et leviers <b>E. Podglajen, I. Lothe, I. Valentin, V. Leroy, L. Lecomte, O. Alao</b>
14h15 - 14h30	Mise en place d'un projet de recherche centré sur les pratiques de soins et les risques psychosociaux dans les établissements de santé mentale <b>P. Trouiller, M. Labey, J.-B. Hazo, J.-L. Roelandt, K. Chevreul</b>
14h30 - 14h45	Pause
<b>14h45 - 15h30</b>	<b>Session 4 – Valorisation des données médico-administratives</b> <b>Modérateur : Dr Marielle Wathelet</b>
14h45 - 15h00	Laboratoire Kashmir et données de santé : comment passer sa thèse en conformité avec le RGPD ? <b>M. Riant, M. Germain-Alonso, A. Lansiaux</b>
15h00 - 15h15	Parcours des patients en insuffisance rénale chronique terminale dans les deux années précédant le début du traitement de suppléance par dialyse <b>A. Jousset, M. Le Trionnaire, S. Matz, T. Plagnieux</b>
15h15 - 15h30	Étude des réseaux de soins empiriques en cancérologie digestive dans le Nord-Pas-de-Calais <b>L. Rousselet, M. Germain-Alonso</b>
<b>15h30 - 15h45</b>	<b>Conclusion</b> <b>Pr Philippe Amouyel</b>

## Session 1

### Epidémiologie

#### Etude descriptive des passages aux urgences pédiatriques pour crise d'asthme au Centre Hospitalier de Douai en 2018

S.Brenek<sup>1</sup>, D.Chourchoulis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'information médicale, Centre hospitalier de Douai

**Introduction.** L'asthme est la pathologie pédiatrique chronique la plus fréquente avec une prévalence estimée à 15%. L'objectif de l'étude était de décrire des caractéristiques des enfants asthmatiques passés aux urgences au centre hospitalier (CH) de Douai afin d'améliorer la collaboration ville-hôpital notamment par le biais du Schéma de cohérence territoriale (SCOT) sur le versant de l'éducation thérapeutique et préventive en développant une approche populationnelle partagée par les acteurs du territoire œuvrant pour la santé.

**Méthodes.** Nous avons inclus les passages aux urgences pédiatriques des enfants de moins de 16 ans avec un code diagnostique principal d'asthme, d'insuffisance respiratoire aigüe (IRA) et de bronchiolite en utilisant les données des résumés de passages aux urgences (RPU) de 2018. Nous avons exclu les passages pour IRA sans diagnostic associé d'asthme. Les passages pour bronchiolite d'enfants de plus de 6 mois ont été expertisés et 62 ont été recodés en crise d'asthme. Les caractéristiques sociodémographiques des patients ont été recueillies et une cartographie de l'incidence de survenue réalisée selon les codes géographiques renseignés. Des données de pollution et d'humidité ont été cartographiées par le SCOT pour étudier les déterminants environnementaux.

**Résultats.** 484 passages pour asthme (19615 passages aux urgences) ont été retrouvés, dont 50% suivis d'une hospitalisation. La répartition mensuelle des cas montrait un maximum de 4,3% en décembre. La moyenne d'âge des patients était de 3,7 ans. L'analyse des déterminants environnementaux est en cours. Des analyses statistiques secondaires permettraient d'approfondir et montrer des corrélations entre certains facteurs de risque locaux et la survenue de crises d'asthme entraînant des hospitalisations.

**Conclusion.** Une meilleure connaissance des caractéristiques sociodémographiques et environnementales des enfants asthmatiques consultant aux urgences pourrait contribuer à appuyer le développement des stratégies de prévention en médecine de ville pour réduire le nombre de ces passages et d'hospitalisations.

**Mots-clés :** asthme ; pédiatrie ; RPU ; prévention

#### Relationship between neighborhood walkability and vascular risk factor and physical activity in Lille and Dunkirk

A. de Courrèges<sup>1</sup>, F. Ocelli<sup>2</sup>, L. Dauchet<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>CHU Lille, Epidemiology, Health Economics and Prevention Service, F-59000 Lille, France

<sup>2</sup>EA 4483 - Impact de l'environnement chimique sur la santé humaine, University of Lille, 59000 Lille, France

<sup>3</sup>Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, Institut Pasteur de Lille, U1167 - RID-AGE - Facteurs de risque et déterminants moléculaires des maladies liées au vieillissement, F-59000 Lille, France

**Background.** Neighborhood walkability was found to be associated with obesity and hypertension through increased physical activity; however, there is limited research that examines multiple vascular risk factors, especially in the European context. We assessed the relationship between neighborhood walkability and cardio-metabolic outcomes, including obesity, hypertension, dyslipidemia and glycated hemoglobin (HbA1c) level among adults living in Northern France.

**Methods.** Data were extracted from the ELISABET study (2011-2013). Participants were aged 40-65 and resided in Lille or Dunkirk areas. Walk Score<sup>®</sup> value and a Geographic Information System (GIS)-constructed walkability index were used to define neighborhood walkability for each participant's residential address. Multilevel linear and logistic models were used to assess statistical relationships between neighborhood walkability and body mass index (BMI), obesity, systolic and diastolic blood pressure, hypertension, HDL, LDL and total blood cholesterol level, HbA1c, physical activity level and daily walking time.

**Results.** 3220 participants were included. After adjusting for individual and neighborhood variables, higher walkability index was associated with decreased BMI (-0.36 95% confidence interval (95% CI) [-0.6:-0.12] BMI points for one interquartile range increase (for IQR)), decreased systolic (-1.8 mmHg 95% CI [-2.62:-0.97] for IQR) and diastolic (-0.82 mmHg CI 95% [-1.34:-0.29] for IQR) blood pressure and decreased prevalence of hypertension (odds ratio (OR) = 0.85 CI 95% [0.74:0.97] for IQR), decreased prevalence of lower physical activity level (OR = 0.83 95% CI [0.75:0.92] for IQR) and decreased prevalence of daily walking time < 30 minutes (OR = 0.88 CI 95% [0.8:0.96] for IQR). No associations were found between neighborhood walkability and other cardiovascular risk factors. Similar results were observed using Walk Score<sup>®</sup>.

**Conclusion.** In this study, living in a more walkable neighborhood was found to be associated with lower vascular risk factor. Promoting neighborhood walkability could play a viable role in improving population cardiovascular health.

**Keywords:** walkability; built environment; vascular risk factor; obesity; physical activity

## Etude de facteurs de risque génétiques rares chez les formes précoces et tardives de la maladie d'Alzheimer

**E. Bury**<sup>1,3,4</sup>, **C. Bellenguez**<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Univ. Lille, U1167 - RID-AGE - Facteurs de risque et déterminants moléculaires des maladies liées au vieillissement, F-59000 Lille, France

<sup>2</sup>Inserm, U1167, F-59000 Lille, France

<sup>3</sup>CHU Lille, service d'Epidémiologie Régionale, F-59000 Lille, France

<sup>4</sup>Institut Pasteur de Lille, F-59000 Lille, France

**Introduction.** On distingue classiquement des formes dites précoces de maladie d'Alzheimer (MA), apparues avant 65 ans, des formes dites tardives. L'étude de Bellenguez et al. (2017) a évalué l'impact de variants rares (fréquence de l'allèle mineur < 1%) sur le risque de MA au sein des gènes *TREM2*, *ABCA7* et *SORL1* sur l'ensemble des individus, puis en stratifiant l'analyse chez les formes précoces et tardives. L'objectif de cette étude était d'analyser l'impact de ces variants avec une régression multinomiale afin de limiter le problème des tests multiples non pris en charge lors de l'analyse stratifiée.

**Méthodes.** Les analyses ont été réalisées à partir des données de séquençage de 852 individus atteints de forme précoce, 927 de forme tardive et 1273 témoins de la base Alzheimer's Disease Exome Sequencing – France (ADES-FR), l'une des plus volumineuses bases de données de séquençage à l'échelle internationale dans le champ de la recherche de la MA. Pour chacun des 3 gènes *TREM2*, *ABCA7* et *SORL1*, les variants analysés ont été regroupés en 4 classes de pathogénicité. L'effet global des variants rares de chaque gène a été évalué pour chaque classe de pathogénicité par un test de fardeau réalisé au moyen d'une régression multinomiale (R-package Ravages). Notre variable dépendante était nominale à 3 modalités : non-malade, forme précoce, forme tardive. Notre variable indépendante était représentée par le score de fardeau, égal à la somme du nombre de variants rares présents chez un individu. Le modèle a été ajusté sur la structure de population.

**Résultats.** L'analyse multinomiale a permis de retrouver les associations significatives des gènes *SORL1* et *TREM2* avec les formes précoces. En revanche, l'association entre *ABCA7* et les formes précoces n'était plus significative.

**Conclusion.** Dans notre analyse, la régression multinomiale permet de réduire le nombre de tests tout en maintenant une bonne détection des signaux.

**Mots-clefs :** maladie d'Alzheimer ; variants rares ; régression multinomiale

## Identification de facteurs de risque génétiques associés à la maladie d'Alzheimer au travers de l'interaction avec le sexe

**A. Dézétrée**<sup>1</sup>, **C. Bellenguez**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, Institut Pasteur de Lille, U1167 - RID-AGE - Facteurs de risque et déterminants moléculaires des maladies liées au vieillissement, F-59000 Lille, France

**Introduction.** La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie neurodégénérative liée à l'âge dont les facteurs de risque sont multiples (âge, éducation, génétique...). Le sexe est un facteur de risque discuté pour la MA, la différence de prévalence observée entre les deux sexes pouvant s'expliquer, au moins en partie, par un biais de survie. Cependant, la littérature suggère que le sexe pourrait moduler l'impact de certains gènes, comme *APOE*. Aucune étude sur la MA n'a pour l'instant évalué la présence d'interaction entre sexe et variants génétiques systématiquement sur l'ensemble du génome. Ce type d'analyse pourrait pourtant permettre d'identifier de nouveaux facteurs de risque génétiques de la MA.

**Méthodes.** Nous avons analysé l'interaction multiplicative sexe x variant génétique pour plus de 8 millions de variants à partir des données génétiques de la base EADI, composée de 8988 individus (2327 cas). Un modèle de régression logistique a été utilisé.

**Résultats.** Aucune interaction significative n'a été identifiée (p-valeur < 5x10<sup>-8</sup>). Douze variants présentent des interactions possibles avec le sexe (p-valeur < 1x10<sup>-5</sup>). Tous présentent des odds-ratios opposés entre hommes et femmes. Aucun de ces variants n'a été précédemment associé au risque de MA.

**Conclusion.** Ces résultats doivent être répliqués dans des échantillons indépendants pour être confirmés. Cette étude pilote a permis de valider la méthode utilisée, et sera étendue à la base de données européenne EADB, qui compte dix fois plus de personnes que l'étude EADI. La puissance des analyses sera donc considérablement augmentée.

**Mots-clés :** maladie d'Alzheimer ; GWAS ; interaction gène-sexe

## Investigation d'une épidémie d'ABRI rapidement résolutive en réanimation

**M. Degrendel**<sup>1</sup>, **A. Perrin**<sup>1</sup>, **N. Bouamria**<sup>1</sup>, **A. Vandromme**<sup>1</sup>, **A. Flambard**<sup>1</sup>, **V. Walocha**<sup>1</sup>, **M. Roussia**<sup>1</sup>, **I. Tronchon**<sup>1</sup>, **N. Loukili**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU Lille, Lille, France

**Introduction.** Fin 2018, le service d'hygiène hospitalière constatait l'augmentation de l'incidence d'*Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI) dans différents services du pôle de réanimation. L'objectif de ce travail est de présenter les résultats de l'investigation et les mesures ayant permis l'extinction de l'épidémie.

**Méthodes.** La courbe épidémique, le tableau synoptique et la répartition géographique des cas ont été utilisés pour la description de l'épidémie. Une enquête cas-témoins a été réalisée pour identifier des facteurs explicatifs. Les données suivantes ont été recueillies : les caractéristiques démographiques, l'origine du patient (admission directe, transfert), le score IGSII, la pose d'ECMO, le passage au caisson hyperbare, la présence de dispositifs invasifs, la consommation d'antibiotiques et le délai entre l'admission et le 1er dépistage

ABRI positif (D-ABRI+). Une analyse univariée puis multivariée a été réalisée.

**Résultats.** Sur une période de 2 mois, 12 patients ont été identifiés comme étant porteurs ou infectés par un ABRI dans 6 services de réanimation. L'antibiogramme présentait le même profil de résistance suspectant une origine commune. La courbe épidémique suggérait une épidémie par transmission croisée (TC). Le tableau synoptique et la répartition géographique ont permis d'identifier 3 cas potentiels de TC. Les 9 autres cas ont été classés comme étant des cas importés. En analyse univariée, une association entre le sondage urinaire et les cas a été trouvée. Aucun facteur explicatif indépendant n'a été identifié en analyse multivariée.

**Conclusion.** L'augmentation de l'incidence d'ABRI observée dans le pôle de réanimation peut être expliquée en partie par 3 patients par de la transmission croisée. Les 9 autres cas d'ABRI sont probablement des cas importés. Cette hypothèse est confortée par le retour à la normale de l'incidence suite à la mise en place des précautions standard et complémentaires additionnées de la désinfection des surfaces par voie aérienne.

**Mots-clés :** hygiène hospitalière ; ABRI ; réanimation ; cas-témoins

---

## Session 2

### Organisation et optimisation de l'activité médicale

---

#### Estimation des coûts de séjour pédiatrique liés aux infections respiratoires basses et au virus respiratoire syncytial à Lille entre 2010 et 2015

**M. van Berleere<sup>1</sup>, P. Beutels<sup>2</sup>, F. Denies<sup>1</sup>, A. Caron<sup>1</sup>, X. Lenne<sup>1</sup>, F. Dubos<sup>1</sup>, B. Dervaux<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Univ. Lille, CHU Lille, EA2694 – Santé Publique: Qualité des Soins et Epidémiologie, F-59000 Lille, France

<sup>2</sup>Centre for Health Economics Research & Modelling Infectious Diseases, Vaccine & Infectious Disease Institute, University of Antwerp, B-2610 Antwerp, Belgium

**Introduction.** Evaluer la charge financière liée aux infections respiratoires basses (IRB) pédiatriques, en particulier celles dues au virus respiratoire syncytial (VRS), supportée par le système de santé nécessite une documentation des coûts. Les objectifs étaient d'estimer les coûts directs des hospitalisations pédiatriques pour IRB et IRB à VRS au Centre Hospitalier Universitaire de Lille et d'évaluer l'influence de potentiels déterminants de coût, notamment la présence du VRS, sur les coûts de séjour pour IRB.

**Méthodes.** Les séjours pour IRB des moins de 18 ans entre 2010 et 2015 ont été inclus s'il y avait eu recherche virologique. Les coûts de séjour étaient ceux de l'étude nationale des coûts. Des modèles linéaires généralisés avec distribution gamma et fonction de lien logarithmique ont été utilisés pour étudier les effets des variables administratives (durée de séjour),

démographiques, cliniques et virologiques (détection du VRS) sur le coût par séjour.

**Résultats.** Parmi les 1592 séjours inclus, 901 (56.6%) avaient une virologie positive dont 682 (42.8%) pour le VRS. Le coût moyen  $\pm$  écart-type par séjour était de 4328€  $\pm$  4885 pour les IRB et de 4207€  $\pm$  5011 pour les IRB VRS-positives. Le coût de séjour était inférieur chez les moins de 2 ans : 4271€  $\pm$  5208 pour les IRB et 4188 €  $\pm$  5196 pour les IRB VRS-positives. La détection du VRS avait un effet négatif sur le coût de séjour non ajusté sur la durée de séjour mais pas d'effet après ajustement. Les principaux déterminants positifs de coût étaient la durée de séjour, l'assistance respiratoire et le passage en réanimation.

**Conclusion.** A partir de ces résultats et de données nationales complémentaires, nous estimons que les coûts directs d'hospitalisation pour IRB à VRS chez les moins de 18 ans se situent entre 30 et 56 millions d'euros par an en France.

**Mots-clés :** coût de séjour ; virus respiratoire syncytial ; modèle linéaire généralisé

---

#### Modélisation médico-économique du Parcours Longévité

**N. Martignè<sup>1,2</sup>, M. Barthoulot<sup>1,2</sup>, B. Dervaux<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Institut Pasteur de Lille, Centre Prévention Santé Longévité

<sup>2</sup>Centre hospitalier universitaire de Lille

**Introduction.** Le Parcours Longévité (PL) est une intervention de santé publique complexe mise en place en 2018 à l'Institut Pasteur de Lille ayant pour objectif de favoriser le vieillissement en bonne santé. Elle repose sur la prise en charge de fragilités chez les sujets à partir de 45 ans. L'objectif de ce travail était d'identifier les méthodes permettant de réaliser une analyse médico-économique du PL et d'en ébaucher un premier modèle.

**Méthodes.** Une recherche bibliographique portant sur l'évaluation médico-économique de programmes d'intervention individuels en population générale a été réalisée pour identifier les outils médico-économiques disponibles. Les principaux leviers d'action du PL ont été identifiés et rassemblés en quelques modèles simplifiés, modélisables de manière indépendante.

**Résultats.** Une cohorte d'individus est modélisée par microsimulation. L'évolution de plusieurs facteurs de risque de ces individus est simulée annuellement, et des scores prédictifs sont utilisés pour prédire la survenue de maladie ou de décès. Trois grands modèles sont définis. Le modèle cardio-vasculaire et pulmonaire simule l'évolution du tabagisme, de la pression artérielle, de la cholestérolémie, du diabète de type 2 et prédit la survenue de maladie cardio-vasculaire, de cancer du poumon et de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive. Le modèle ostéo-musculaire simule l'évolution de la densité osseuse et de la masse musculaire, et prédit la survenue de chutes et de fractures ostéoporotiques. Le modèle neurosensoriel simule la survenue de maladies visuelles et l'évolution de la fonction auditive, et devra prédire l'effet de ces facteurs sur le développement de troubles cognitifs.

**Conclusion.** La modélisation individuelle de patients et de leurs facteurs de risque est nécessaire pour étudier l'intérêt médico-économique du PL. Le modèle complété pourra permettre d'en

identifier les forces et faiblesses, ou d'analyser d'autres interventions. La poursuite de ce travail nécessite des données supplémentaires quant à l'impact réel du PL sur les comportements.

**Mots-clefs** : médico-économie ; intervention complexe ; bilan de santé ; Parcours Longévité

## **FIDES séjour : développement d'une interface informatique de codage automatisé des diagnostics de chimiothérapie**

**A. Lecoeuvre<sup>1</sup>, M. Cucchi<sup>1</sup>, A. Hammoudi<sup>1</sup>, F. Craynest<sup>2</sup>, I. Sakji<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Département d'Information Médicale, Centre Oscar Lambret

<sup>2</sup>Direction des Systèmes d'Information, Centre Oscar Lambret

<sup>3</sup>Pharmacie, Centre Oscar Lambret

**Introduction.** La mise en place du projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) est une obligation réglementaire dont l'échéance est prévue pour mars 2022. La facturation « au fil de l'eau » inhérente à ce projet entraîne une triple exigence : d'exhaustivité dans la remontée des informations, de qualité des données et de fluidité. Une interface de codage automatisé des diagnostics de chimiothérapie a été développée dans ce contexte entre le logiciel métier Chimio® et le logiciel de codage et de facturation Cerner®.

**Méthodes.** Une analyse du contexte d'administration de la chimiothérapie a permis d'établir les règles de gestion de codage (type de séjours, modalités d'administration, situations cliniques). L'algorithme de l'interface permettait, via la récupération dans Chimio® d'un couple identifiant permanent du patient (IPP) / date d'administration selon les règles de gestion prédéfinies, d'implémenter des codes diagnostics au sein d'un résumé d'unité médicale (RUM) préexistant.

**Résultats.** Le développement de l'interface a été effectué en collaboration avec le service informatique et la pharmacie. Les premiers essais ont permis la détection, l'analyse et la correction de certaines problématiques au sein du circuit d'information et de facturation. L'interface a été utilisée en premier lieu en tant qu'outil de contrôle qualité sur des séjours déjà codés. Cette première utilisation « rétrospective » présentait des résultats intéressants et optimistes. Celle-ci a notamment permis un gain en valorisation via une meilleure exhaustivité dans le codage des séjours. Une utilisation « prospective » est en cours de déploiement.

**Conclusion.** La mise en place de FIDES séjour requiert une adaptation des pratiques actuelles et notamment une révision des circuits d'information et de codage. Ce changement nécessite une collaboration étroite entre le département d'information médicale et les divers acteurs impliqués. Le dossier patient informatisé et l'outil informatique offrent des possibilités intéressantes à exploiter.

**Mots-clefs** : information médicale ; FIDES ; qualité des données ; automatisation codage ; chimiothérapie

## **Elaboration du projet médical d'établissement du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille**

**J. Luu<sup>1</sup>, I. Brassart<sup>2</sup>, M. Germain-Alonso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Département d'Information Médicale, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, France

<sup>2</sup>Direction générale, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, France

**Introduction.** Le projet d'établissement est obligatoire pour tout établissement de santé depuis 2004. Celui-ci définit les objectifs généraux de l'établissement dans différents domaines. Le projet médical, présentant notamment l'offre de service et ses objectifs d'évolution, est un volet phare du projet d'établissement. Au sein du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), le précédent projet d'établissement a été établi pour 2016-2020. L'objectif de cette présentation est de décrire la méthodologie d'actualisation du projet médical pour la période 2019-2023.

**Méthodes.** Nous décrivons ici la démarche et les problèmes rencontrés au GHICL pour élaborer le projet médical 2019-2023.

**Résultats.** Initié mi-2017, le processus d'actualisation du projet médical se poursuit. Les cabinets de conseils ont accompagné la démarche, de la phase de diagnostic jusqu'au choix des axes transversaux et la constitution de groupes de travail. En 2018, une autre approche d'analyse par segment d'activité est commencée. Pour permettre l'écriture de projets de services, alignés avec les axes du projet médical, un outil de travail élaboré avec l'aide du département d'information médicale (DIM) est mis à la disposition de chaque service. Chaque groupe de travail et service restitue ensuite sa vision d'avenir au comité de pilotage du projet médical afin de valider le projet.

**Conclusion.** Le projet d'établissement permet de renouveler et réaffirmer les objectifs de l'établissement. Au GHICL, une commande complémentaire en cours de route a repoussé l'échéance, mais a permis d'avoir des rencontres enrichissantes pour les projets de service impliquant l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux. L'implication d'un interne de santé publique dans la démarche permet d'apporter un regard neutre, étant indépendant de tout intérêt dans la structure, de définir les besoins sanitaires dans la région, d'objectiver les affirmations des praticiens en région et de créer un lien entre le DIM et le projet médical.

**Mots-clefs** : projet d'établissement ; projet médical ; GHICL

### **Session 3**

## **Inégalités sociales et territoriales de santé**

### **Evaluation de la première édition du service sanitaire 2018/2019 dans l'académie de Lille : point de vue des étudiants en santé et des bénéficiaires**

**C. Vincent<sup>1,2</sup>, Y.-J. Jung<sup>2</sup>, V. Chouraki<sup>2,3</sup>, B. Weens<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Rectorat de Lille

<sup>2</sup>Service de santé publique, épidémiologie, économie de la santé et prévention, CHU de Lille

<sup>3</sup>Université de Lille

**Introduction.** La promotion de la santé et la lutte contre les inégalités sociales sont deux enjeux majeurs de santé publique. Le service sanitaire vise à former les futurs professionnels de santé à la prévention primaire par l'élaboration et la réalisation d'actions concrètes sur le terrain. Pour cette première édition, les étudiants ont mené des actions en milieu scolaire dans le Nord et le Pas-de-Calais. Nous décrivons ici le processus d'évaluation de ce dispositif ainsi que les premiers résultats.

**Méthodes.** La première étape a consisté à élaborer et diffuser un auto-questionnaire aux étudiants en santé ayant participé au service sanitaire afin de recueillir leurs avis sur la formation dispensée en amont et sur la réalisation de leurs actions dans les établissements scolaires. En parallèle, une enquête de satisfaction à destination des élèves a été effectuée. Les données ont été analysées avec le logiciel R.

**Résultats.** Malgré la reconnaissance presque unanime de l'intérêt d'un tel dispositif, les étudiants ont émis un certain nombre de critiques vis-à-vis du service sanitaire. Une formation inadaptée ainsi qu'une répartition inégale des étudiants sur le territoire font partie des difficultés rencontrées. Cependant, cette expérience auprès du jeune public leur a permis de développer de nouvelles compétences en matière de santé publique et de communication. Les premiers résultats de l'enquête effectuée auprès des bénéficiaires montrent un niveau de satisfaction élevé.

**Conclusion.** L'évaluation de cette première édition du service sanitaire apparaît primordiale pour mettre en lumière les travaux des étudiants et de l'ensemble des acteurs impliqués dans ce projet mais aussi pour améliorer le dispositif dans les années à venir. La satisfaction des élèves semble témoigner de l'utilité de ce projet national innovant. D'autres enquêtes, auprès des référents pédagogiques universitaires et du personnel des établissements scolaires, viendront compléter cette évaluation.

**Mots-clés :** service sanitaire ; prévention ; évaluation ; élèves ; innovation

## Evaluation de l'impact de la thématique Santé Mentale et Prévention du Suicide chez les étudiants en santé impliqués dans le service sanitaire

**P. Aly<sup>1,2</sup>, C.-E. Notredame<sup>3,4</sup>, C. Guenard<sup>4</sup>, G. Vaiva<sup>3,4</sup>, M. Wathelet<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>CHU Lille, Service de santé publique et épidémiologique, F-59000, Lille

<sup>2</sup>F2RSM, Regional Federation for Research on Mental Health and Psychiatry, Lille, France

<sup>3</sup>Univ. Lille, CNRS UMR-9193, SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, France

<sup>4</sup>CHU Lille, Hôpital Fontan, Service de psychiatrie, F-59000, Lille

**Introduction.** Le Service Sanitaire des Etudiants en Santé (SESS) a été mis en place en France en septembre 2018. Dans les Hauts-de-France, une thématique Santé Mentale et Prévention du Suicide (SMPS) a été déployée. Si des programmes de prévention en santé mentale ont pu montrer un impact positif en milieu scolaire, aucune étude n'a mesuré l'impact de ces programmes sur les formateurs impliqués. L'accès aux soins étant un pilier de la prévention du suicide, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la participation à la thématique SMPS sur les attitudes vis-à-vis du recours aux soins des étudiants.

**Méthodes.** L'étude avant-après menée en 2018-2019 portait sur les étudiants du SESS volontaires pour participer à l'étude. Un auto-questionnaire était administré à T0 (avant le SESS) puis à T1 (à l'issue du SESS). Les variables recueillies dans l'auto-questionnaire étaient : les caractéristiques sociodémographiques, le niveau scolaire, les éléments de situation économique (bourse, emploi), les attitudes vis-à-vis du recours aux soins (Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale), le niveau de satisfaction concernant la formation thématique (Student Satisfaction Scale), les connaissances théoriques en santé mentale (Suicide Behavior Questionnaire) et le taux de repérage et d'aide aux personnes en difficulté et le taux de recours aux soins. Pour répondre à l'objectif principal, un modèle de régression linéaire évaluera le score à T1 en fonction de la thématique en ajustant sur le score à T0 et les facteurs de confusion identifiés en analyse bivariée. Les analyses seront réalisées avec le logiciel R 3.5.1.

**Résultats.** 965 étudiants ont participé au SESS dont 50 dans la thématique SMPS. Les données ont été recueillies et les analyses en cours de réalisation.

**Conclusion.** Un impact positif de la thématique SMPS chez les étudiants serait un argument pour étendre cette thématique à d'autres régions.

**Mots-clés :** service sanitaire ; santé mentale ; suicide ; prévention

## Prise en charge en santé mentale des enfants confiés au service de protection de l'enfance du Valenciennois : analyse des obstacles et leviers

**E. Podglajen<sup>1</sup>, I. Lothe<sup>2</sup>, I. Valentin<sup>3</sup>, V. Leroy<sup>4</sup>, L. Lecomte<sup>5</sup>, O. Alao<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Pôle PMI-Santé, Direction territoriale de prévention et d'action sociale (DTPAS) du Valenciennois, Direction générale adjointe Solidarité, Département du Nord

<sup>2</sup>Pôle Enfance-Famille-Jeunesse, DTPAS du Valenciennois, Direction générale adjointe Solidarité, Département du Nord

<sup>3</sup>DTPAS du Valenciennois, Direction générale adjointe Solidarité, Département du Nord

<sup>4</sup>Direction adjointe PMI, Direction générale adjointe Solidarité, Département du Nord

<sup>5</sup>Direction générale adjointe Solidarité, Département du Nord

**Introduction.** De nombreuses observations de terrain ont alerté sur l'état de santé mentale des enfants confiés aux services de protection de l'enfance en 2018. Nous avons cherché à préciser

ces observations en matière de besoins, de recours et de possibilités d'amélioration des prises en charge de ces enfants dans le Valenciennois.

**Méthodes.** Une recherche qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès de travailleurs sociaux, de professionnels de santé (non spécialistes et spécialistes en santé mentale) et de professionnels de l'accueil des enfants. Les professionnels étaient issus du Conseil départemental, de l'offre de soins, des lieux d'accueil et de l'Education nationale.

**Résultats.** Nous avons réalisé 21 entretiens individuels. Les professionnels ont rapporté des problèmes pouvant être catégorisés en opposition-provocation et en conduites antisociales (19/20). Ils les ont parfois mis en relation avec des difficultés d'attachement (7/20). Les autres problèmes les plus fréquemment mentionnés étaient la dépression (11/20), les addictions (9/20) et les difficultés d'apprentissage (10/20). Il a été relevé une impression d'augmentation de la fréquence (6/7) et de la gravité des problèmes liés à la santé mentale (8/8). Plus de 54 recours différents ont été cités. Les deux principales difficultés décrites étaient la saturation du recours spécialisé en santé mentale (16/20) et les difficultés de coordination interprofessionnelle et inter-organisationnelle (11/20). Les trois premiers leviers réfléchis par les professionnels étaient l'amélioration de la coordination (14/20), la montée en compétence en santé mentale des professionnels non experts (12/20) et une évaluation rapide et répétée de l'état de santé mentale des enfants confiés (9/20).

**Conclusion.** L'identification et la compréhension des problèmes de santé mentale ne sont pas évidentes pour les professionnels non spécialistes. L'accès au recours spécialisé est de plus en plus complexe. Plusieurs réponses déjà travaillées à différents niveaux pourraient être optimisées par une consolidation de leur articulation à l'échelle locale.

**Mots-clés :** santé mentale ; enfants confiés ; étude qualitative

### Mise en place d'un projet de recherche centré sur les pratiques de soins et les risques psychosociaux dans les établissements de santé mentale

**M. Labey<sup>1</sup>, P. Trouiller<sup>2</sup>, J.-B. Hazo<sup>2</sup>, J.-L. Roelandt<sup>2</sup>, K. Chevreuil<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Groupement de coopération sanitaire (GCS) pour la recherche et la formation en santé mentale, Hellemmes, France

<sup>2</sup>Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), Hellemmes, France

<sup>3</sup>ECEVE, UMR 1123, INSERM, Université Paris-Diderot, Paris, France

**Introduction.** On observe dans les établissements de santé une augmentation des risques psychosociaux (RPS) et de leurs conséquences, tel l'épuisement professionnel. Concernant la psychiatrie, on peut avancer plusieurs facteurs majeurs pouvant jouer sur l'exposition à ces risques : la nature même de l'activité, les relations de travail, et les pratiques de soins du secteur. Or, très peu de recherches se sont intéressées au rôle joué par les pratiques de soins dans ces risques. L'objectif de ce projet de

recherche est d'évaluer l'influence des pratiques de soins sur les RPS et les troubles psychosociaux qui en découlent.

**Méthodes.** Ce projet comprend deux volets qui seront déployés au sein d'un groupement de coopération sanitaire (18 établissements de santé mentale répartis dans toute la France). Tous les personnels soignants et socio-éducatifs rattachés à une unité de soins des établissements volontaires seront inclus dans notre échantillon. Le premier volet sera une étude multicentrique s'appuyant sur la réutilisation de données. Il s'agira d'étudier le lien entre : 1) les mesures de pratiques et de soins collectées en routine (notamment le taux de recours à l'hospitalisation temps plein, à l'hospitalisation sans consentement, et à l'isolement) et 2) les mesures d'exposition aux RPS issues de questionnaires diffusés par la médecine du travail et des données du bilan social des établissements. Le second volet, qualitatif, comprendra 30 entretiens semi-directifs qui seront réalisés auprès d'un panel couvrant l'ensemble des profils de soignantset permettra d'éclairer les mécanismes qui sous-tendent l'association éventuellement retrouvée lors de la phase quantitative.

**Perspectives.** Cette étude permettra d'identifier de nouveaux leviers pour la réduction des risques psychosociaux chez les professionnels de la psychiatrie. De plus, les données recueillies au cours de cette étude pourront être directement utilisées par les établissements participants en vue d'évaluer les RPS dans chacun de leurs secteurs.

**Mots-clés :** risques psychosociaux ; psychiatrie ; pratiques de soins ; organisation des soins

---

## Session 4

### Valorisation des données médico-administratives

---

**Laboratoire Kashmir et données de santé : comment passer sa thèse en conformité avec le RGPD ?**

**M. Riant<sup>1</sup>, M. Germain-Alonso<sup>1</sup>, A. Lansiaux<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Département d'Information Médicale, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

<sup>2</sup>Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

**Introduction.** Le Règlement européen sur la Protection des Données (RGPD) a modifié la législation sur la réutilisation de données dans le cadre de la recherche. Au sein du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL), les demandes de données pouvaient s'adresser au Département d'Information Médicale (DIM), à la Direction du Système d'Information et de l'Organisation (DSIO) ou à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) quand les praticiens ne constituaient pas leurs propres bases de données. Le laboratoire Kashmir, nouveau guichet unique d'accès aux données permet d'accompagner les demandes au niveau réglementaire et technique.

**Méthodes.** Nous illustrons le fonctionnement de Kashmir à l'aide de l'exemple d'une thèse d'exercice de médecine réalisée en dermatologie.

**Résultats.** Il s'agissait d'une étude multicentrique, rétrospective conforme à la Méthodologie de Référence 004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette étude a reçu un avis favorable du Comité Interne d'Éthique de la Recherche. Les patients ont été informés par lettre recommandée avec avis de réception. Le protocole et la notice d'information ont été rédigés par la DRCl. Celle-ci réalisera les statistiques et aidera à la rédaction de la thèse et d'un éventuel article. Le DIM a identifié les patients à inclure et permis l'accès aux données médico-administratives. La DSIO a permis un accès sécurisé à distance au dossier patient informatisé. Une fois l'étude terminée, Kashmir s'assurera de l'archivage de la base de données et de la destruction des copies existantes.

**Conclusion.** La réutilisation des données de santé est un enjeu actuel de la recherche médicale. La sécurité des données des patients nécessite un encadrement de cette réutilisation, mais sans que cela constitue un frein à la recherche. Kashmir réunit les compétences qui permettent de progresser dans cette voie.

**Mots-clés :** réutilisation de données ; RGPD ; thèse d'exercice

### **Parcours des patients en insuffisance rénale chronique terminale dans les deux années précédant le début du traitement de suppléance par dialyse**

**A. Jousset<sup>1</sup>, M. Le Trionnaire<sup>1</sup>, S. Matz<sup>1</sup>, T. Plagnieux<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>DRSM des Hauts-de-France

**Introduction.** Il existe en France d'importantes variations régionales de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée ainsi que de sa modalité de prise en charge. Dans les Hauts-de-France, en 2017, l'incidence standardisée de l'IRCT traitée était supérieure à l'incidence nationale. L'étude visait à décrire le parcours de soins dans les deux années précédant le début de la dialyse des patients en IRCT des Hauts-de-France.

**Méthodes.** Le parcours des assurés du régime général en IRCT débutant une dialyse en 2017 a été décrit à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). La méthode a été élaborée par la direction régionale du service médical Hauts-de-France et le service de néphrologie du CHU de Lille, en s'appuyant sur la cartographie des pathologies et des dépenses de l'assurance maladie.

**Résultats.** 1016 patients du régime général ont été inclus, dont 60% d'hommes. L'âge médian était de 71 ans. Le nombre de consultations médian dans les deux années précédant la dialyse était de 19 chez le médecin généraliste et de 3 chez le néphrologue. Le nombre médian de journées d'hospitalisation était de 10 jours. 26% des patients ont eu un dosage de protéinurie dans les deux ans avant l'initiation de la dialyse et 23% patients ont eu un dosage de créatininémie le mois précédant la première dialyse. 9% des patients ont été admis en réanimation le mois précédant le début de la dialyse. 40% des patients ont commencé la dialyse avec une fistule artériovoineuse.

**Conclusion.** Les résultats retrouvés sont cohérents avec les données du registre REIN en ce qui concerne le nombre de cas. Une partie du parcours médical des patients a pu être retracée. Des analyses complémentaires mériteraient d'être poursuivies afin d'envisager des actions auprès des professionnels de santé pour optimiser les parcours de soins.

**Mots-clés :** insuffisance rénale chronique terminale ; parcours de soin ; assurance maladie ; Hauts-de-France ; SNDS

### **Étude des réseaux de soins empiriques en oncologie digestive dans le Nord-Pas-de-Calais**

**L. Rousselet<sup>1</sup>, M. Germain-Alonso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>GHICL, Lille, France

**Introduction.** Depuis 2009, l'Etat a renforcé les incitations à la coopération entre hôpitaux, par la création des Communautés Hospitalières de Territoire puis des Groupements Hospitaliers de Territoire, devenus obligatoires pour les établissements publics. En parallèle, les établissements privés à but lucratif ont connu un mouvement de concentration autour de quelques groupes. Par ailleurs, le plan Ma Santé 2022 a introduit la notion de financement au parcours de soin, qui pourra être partagé entre plusieurs hôpitaux pour un même patient. La connaissance des réseaux informels de partage de patients entre établissements devient donc stratégique pour la constitution de filières de soins. L'objectif de cette étude était d'identifier les réseaux empiriques de partage de patients entre établissements de soin en oncologie digestive.

**Méthodes.** La source de données était la base nationale du Programme de Médicalisation du Système d'Information pour le champ Médecine Chirurgie Obstétrique. Les patients étaient inclus s'ils avaient subi, au cours de l'année 2017, une chirurgie pour cancer digestif répondant aux critères établis par la Haute Autorité de Santé pour les seuils d'activité. Puis un graphe biparti reliant les patients aux établissements était établi à partir de l'ensemble des hospitalisations dans le Nord-Pas-de-Calais des patients inclus, quel que soit leur motif. Le graphe biparti était ensuite projeté en un graphe simple d'établissements, un arc n'étant créé entre 2 hôpitaux qu'à partir de 3 patients partagés. L'algorithme *fast greedy modularity optimization* a été utilisé pour identifier des communautés dans le graphe.

**Résultats.** Au total, 3653 patients correspondaient aux critères d'inclusion, dont 1936 avaient fréquenté plusieurs hôpitaux. 77 établissements étaient concernés, dont 64 étaient liés à un autre hôpital, pour un total de 558 relations. 8 communautés étaient identifiées.

**Conclusion.** Les méthodes issues de la théorie des graphes apportent un complément utile aux méthodes statistiques classiques pour l'étude des réseaux de soins.

**Mots-clés :** réseau de soins ; cancer ; théorie des graphes