



# Analyse de l'activité hospitalière de 2024

*EPSM Sud Bretagne J.M.Charcot*

*Rapport de Stage*

**Romane Lequeux**

Sous la direction de :

**Bénédicte LE BOUFFOS** - Analyste de données médicales

**Elisabeth LE SAUX WIEDERHOLD** - Maître de conférence en informatique

Année universitaire 2024-2025

Université Bretagne Sud

Institut Universitaire et Technologique de Vannes

Département Science des Données



# REMERCIEMENTS

Ce rapport ne serait pas complet sans adresser mes remerciements à celles et ceux qui ont joué un rôle essentiel dans le bon déroulement de mon stage.

Tout d’abord, je tiens à remercier l’EPSM Jean Martin Charcot et à sa directrice Ophélie Renouard de m’avoir accueilli au sein de son établissement.

Je souhaite adresser des remerciements tout particuliers au service du DIM (Département d’Information Médicale), qui m’a accueilli dans ses bureaux avec beaucoup de bienveillance. Grâce à eux, j’ai eu l’opportunité de mettre en pratique les compétences acquises durant ma formation sur de nombreux sujets liés aux rapports d’activité.

Merci au **Docteur Yoann MALLET**, médecin DIM en charge du groupement hospitalier, pour son expertise précieuse sur la psychiatrie et sa bienveillance constante.

Merci également à **Bénédicte LE BOUFFOS MANSALIER**, analyste de données médicales et maître de stage, qui m’a permis de découvrir le fonctionnement du DIM et les spécificités des données dans le secteur de la psychiatrie. Je la remercie sincèrement pour la confiance qu’elle m’a accordée dans mes missions, pour m’avoir laissé une grande autonomie, ainsi que pour son tutorat attentif et ses conseils tout au long de ce stage.

Un grand merci à toute l’équipe du DIM, notamment **Audrey VERGNAUD** et **Bastien COADIC**, qui ont été présents durant une partie de mon stage et ont su être à l’écoute lorsque j’en avais besoin.

J’adresse également mes remerciements à ma tutrice enseignante, **Madame LE SAUX WIEDERHOLD**, pour sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ces trois mois.

Enfin, merci à **l’IUT de Vannes** pour cette opportunité de stage, ainsi qu’à l’équipe pédagogique pour la qualité de ses enseignements, qui m’ont permis de vivre cette expérience enrichissante.

## LISTE DES SIGLES

ARS : Agence Régionale de Santé

AMB : Ambulatoire

BO : Business Object

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRO : Le Dispositif de Régulation et d'Orientation

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HDJ : Hôpital de jour

PPSA : Pôle Psychiatrie du Sujet Agé

PPEA : Pôle Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

PPA : Pôle Psychiatrie de l'adulte

REHAB : Réhabilitation Psychosociale

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisés en Psychiatrie

SAUCL : Secteur Adulte Urgence Crise Liaison

TC : Temps Complet

TP : Temps Partiel

# SOMMAIRE

Introduction

## 1. Contexte et environnement du stage

1.1 Présentation de L'EPSM Sud Bretagne

1.2 Le Département d'Information Médicale (DIM)

1.3 Objectifs de mon stage

## 2. Projets clés

2.1 Intégrer des données issues de systèmes d'informations différents

2.2 Réorganiser le rapport synthétique du pôle adulte

2.3 Bilan des projets clés

## 3. Activités transversales et missions quotidiennes

3.1 Rapports complets et demandes ponctuelles

3.2 Analyse des activités transversales

Conclusion

# INTRODUCTION

À l'heure où les établissements de santé s'appuient de plus en plus sur l'exploitation des données pour évaluer, planifier et piloter leur activité, l'analyse médicale et statistique prend une dimension stratégique. Les données ne sont plus seulement un reflet de l'activité : elles deviennent un levier de compréhension, d'anticipation et d'aide à la décision. Cette dynamique est particulièrement significative dans le champ de la santé mentale, où les parcours de soins sont souvent complexes, les prises en charge plurielles, et les indicateurs d'activité plus difficiles à standardiser. En psychiatrie, les données permettent non seulement de quantifier l'activité, mais aussi de mieux cerner les évolutions de population, les pratiques professionnelles et les besoins en termes de ressources. C'est dans ce contexte que mon stage, réalisé au sein du Département d'Information Médicale (DIM) de l'EPSM de Caudan, m'a offert une immersion concrète au cœur de ces enjeux, à travers une mission à la fois technique et analytique : la création des rapports d'activité hospitalière pour l'année 2024.

Ce stage de trois mois s'est inscrit dans une période particulière pour l'établissement. D'une part, il intervenait à un moment charnière de transition logicielle, notamment pour le pôle enfant-adolescent, scindé en 2024 entre deux bases de données distinctes. D'autre part, il coïncidait avec une réorganisation structurelle du pôle adulte, marquée par la fusion de deux anciens pôles historiquement distincts. Ces deux éléments ont constitué autant de défis techniques que de problématiques de cohérence et de comparabilité des données dans le temps.

Dans ce cadre, mes missions se sont articulées autour de deux axes principaux. Le premier a consisté à produire des rapports synthétiques pour les différents pôles de l'hôpital, documents qui visent à restituer l'activité de l'année écoulée de manière condensée, visuelle et intelligible pour les cadres de santé, les médecins, et les directions concernées. J'ai également produit des rapports complets pour les unités de chaque pôle, ces rapports, étant destinés à la communication interne, sont plus détaillés que les synthétiques et permettent ainsi une analyse plus complète des différentes activités. Ces deux types de rapports distincts

m'ont amenée à analyser une volumétrie importante de données, à travailler avec plusieurs outils (SQL Developer, Access, Excel) et à faire face à des difficultés concrètes.

Le second axe, plus transversal, concernait les demandes ponctuelles émanant des différents services de l'établissement : extractions de données spécifiques, indicateurs ciblés, ou réponses à des sollicitations administratives nécessitant un traitement rapide et rigoureux.

Ce rapport de stage cherche à rendre compte du cheminement intellectuel et technique que chaque mission a exigé et de l'évolution progressive de ma posture entre observation, exécution, et prise d'initiative. À travers l'analyse de défis majeurs puis la présentation d'autres missions complémentaires, il met en lumière les exigences techniques et méthodologiques pour donner du sens aux données.

Au-delà des compétences informatiques et analytiques mobilisées, ce stage m'a permis d'appréhender la réalité d'un établissement de santé mentale dans son fonctionnement quotidien, ses contraintes et ses exigences de reporting. Il m'a également permis de mieux comprendre l'importance d'un travail rigoureux, reproductible et compréhensible, dans un environnement où chaque chiffre peut influencer une décision, un budget, ou un projet de soins.







Dans chacun de ces pôles, les patients peuvent être pris en charge selon différents modes, en fonction de leur état de santé et de leurs besoins. La prise en charge en ambulatoire qui est la plus légère, permet aux patients d'être suivis sans hospitalisation, généralement dans des structures comme les CMP (Centres médico-Psychologiques) ou lors de visites à domicile. Elle vise à maintenir l'autonomie au quotidien et joue un rôle clé dans la prévention des rechutes. À un niveau d'intensité intermédiaire, la prise en charge en temps partiel (hôpital de jour ou de nuit) s'adresse à des patients qui nécessitent un suivi rapproché mais peuvent conserver leur lieu de vie. Elle favorise la réinsertion, le maintien du lien social et la continuité des soins. Enfin, la prise en charge à temps complet regroupe l'hospitalisation classique en unité, indispensable lors des épisodes aigus, et les appartements thérapeutiques, qui offrent un hébergement encadré à des patients stabilisés, dans une logique d'autonomisation et de réinsertion progressive.

Chaque unité de soins est placée sous la responsabilité d'un médecin, entouré d'équipes pluridisciplinaires composées d'infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés, aides-soignants... Ces équipes mettent en œuvre des projets de soins individualisés, visant à garantir la meilleure qualité de vie possible aux patients. Les types de soins recouvrent un éventail large allant de la psychothérapie à la thérapie médicamenteuse, en passant par la réinsertion sociale ou encore la prévention.

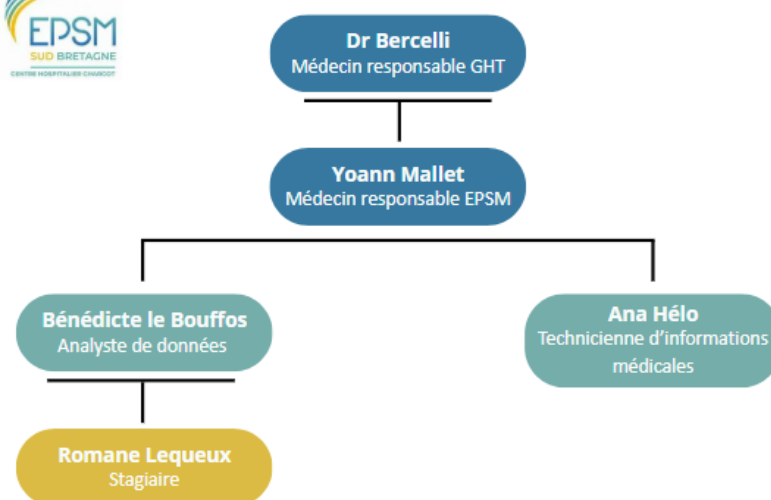
Depuis plus d'une décennie, l'établissement connaît une augmentation continue de son activité. Entre 2011 et 2024, le nombre de patients est passé de 9 362 à 12 283, soit une hausse de 31 %. Cette évolution incite l'EPSM à porter une attention croissante à l'analyse de son activité et à l'évolution des profils des patients.

## **1.2 Le Département d'Information Médicale (DIM)**

Mon stage s'est déroulé au sein du Département d'Information Médicale (DIM). Ce service est dirigé par le Dr Yoann Mallet, médecin responsable, en collaboration avec Madame Bénédicte Le Bouffos, analyste de données et ma tutrice de stage.



## Organisation du DIM EPSM



*(Cf. organigramme complet de l'EPSM en Annexe 1)*

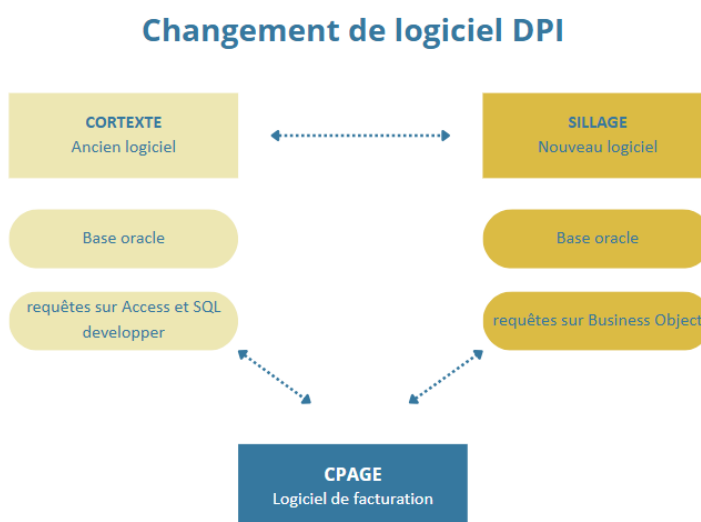
Le DIM est chargé d'assurer la qualité, l'exhaustivité et la confidentialité des données médicales recueillies dans l'établissement. Il répond aux demandes internes (direction, pôles, unités) comme externes (ARS, Assurance Maladie, tutelle) en transmettant les indicateurs nécessaires au pilotage stratégique et financier. Le rôle du DIM est crucial, car les données qu'il traite conditionnent notamment une partie de l'enveloppe budgétaire attribuée à l'établissement.

Chaque année, ce service procède à l'extraction et à l'analyse des données d'activité renseignées par les professionnels de santé tout au long de l'année. Ce travail aboutit à la production de rapports destinés à restituer une vision claire de l'évolution de l'activité hospitalière. Ces rapports sont transmis aux pôles et aux unités de soins, avec pour objectif de rendre compte des tendances (hausse, baisse, stabilité) et de fournir des indicateurs clés. Leur format doit allier rigueur analytique et lisibilité, avec un soin particulier porté à la présentation graphique des résultats.

### 1.3 Objectifs de mon stage

En tant qu'analyste stagiaire intégrée au sein du Département d'Information Médicale, mon rôle a été défini dès le départ comme un appui opérationnel sur plusieurs volets. Le contexte était particulier : l'équipe faisait face à une charge importante, notamment liée à la période des bilans d'activité et les changements multiples, et il était important que je puisse rapidement devenir une ressource autonome.

L'une des premières priorités qui m'a été confiée a été la constitution d'un jeu de données complet et exploitable incluant le pôle Enfant qui venait de migrer vers un nouveau système d'information (Sillage). Cette situation impliquait de travailler avec deux sources hétérogènes : les anciennes données issues du logiciel Cortexte extraites via Access et les nouvelles données extraites du logiciel Sillage via Business Object.



J'ai donc dû adapter mes méthodes pour garantir la fiabilité et la cohérence des données analysées, malgré la complexité technique de cette transition. Une attention particulière a été portée à la veille permanente sur la qualité des données : repérage des doublons, vérification des libellés, suivi des anomalies de saisie... Autant d'étapes cruciales pour produire des analyses fiables et utiles.

Dans le prolongement de cette première mission, j'ai rédigé les rapports d'activité 2024, à destination des pôles cliniques. Ces documents ont vocation à synthétiser l'activité annuelle de chaque unité, en apportant à la fois des données quantitatives (nombre de patients, actes, durées de séjour...), des données qualitatives (origine géographique, diagnostics...) et une lecture analytique des évolutions. L'objectif était de produire des documents à la fois clairs, synthétiques et visuellement lisibles, destinés à alimenter les réunions de bilan, les communications internes ou les argumentaires décisionnels.

Parallèlement à cette production récurrente, j'ai aussi été mobilisée sur des demandes spécifiques formulées par des médecins, cadres ou responsables d'unités. Ces requêtes ponctuelles

portaient par exemple sur la fréquentation de certains dispositifs, le profil d'une population cible, ou la comparaison d'activité entre deux périodes. Cela m'a amenée à jongler entre les outils à ma disposition, à construire des requêtes sur mesure, et à restituer les résultats de manière adaptée aux besoins exprimés.

## 2. PROJETS CLES

La conception des rapports d'activité pour l'année 2024 ne s'est pas limitée à une simple phase d'extraction et de mise en forme des données. Elle a été jalonnée de difficultés concrètes, tant sur le plan technique que sur le plan organisationnel. Deux défis majeurs ont particulièrement structuré mon stage et mobilisé des compétences différentes. Le premier a été lié à la gestion de la transition logicielle au sein du pôle Enfant. Le second a été la création d'un nouveau rapport pour le pôle adulte suites au regroupement de deux pôles.

### 2.1. Intégrer des données issues de systèmes d'informations différents

#### 2.1.1 Descriptif de la mission

Dans le cadre de mon stage, il m'a été demandé de constituer un jeu de données complet et fiable regroupant l'ensemble des informations nécessaires au suivi du pôle enfant. Cette demande s'inscrivait dans le contexte de transition entre deux logiciels métiers, rendant le regroupement des données plus complexe. Ma mission consistait ainsi à rassembler les données de l'année 2024 en vue de la rédaction des rapports du pôle enfant, et à initier les premières étapes d'analyse. L'objectif était de permettre une lecture des données 2024 comparable aux années précédentes, tout en effectuant une première expérience concrète de regroupement de données issues de deux logiciels différents au sein du département.

#### 2.1.2 Données et outils

Pour mener à bien cette mission, il a fallu utiliser le logiciel Business Object (BO) pour l'extraction des données. BO fonctionne avec un système d'univers. Dans chacun de ces univers, il y a des tables intermédiaires qui sont liées entre elles. Dans ces tables, on retrouve les tables brutes qui proviennent d'une copie des données brutes d'Oracle et qui contiennent finalement les champs analysables par BO.

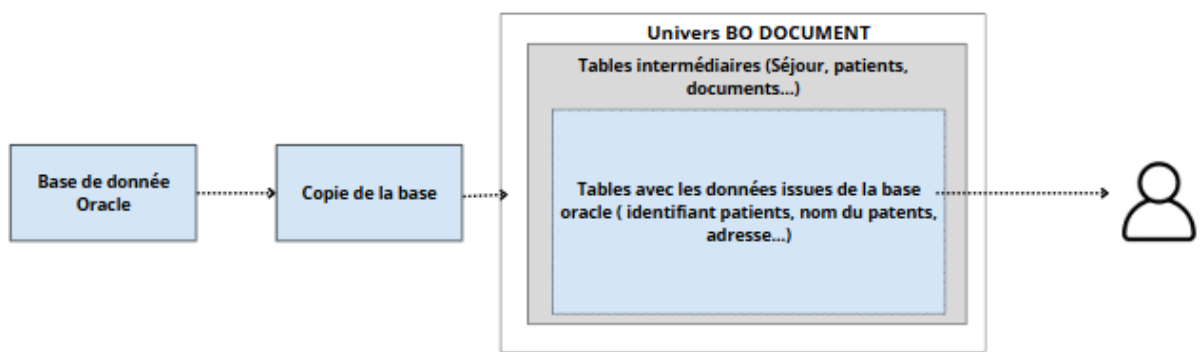


Figure 2 : Schéma du fonctionnement du logiciel BO

Cette couche d'abstraction permet aux utilisateurs d'accéder aux données sans altérer ou ralentir la base de production, mais elle limite aussi la flexibilité des analyses : les paramètres et champs des univers ne peuvent pas être modifiés localement, ce qui implique de passer par l'hôpital de Lorient ou l'éditeur pour toute demande d'ajustement ou de mise à jour. Cette rigidité a rapidement posé des problèmes pour accéder à certaines données spécifiques, introuvables ou inexploitable dans BO.

Avant même d'intégrer les données de 2024, une base Access structurée existait déjà au sein du DIM. Elle regroupait les informations historiques des années précédentes, organisées en plusieurs tables principales, sur lesquelles allaient s'appuyer mes analyses :

**Table des actes ambulatoires (Actes\_2024)** : elle recensait l'ensemble des actes réalisés en psychiatrie de secteur, unité par unité, avec une granularité très fine (plus de 160 000 lignes pour l'année 2024 à elle seule). (Cf. *Dictionnaire des données de la table en Annexe 2*)

**Table des patients (info\_pat\_pole)** : elle regroupait les identifiants, dates de naissance, codes anonymisés et autres métadonnées concernant les plus de 12 000 patients ayant eu un contact avec l'établissement au cours de l'année. (Cf. *Dictionnaire des données de la table des patients en Annexe 3*)

**Table des séjours à temps complet (Séjours\_TempsComplet)** : incluait les dates de début et de fin, l'unité d'hospitalisation, ainsi que les jours de présence/absence du patient, utiles pour calculer les durées effectives. Elle contient 2110 lignes qui constitue chacune un séjour dans une unité et 20 variables. (Cf. *Dictionnaire des données de la table des séjours en temps complet en Annexe 4*)

- **Table des hospitalisations à temps partiel** (Séjours\_TempsPartiel): similaire, mais dédiée aux prises en charge en hôpital de jour ou de nuit, très fréquentes chez les enfants. Elle contient 1048 séjours et 14 variables. (Cf. *Dictionnaire des données de la table des séjours en temps partiel en Annexe 5*)

Ces tables ont formé l’ossature sur laquelle j’ai ensuite intégré les données issues de de la fin d’année 2024 (du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre), en m’assurant de préserver la cohérence avec les structures antérieures.

Pour venir intégrer mes données manquantes, j’ai travaillé à partir des extractions de Bénédicte sur BO sous le format de fichiers Excel. J’avais 3 fichiers, un contenant les actes (18 colonnes et 19009 lignes), un contenant les séjours en temps complet et un dernier avec les séjours en temps partiel.

#### 2.1.2.1. *Intégration des données des actes ambulatoires*

Une fois le fichier des actes récupéré, le traitement des données a d’abord nécessité un important travail de nettoyage. Les fichiers extraits ne respectaient pas la même structure que celle des tables historiques d’Access.

##### **Extrait Actes 2024 sur BO :**

IPP	Nom du patient	Prénom du patient	Date de Naissance du patient
000007780006	NOM	PRENOM	06/06/2018
000007780006	NOM	PRENOM	06/06/2018
000007780006	NOM	PRENOM	06/06/2018

*Tableau 1: Extrait de la table des actes sur BO*

##### **Extrait Actes 2024 sur Access :**

IPP_PATIENTS	P4	NOMPrenom	ALIAS	D_NAISS
7780006	10782213	NOM Prenom		06/06/2018
7780006	10782213	NOM Prenom		06/06/2018
7780006	10782213	NOM Prenom		06/06/2018

*Tableau 2 : Extrait de la table des actes sur Acces*



On remarque ainsi les différents changements qui ont du être opérés pour obtenir une table finale complète. Voici des détails sur quelques opérations qui ont été mises en place :

IPP_PATIENTS		IPP_PATIENTS
000007780006		7780006
000007780006		7780006
000007780006		7780006

Renommage du champs et  
changement du format

Nom du patient	Prénom du patient		NOMPRENOM
NOM	PRENOM		NOM Prénom
NOM	PRENOM		NOM Prénom
NOM	PRENOM		NOM Prénom

Renommage du champs,  
concaténation et modification  
de la casse

Excel a été particulièrement utile dans cette phase de nettoyage, car il permettait une manipulation manuelle souple tout en gardant une traçabilité des modifications.

Une fois le fichier des actes préparé, je l'ai importé dans Access, où j'ai conçu des requêtes pour fusionner les nouvelles données avec l'ancienne table. Cette étape m'a demandé une attention particulière, notamment pour éviter les doublons, corriger les erreurs de saisie, et m'assurer de la cohérence entre les différents jeux de données. Certaines incohérences ont pu être identifiées comme des actes saisis sur les mauvaises unités et ont ainsi pu être corrigés.

#### 2.1.2.2. Intégration des données des séjours en temps complet et en temps partiel

Pour la table du temps partiel, les séjours en cours au moment de la transition entre les deux logiciels ont été clôturés dans Cortexte, puis rouverts dans Sillage. Pour compléter ma table, j'ai donc intégré les séjours issus de Sillage à la table initialement construite sur Access à partir de Cortexte. Cela a nécessité un travail de nettoyage préalable, similaire à celui effectué pour la table des actes : harmonisation des noms de variables, ajustement des formats de champs, et contrôle des valeurs manquantes ou incohérentes. Une fois ces opérations réalisées, j'ai pu ajouter les séjours manquants sans rupture de structure. J'ai conclu le processus en faisant des vérifications ciblées : recherche de doublons, cohérence des dates, et validation des résultats de la jointure, afin de garantir la qualité et l'exactitude de ma table finale.

Pour le temps complet, la mission était un peu différente. En effet, je n’ai pas eu besoin de traiter ou nettoyer les données sur Excel car les séjours étaient déjà tous présent dans ma table Access. En effet, grâce aux liens entre les deux logiciels, les séjours ouverts dans sillage ont également été ouverts dans Cortexte. Malgré tout, j’ai dû effectuer un travail de vérification pour chaque patient ayant eu un séjour pendant la période de transition (on parle alors de 17 patients et 63 séjours fragmentées).

Prénom du patient	Date de naissance du patient	IEP	Date de début du séjour	Date de fin du séjour	debut de passage rcd	fin de passage rcd	durée séjour	absence	durée séjour (1)
PRENOM	04/01/2008	000866810	15/11/2024	28/11/2024	15/11/2024	18/11/2024	3	0	3
LOUISE	04/01/2008	000866810	15/11/2024	28/11/2024	18/11/2024	28/11/2024	10	4	6

Tableau 3 : Exemple d'un séjour fragmenté en deux dans l'extraction de BO

PRENOM_PATIENTS	NUM_SEJOUR	DD_SEJ_REELLE	DF_SEJ_REELLE	DD_SEJ	DF_SEJ	NB_J_PERM	NBJ_PRES
PRENOM	866810	15/11/2024	28/11/2024	15/11/2024	28/11/2024	4	9

Tableau 4 : Séjour fragmenté après corrections dans la base Access

Pour chacun d’entre eux, je vérifiais et modifiais si besoin la date de début et de fin de séjour, le nombre de jours d’absences et de présences. Ce travail, bien que chronophage, était indispensable car la plupart des indicateurs statistiques (durée moyenne de séjour, volume journalier d’occupation) en dépendaient.

### 2.1.4 Résultats et axes d’amélioration

À l’issue de ce long processus de traitement, j’ai pu constituer une base de données complète et cohérente, qui a notamment servi de support à l’élaboration du rapport d’activité synthétique 2024 du pôle enfant. Ce rapport a permis de visualiser l’évolution de l’activité du pôle Enfant à travers des tableaux et des indicateurs clés : volume d’actes, répartition des prises en charge, durées moyennes de séjour, etc.

Toutefois, cette réussite a été obtenue au prix d’un travail important, partiellement automatisé, rendu complexe par la cohabitation de deux logiciels (Sillage et Cortexte), ainsi que par des contraintes techniques liées à BO. L’impossibilité de modifier les univers BO et l’absence d’un accès direct à certaines données ont fortement limité l’automatisation des extractions et l’accès à de nombreuses données. J’ai par exemple fait face à l’impossibilité de calculer un délai entre une

première rencontre et le premier soin car l'accès à ces données n'était pas possible. Ainsi pour l'année 2024, ce délai n'a pu être calculé que sur les 9 premiers mois de l'année.

En vue d'une amélioration, il serait pertinent de développer des requêtes automatisées dans Access en obtenant un accès aux données, permettant de croiser et d'analyser les données en temps réel. Ensuite, il serait utile de concevoir un dictionnaire de correspondance entre les structures des deux logiciels, afin de faciliter les prochaines analyses ou comparaisons.

Enfin, la production de ce rapport m'a permis de mettre en évidence certains effets indirects du changement de logiciel, principalement au niveau de la rédaction des rapports avec des soucis de doublons concernant certaines modalités entre les deux logiciels.

D			
	Démarche	14	0,2%
	Démarche avec déplacement	17	0,2%
	Démarche avec déplacement	19	0,2%
	Démarche sans déplacement	14	0,2%
	Démarche sans déplacement	2	0,0%

Figure 3: Extrait du nombre d'actes par libellés

Par exemple dans le tableau ci-dessus, on remarque que des libellés d'actes n'ont pas été exactement orthographiés de la même manière dans les logiciels. On retrouve dans ce cas 5 actes distincts alors que l'on en attend seulement 3 (Démarche, Démarche avec déplacement, Démarche sans déplacement).

Malgré ces difficultés, ce projet m'a permis de développer des compétences très concrètes en manipulation de données, en vérification de la qualité et en gestion de bases multi-sources. J'ai également pris conscience de l'importance d'une structuration rigoureuse des données, surtout dans un contexte de transition technologique où chaque incohérence peut impacter l'ensemble des analyses. Le rapport montre par ailleurs une hausse de l'activité et du nombre de patients (Tableau n°5), ce qui montre que le changement de logiciel n'a pas eu d'impact majeur sur la saisie globale des équipes du pôle enfant en 2024.

Psychiatrie infanto-juvénile	2022	2023	2024	% 2022-2024
File active infanto-juvénile	2403	2546	<b>2803</b>	16,6
Nouveaux patients	894	994	<b>1054</b>	17,9
Taux de nouveaux patients	37,2%	39,0%	<b>37,6%</b>	0,4 points

Tableau 5 : File active et indicateurs du pôle enfant

Il faudra malgré tout confirmer cette conclusion sur une année entière et rester vigilant sur les efforts de formation afin que les agents continuent à renseigner leurs activités au travers de l’outil Sillage.

## 2.2 Réorganiser le rapport d’activité du pôle adulte

### 2.2.1 Objectifs

En parallèle, la fusion des pôles SAUCL (Secteur Adulte Urgence Crise Liaison) et REHAB (Réhabilitation psychosociale) a bouleversé la structure habituelle du reporting adulte. Mon rôle a été de concevoir un rapport regroupant les unités précédemment réparties, tout en conservant la comparabilité des indicateurs 2023 et 2024. Ce travail s’est inscrit dans une démarche de dialogue constant avec les professionnels du terrain, afin de construire un document qui soit à la fois fidèle à l’activité réelle et utile pour le pilotage du pôle.

### 2.2.2 Développement du rapport complet

La première étape a consisté à discuter par mail avec la cheffe de pôle et les cadres supérieurs de santé afin d’identifier leurs attentes et leur vision du futur rapport. Ces échanges ont permis de définir les priorités médicales et organisationnelles liées à la fusion des deux pôles. Pour bâtir ce nouveau rapport, J’ai ainsi repris les rapports 2023 existants et les extractions 2024, puis j’ai mis à jour mes requêtes Access pour regrouper les unités des deux anciens pôles.

Après la livraison d’une première version, les responsables du pôle ont souligné une difficulté majeure pour l’interprétation des résultats. En effet, pour conserver une forme d’historique, nous avons choisi de présenter séparément les résultats des anciens pôles pour l’année 2023, tout en les regroupant dans les données 2024. Cependant, il devenait difficile de comparer les indicateurs d’une année sur l’autre.

En effet, sur le tableau n°6, extrait de la première version, on a l'impression que la part des patients dans le pôle ayant entre 19 et 69 ans a baissé car le pourcentage est plus bas alors que le nombre de patients lui semble avoir augmenté. Alors que si on regarde le tableau n°7 extrait de la dernière version, on voit qu'en réalité, la part de ces patients est restée la même malgré une hausse du nombre de patients.

#### File active par tranches d'âge

	2023 SAUCL		2023 REHAB		2024	
	Nb patients	%	Nb patients	%	Nb patients	%
0-15 ans	81	1,1	27	2,1	61	0,7
16-18 ans	146	2,0	36	2,8	163	1,9
19-69 ans	6684	89,5	1166	91,2	7731	89,2
70 ans et plus	561	7,5	49	3,8	708	8,2
Total	7472	100,0	1278	100,0	8863	100,0

Tableau 6 : Répartition de la file active par tranches d'âge du premier rapport

#### File active par tranches d'âge

	2023		2024	
	Nb patients	%	Nb patients	%
0-15 ans	86	1,1	61	0,7
16-18 ans	164	2,0	163	1,9
19-69 ans	7249	89,2	7731	89,2
70 ans et plus	629	7,7	708	8,2
Total	8128	100,0	8663	100,0

Tableau 7 : Répartition de la file active par tranches d'âge du dernier rapport

Dans ce tableau n°7, nous avons calculé la file active globale et la file active par tranche d'âge pour le pôle en 2023, rendant les pourcentages comparables.

Face à cette première analyse, nous avons organisé une revue en présentiel avec le médecin responsable afin d'échanger plus directement sur les ajustements nécessaires et de décider ensemble

des solutions à mettre en œuvre. À l'issue de cette discussion, nous avons décidé de reconstruire le rapport selon un nouveau corps, en fusionnant dès l'année 2023, les unités des deux anciens pôles, afin de rendre les comparaisons interannuelles possibles et plus pertinentes.

J'ai donc créé un nouveau plan de rapport détaillé que j'ai soumis au pôle pour validation afin d'être sur des regroupements d'activités et de me lancer dans une bonne direction. Une fois validé, j'ai pu retraiter l'ensemble des données pour créer des indicateurs sur cette nouvelle base regroupée, à la fois pour 2023 et 2024.

### 2.2.3 Améliorations du rapport

#### 2.2.3.1 Focus sur les patients de plus de 70 ans

Au fil des échanges, de nouveaux besoins sont apparus. Les équipes ont souhaité un focus sur la population des plus de 70 ans, pris en soin sur le pôle adulte par manque de place sur Pôle Psychiatrie du Sujet Agé (PPSA). J'ai donc isolé cette tranche d'âge, calculé pour 2023 et 2024 le nombre d'actes, le volume de séjours à temps partiel et temps complet, et la répartition des jours d'hospitalisation.

Prise en charge des patients de plus de 70 ans	2023	2024
Nb actes	3099	<b>3942</b>
Nb Venues en Temps partiel	392	<b>374</b>
Nb séjours en temps plein	37	<b>30</b>
Nb jours en temps plein	379	<b>437</b>
Nb patients de plus de 70 ans	629	<b>708</b>

Tableau 8 : Répartition des prises en charge des patients de plus de 70 ans sur le pôle adulte

Les chiffres ont révélé une augmentation des patients âgés pris en charge en temps complet, suscitant une réflexion sur l'adéquation des orientations et le manque de place sur le pôle PPSA.

#### 2.2.3.2. Analyse des parcours des patients hospitalisés

Sur la base du rapport partagé avec la médecin responsable, on peut constater une réduction des hospitalisations via les urgences (de 54 % à 49 % entre 2023 et 2024). À la suite de cette constatation, le médecin responsable m'a demandé une analyse complémentaire pour comprendre le parcours des patients en hospitalisation. Le tableau ci-dessous présente les résultats de l'analyse des modes d'entrées « hors urgences » réalisée à partir d'une nouvelle requête dans la base Access.

Mode d'entrée	Nb séjours 2024	% des admissions
Transfert Autre Etab Hosp	86	7,3
Domicile ou Substitut	234	19,8
Equipe mobile Rehab	2	0,2
Etab. Pénitentiaire	21	1,8
Forces de l'Ordre	5	0,4
Via CMP	244	20,7
Via HDJ	7	0,6
Voie publique	3	0,2
<b>Total</b>	<b>602</b>	<b>51,0</b>

Tableau 9 : Provenance des admissions en temps complet hors urgences

Ces résultats ont mis en lumière des pistes d'amélioration et alimenté les discussions stratégiques sur l'organisation des parcours patients.

#### 2.2.4 Bilan et pistes d'amélioration

Ce travail de conception a été particulièrement dense, tant sur le plan technique que méthodologique. Il m'a permis d'appréhender une autre facette de l'analyse de données : celle de la réflexion sur la forme du rapport et sa capacité à répondre aux besoins des professionnels. J'ai compris qu'un bon rapport ne se limite pas à l'exactitude des chiffres : il doit être construit en lien avec les acteurs du terrain, répondre aux attentes stratégiques et enfin offrir une lecture intelligible.

L'un des enseignements majeurs de cette expérience est l'importance de la phase de cadrage : en raison de délais, certaines demandes n'ont pu émerger que tardivement, m'obligeant à modifier plusieurs fois la structure du rapport. Cela a entraîné une charge de travail importante, ce qui a bousculé notre calendrier initial et légèrement repoussé la date de finalisation du rapport comme on peut le voir sur les deux calendriers ci-dessous. J'ai également été confrontée à la fois à l'importance et la difficulté de donner du sens à ces données complexes. Vous trouverez ci-joint le résultat de ce rapport en annexe n° 6

Du 21 Avril au 16 mai	16 mai	Du 26 mai au 2 juin	2 juin
Elaboration des rapports	Envoi aux pôles pour commentaire	Retour des rapports commentés et ajustements	Envoi à la direction

Figure 5 : Calendrier prévisionnel de la production des rapports synthétiques

Du 26 avril au 26 mai	20 mai	Du 29 mai au 4 juin	5 juin
Elaboration des rapports	Envoi aux pôles pour commentaires	Retour des rapports commentés et ajustements	Envoi à la direction

Figure 4 : Calendrier réel de la production des rapports synthétiques

Pour l’avenir, il serait pertinent d’engager ces échanges dès le début de l’année, afin de construire un cadre de rapport plus stable, avec un socle d’indicateurs communs et des ajustements ciblés selon les spécificités de chaque pôle. Une maquette type pourrait ainsi être validée en amont, permettant de concentrer les efforts sur l’analyse plutôt que sur la structure.

## 2.3 BILAN DE CES PROJETS CLES

Ces deux volets illustrent la dualité de mon expérience : d’une part, la maîtrise technique nécessaire pour fiabiliser des données multi-sources, d’autre part, la dimension organisationnelle imposant un dialogue permanent avec les professionnels pour faire évoluer les formats de reporting. En synthèse, ces deux missions m’ont non seulement permis d’acquérir des méthodes robustes pour gérer la complexité des bases multi sources, mais aussi de mesurer l’impact de la présentation et du format des livrables sur la prise de décision. Le succès de ces projets repose autant sur la technicité des traitements que sur la qualité du dialogue avec les professionnels : l’alliance de ces deux dimensions constitue la clé d’un reporting hospitalier performant et pérenne.



## 3. MISSIONS QUOTIDIENNES

### 3.1. Rapports d'activité et demandes ponctuelles

Au sein du Département d'Information Médicale, ma mission ne s'est pas limitée à la réalisation de projets ponctuels, une partie importante de mon stage a également été consacrée à la production de rapports d'activité complets. A côté, j'ai ponctuellement dû répondre aux nombreuses sollicitations de données émanant des médecins et cadres. Cette double casquette, à la fois régulière et réactive, a structuré mon quotidien et m'a permis de déployer une méthodologie solide, alliant rigueur technique et dialogue permanent avec les professionnels.

#### 3.1.1. Objectifs, outils et méthodologie

Dès le début de mon stage, j'ai été chargée de produire les rapports annuels d'activité pour toutes les unités de soins de chaque pôle (plus de 100 unités au total), ce qui m'a rapidement permis de me familiariser avec la structure de l'établissement, les modalités de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, hospitalisation complète), ainsi qu'avec les outils mobilisés au quotidien : Excel, Access et Cortexe.

Ces 5 rapports réalisés s'appuient sur une trame harmonisée, conçue en lien avec les professionnels de terrain. Celle-ci combine les données de l'année en cours avec un historique sur trois années (de 2022 à 2024), afin de mettre en évidence les tendances, les variations d'activité ou les impacts de réorganisations internes. Chaque document est structuré de manière identique : une partie introductive présente les indicateurs généraux, suivie d'analyses détaillées des profils des patients par modalité de prise en charge, illustrées par des tableaux et graphiques.

La génération des rapports s'appuie sur un système semi-automatisé reliant Access et Excel. La base Access, contenant les données consolidées et les requêtes analytiques, est connectée à un classeur Excel structuré par thématiques, où chaque feuille regroupe un ensemble d'indicateurs ou de graphiques utilisés dans le rapport d'activité. Grâce à Power Query, ces feuilles interrogent directement les requêtes Access et se mettent à jour dynamiquement lors de l'actualisation des connexions. Le recours à ce système (déjà en place) évite les copier-coller manuels, réduit les risques d'erreur et facilite la mise à jour rapide des livrables à partir d'une seule base de données.

En parallèle de cette production régulière, j'ai également été sollicitée pour répondre à des demandes ponctuelles émanant de chefs de pôle, de médecins ou de responsables de service. Ces

demandes visaient à extraire des données ciblées : file active d'une unité, nombre de patients selon le nombre de séjours ou encore indicateurs spécifiques.

Ces demandes, bien que ciblées, mobilisaient les mêmes outils que les rapports classiques, parfois complétés par des requêtes construites sur Access. Elles ont constitué un volet important de mon quotidien, et m'ont permis de mieux comprendre les enjeux locaux et les besoins concrets des équipes.

### 3.1.2. Fiabilisation des données

Au-delà de l'analyse, une étape essentielle de mon travail a consisté à vérifier et fiabiliser les données. Cette démarche de validation était indispensable pour garantir la qualité des rapports produits, et plus largement, la confiance que les professionnels pouvaient accorder aux chiffres présentés. La vérification s'est faite à plusieurs niveaux, en combinant des approches techniques, des outils métiers, et l'expertise terrain des professionnels.

Lorsqu'un chiffre semblait incohérent, par exemple, un patient de 80 ans répertorié dans une unité dédiée aux enfants, je mettais en place une série de vérifications. Je commençais par consulter l'identité du patient, les dates et types d'actes associés, puis je retraçais son parcours dans les logiciels comme Cortexte ou Sillage afin d'en comprendre la nature réelle. La majorité de ces anomalies provenaient d'erreurs de saisie (mauvaise unité ou patient). Dans ces cas-là, je pouvais seulement signaler l'incohérence par un commentaire explicite dans le rapport, afin de garantir la transparence de l'analyse.

Par ailleurs, certains indicateurs-clés comme le nombre de patients, d'actes ou de journées d'hospitalisation faisaient l'objet d'un recoupement avec les extractions validées du DIM, notamment celles du RIM-P (Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie) envoyées mensuellement à l'ARS. Lorsque mes résultats étaient inférieurs à ces référentiels, je savais qu'il y avait probablement un oubli, un filtre mal appliqué ou une mauvaise jointure dans mes requêtes.

Enfin, les professionnels de terrain m'ont également aidée à contextualiser certaines variations de données. Par exemple, lorsqu'un pôle montrait une baisse d'activité en hospitalisation, la question d'arrêt de professionnel, de gels de lits ou d'autres circonstances se posait. Ainsi les chefs de pôle ont complété le travail technique en apportant une lecture qualitative des chiffres.

Ces méthodes croisées de vérification m'ont permis non seulement de sécuriser les résultats transmis, mais aussi de développer une vigilance analytique indispensable dans tout travail lié aux données.

### 3.1.3. Trame des rapports

Chaque rapport est divisé par type de prise en charge et d'unités de soin. Pour chaque unité, on retrouve généralement une analyse du profil des patients avec l'âge, l'année de prise en charge, le sexe, l'origine géographique et enfin les diagnostics principaux. Ensuite en fonction de la prise en charge, les indicateurs diffèrent afin de pouvoir représenter au mieux chaque activité.

#### **Indicateurs pour l'ambulatoire :**

- Nombre total d'actes
- Répartition selon le type d'acte (entretien, activité de groupe, démarches)
- Répartition selon le libellé d'acte
- Profession de l'intervenant
- Lieu de l'acte (CMP, domicile, CATTP...)
- Répartition du nombre de patients par tranche d'actes

Ces analyses permettent d'avoir une vue globale de l'activité en général mais aussi d'identifier des tendances dans le type d'actes les plus pratiqués ou les unités qui ont des patients ayant besoin de plus ou moins de soins. On peut également voir les intervenants les plus présents et les actes qu'ils pratiquent le plus.

#### **Indicateurs pour le Temps Complet (hospitalisation) :**

- Le nombre de journées
- Le nombre de lits
- Le nombre de patient en isolement\*
- Le nombre de journées en isolement
- La durée moyenne d'hospitalisation / de séjour

$$DMH = Nb \text{ de jours} / Nb \text{ de patient}$$

$$DMS = Nb \text{ de jours} / Nb \text{ de séjours}$$

- Taux d'occupation
- Le nombre de patient vu exclusivement en plein temps
- Nombre de places et de durée de séjour (pour les appartements thérapeutiques et autre alternatives)

\*Trois unités ont des chambres d'isolement, il est donc possible qu'un patient d'une unité soit mis en isolement sur d'autres unités.

#### **Indicateurs pour le Temps Partiel :**

Les venues à temps partiel correspondent à une hospitalisation à la journée, à la demi-journée ou à la nuit. Ces venues sont des moments pour les patients où ils peuvent participer à des activités ou recevoir des soins. Depuis 2023, les hôpitaux de jours (HDJ) sont autorisés à saisir des actes afin de mieux décrire les activités réalisées.

- Répartition des journées de prise en charge (en journées et demi-journées)
- Nombre d'actes sur l'HDJ +3h
- Nombre d'actes sur l'HDJ -3h\*
- Analyse des actes comme en ambulatoire
- Nombre de place et Durée de séjour

\*Actes pendant les venues de moins de 3h saisies sur des unités R-HDJ créées pour ces actes

### **3.1.4. Apports de cette mission**

La production régulière de rapports m'a permis d'acquérir une vraie méthodologie de travail : rigueur dans la structuration de l'information, précision dans le traitement des données, clarté dans la restitution. J'ai également appris à tenir compte des attentes implicites des lecteurs, qu'ils soient médecins, cadres ou infirmiers, afin d'adapter au mieux la forme et le fond des documents produits. Travailler à partir d'une trame commune m'a aidée à gagner en efficacité, tout en respectant une certaine cohérence dans la lecture et la comparaison des données.

Les demandes ponctuelles ont, quant à elles, représenté une dimension plus dynamique et stimulante du stage. Elles exigeaient une certaine réactivité, mais aussi une capacité à bien cerner l'objectif visé derrière chaque sollicitation. Comprendre pourquoi une donnée est demandée, dans quel cadre elle sera utilisée, m'a obligée à ne pas rester dans une posture purement technique. Il fallait

souvent reformuler le besoin, proposer une mise en forme lisible et contextualisée. Ces échanges m'ont aussi permis d'échanger avec les professionnels, et de mieux appréhender leurs logiques de travail.

## 3.2 Activités transversales et extérieures

Outre le suivi des soins psychiatriques, le DIM assure aussi le suivi de fonctions « support » essentielles : plateau médico-technique, assistantes sociales et Dispositif de Régulation et d'Orientation (DRO). Contrairement aux soins directement réalisés auprès des patients, ces activités relèvent souvent de dimensions d'accompagnement, de coordination ou de soutien, et ne sont pas toujours saisies selon des standards homogènes. L'objectif était donc de produire, en lien avec les professionnels concernés, des analyses sur mesure pour décrire leur activité, identifier des tendances et fournir des éléments utiles à la réflexion organisationnelle ou stratégique.

### 3.2.1. Plateau médico-technique

Le plateau médico-technique regroupe les actes somatiques — EEG, ECG, radiologie, soins dentaires, pédicurie — réalisés aussi bien auprès des patients hospitalisés qu'en ambulatoire, voire dans certains cas auprès du personnel. Dans l'organisation institutionnelle de l'EPSM, ces activités relèvent d'un même pôle, qui intègre également d'autres activités spécifiques, telles que les consultations de médecine générale, la diététique ou encore la kinésithérapie.

Pour analyser ces activités, j'ai dû recenser les modalités de saisie, qui variaient fortement selon la nature de la prestation. Certaines données étaient issues de prescriptions médicales, d'autres de consultations formalisées dans des questionnaires ou simplement d'observations libres sous forme de commentaires. Cette diversité a rendu indispensable une exploration fine des tables accessibles sur SQL Developer. Une partie importante de mon travail a ainsi porté sur la compréhension de l'architecture relationnelle de la base de données : identifier les bonnes jointures, comprendre les logiques de saisie propres à chaque service, et décoder des requêtes parfois complexes. Cela m'a demandé non seulement d'ajuster certaines requêtes existantes, mais aussi de repenser leur structuration pour fiabiliser les résultats. Cette étape a été essentielle pour exploiter et interpréter les données de manière pertinente.

Les requêtes SQL ont été conçues pour extraire les actes par type d'intervention, identifier les patients concernés, regrouper les lignes en fonction des dates, et surtout croiser les sources pour éviter

les doublons. Un autre aspect important de l’analyse a concerné l’identification des prestations internes destinées aux agents. Bien que quantitativement modestes, ces actes ont été intégrés à l’analyse, afin de produire une vision complète de l’utilisation du plateau médico-technique.

L’analyse a permis de mettre en évidence l’ampleur et la diversité des interventions réalisées au sein du plateau médico-technique.

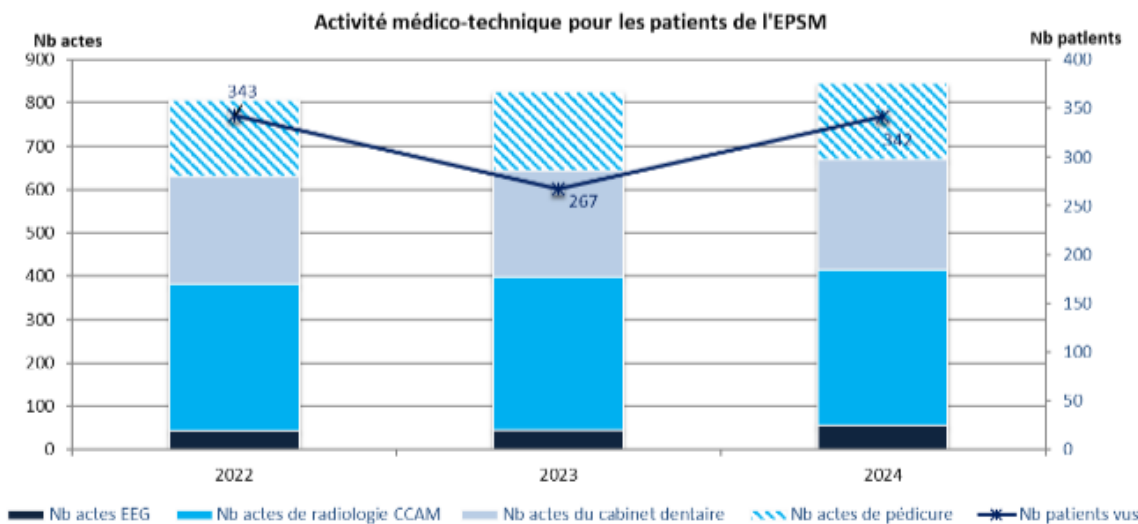


Figure 6 : Diagramme en barres empilées de l'activité du pôle médico-technique

L’activité générale au sein de l’unité médico-technique enregistre une légère augmentation avec les actes de radiologie qui restent prédominants. Après une forte baisse du nombre de patients entre 2022 et 2023 (22%), l’année 2024 met en évidence un nombre de patients identique à 2022.

Certaines spécialités, comme la diététique ou la kinésithérapie, interviennent de manière plus ciblée mais assez régulière :

File active et indicateurs activité diététicienne	2022	2023	2024
File active	337	473	466
Nb prescriptions	439	509	508
Nb actes	152	148	118
Nb observations	816	967	1010
Non honorés	19	59	57

Tableau 10 : : File active et indicateurs de l'activité de kinésithérapie

File active et indicateurs activité kiné	2022	2023	2024
File active	163	168	184
Nb prescriptions	181	182	196
Nb questionnaires « Kinésithérapie »	185	162	207
Nb observations	1039	1022	980

Tableau 11 : File active et indicateurs de l'activité de la diététicienne

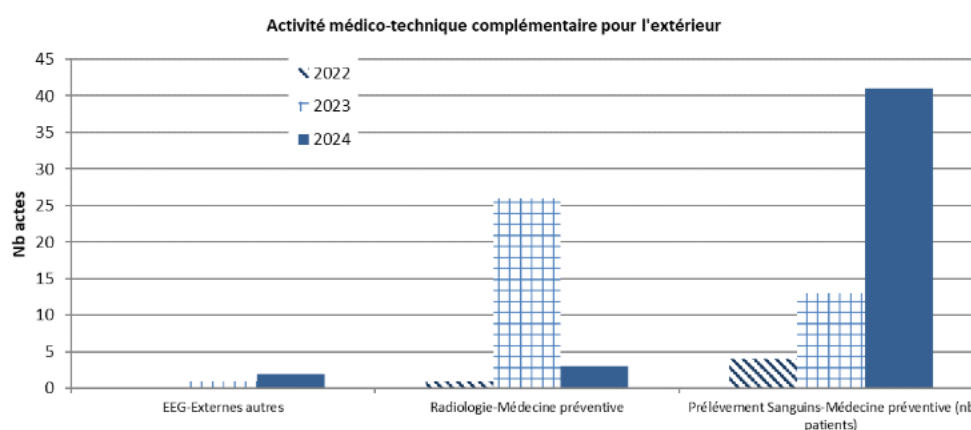


Figure 7 : Histogramme de l'activité complémentaire du pôle médico-technique

Enfin, les quelques prestations internes réalisées pour les agents ont été répertoriées de manière distincte, montrant une sollicitation modérée mais récurrente de ces ressources par le personnel.

### 3.2.2. Assistantes sociales

À l'EPSM, les assistantes sociales jouent un rôle clé dans l'accompagnement des patients au-delà du soin médical, en les aidant à résoudre des difficultés sociales, administratives ou économiques. Leur mission comprend notamment des entretiens individuels, des actions de médiation avec des institutions (CAF, MDPH, bailleurs...), et un suivi administratif souvent essentiel pour sécuriser l'accès aux soins ou à un hébergement.

Le recueil de leur activité repose principalement sur des questionnaires spécifiques, saisis dans le logiciel Cortexte. Deux types principaux de questionnaires structurent cette activité :

- Le questionnaire de premier rendez-vous, qui décrit la situation initiale du patient, le cadre de l'intervention, l'origine de la demande (patient, médecin, famille...), et les premiers besoins identifiés.
- Le questionnaire de suivi social, qui rend compte des démarches concrètement entreprises par l'assistante sociale au fil du temps (logement, aide financière, accompagnement juridique, etc.).

Ces questionnaires utilisent des modalités chiffrées qui décrivent la nature de l'intervention. En plus de ces questionnaires, les assistantes sociales saisissent aussi des actes codés et des observations. Leur activité s'exerce à la fois en intrahospitalier (auprès des patients hospitalisés) et en extra (CMP, dispositifs de réinsertion...), ce qui implique une diversité de contextes, de patients et de modalités de suivi.

L'analyse repose sur l'identification des items les plus fréquentes, le nombre de patients concernés par types de situations, et une répartition des données par unité ou pôle. Ce traitement permet de mettre en lumière les problématiques sociales les plus récurrentes dans les parcours psychiatriques. Une attention particulière est portée à la situation au premier contact, pour mieux comprendre les profils des usagers ayant recours à l'aide sociale.

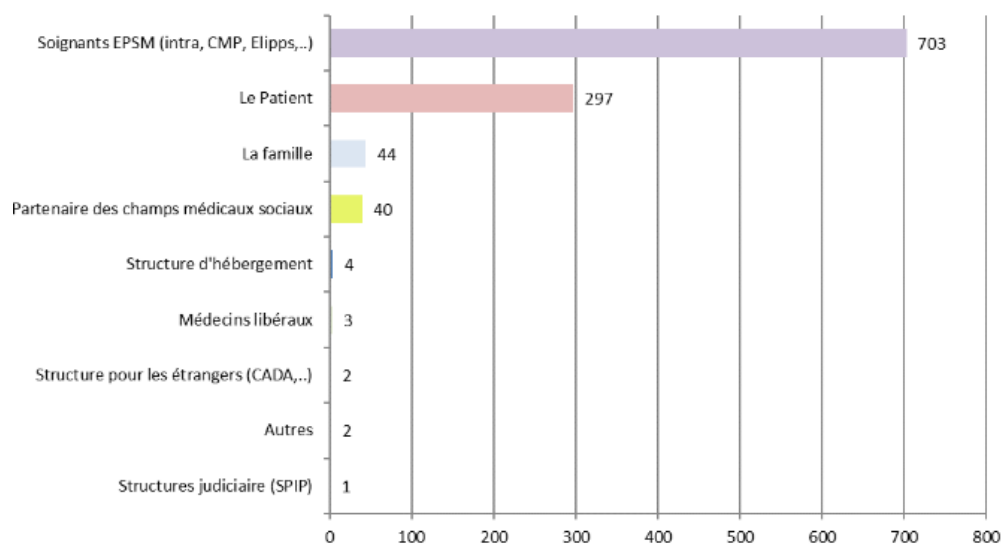


Figure 8 : Nombre de patients selon l'origine de la demande de suivi



Avec ce graphique on voit par exemple que pour plus de 700 patients (soit 64 %) la demande de suivi par une assistante social a été faite par des soignants de l'EPSM.

Situation au 1 <sup>er</sup> entretien...	Nb patients 2022	Nb patients 2023	Nb patients 2024
Difficulté financière : Oui	373	374	359
PASS Besoin d'un interprète :Oui	21	27	23
Relations familiales : Sans/Isolé/difficile	284	265	218
Sans logement	51	47	43
Logement inhabitable : Logement qui n'est plus adapté à la situation de la personne	67	76	75
Logement inhabitable : Fin de PEC Cada	13	12	6
Logement inhabitable : Indécent	3	4	3
Logement inhabitable : Expulsion locative en cours	9	2	4
Logement inhabitable : Insalubre	16	12	8
Logement inhabitable : Incurie	36	32	46
Couverture sociale de base : non	35	42	38
Assurance complémentaire : non	109	110	101
Sans ressource	182	184	170
Insertion professionnelle : Oui (ou en activité)	163	199	164

Tableau 12 : Répartition des patients en fonction de leur situation au premier entretien

Ici l'analyse de la situation au premier rendez-vous montre que beaucoup de patients ont des difficultés financières à la première rencontre ou encore des relations familiales compliquées. Cette analyse permet d'identifier des caractéristiques qui reviennent pour la plupart des patients et qui se retrouvent aussi dans le temps car chaque année on remarque qu'on retrouve plus ou moins les mêmes situations.

### 3.2.3. Le Dispositif de Régulation et d'Orientation (DRO)

Implanté sur le site principal de l'EPSM à Caudan, le Dispositif de Régulation et d'Orientation (DRO) joue un rôle central dans l'organisation des admissions au sein du pôle adulte. Ce service assure une permanence téléphonique en semaine, et constitue un point de passage quasi systématique pour les demandes d'hospitalisation, qu'elles soient programmées ou spontanées.

Le DRO est bien plus qu'un simple accueil téléphonique : il agit comme interface régulatrice entre les partenaires extérieurs (urgences, médecins...) et les unités hospitalières de l'EPSM. Il apporte des informations d'orientation aux patients, aux familles et aux professionnels, tout en s'assurant que l'hospitalisation est possible. En cas de saturation, il coordonne la recherche de solutions alternatives, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Cette fonction de gestion active des demandes suppose une bonne visibilité sur les ressources de l'établissement et sur l'ensemble des circuits de soins.

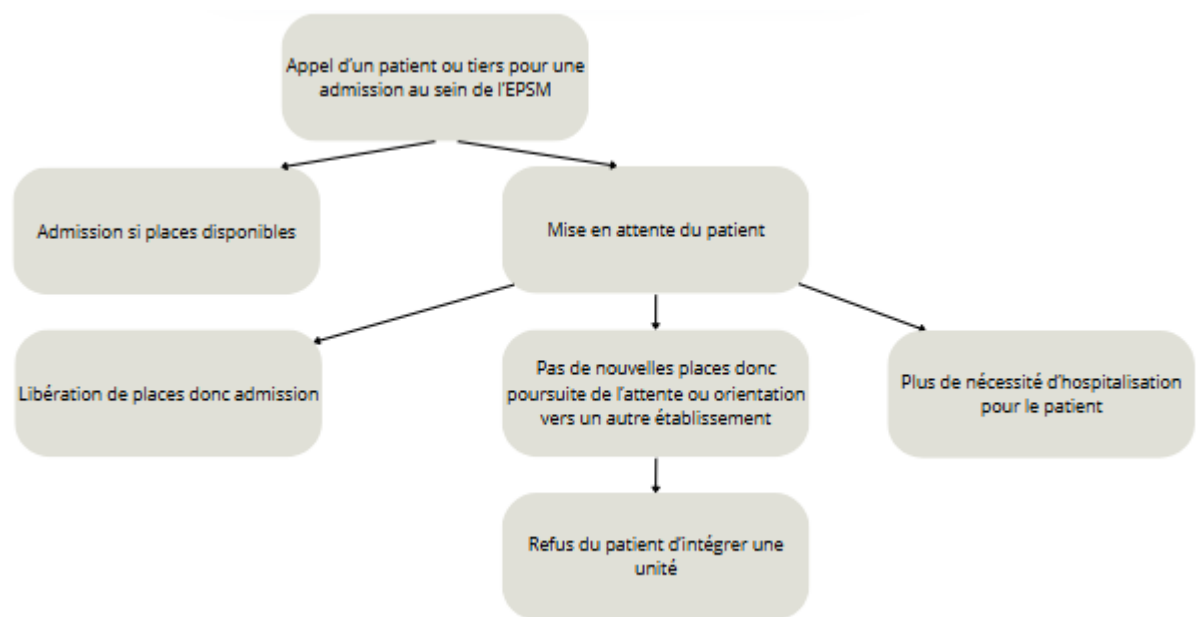


Figure 9 : Schéma du fonctionnement du DRO

Chaque saisie correspond à une situation de demande, encodée à travers un formulaire spécifique. Cette tâche a nécessité un important travail de retraitement. Les parcours n'étaient pas toujours lisibles en l'état, et il a fallu recroiser plusieurs éléments pour parvenir à reconstituer une trajectoire patient cohérente. L'objectif était d'identifier les proportions d'admissions directes, les fréquences de mise en attente, les cas d'orientation hors EPSM, et de mieux cerner l'origine des flux.

L'analyse a permis de mettre en évidence que la majorité des demandes aboutissaient à une hospitalisation (61%), souvent dans l'unité de secteur du patient, tandis qu'une part non négligeable était réorientée vers des structures externes ou vers un suivi en ambulatoire.

Situations gérées par le DRO	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
Admissions directes	668	64,7	686	64,4	783	74,4	784	69,1	<b>678</b>	60,8
En attente puis résolu par le DRO	356	34,5	368	34,6	245	23,3	273	24,1	<b>357</b>	32,1
Autres cas dont pas d'admission	9	0,9	11	1,0	25	2,4	77	6,8	<b>80</b>	7,2
Nb situations gérées	1033	100,0	1065	100,0	1053	100,0	1134	100,0	<b>1115</b>	100,0

Tableau 13 : Répartition des situations gérées par le DRO

Lorsque des patients sont orientés vers d'autres établissement, il est important d'analyser vers lesquels ils sont orientés. En 2024 presque 60% des patients orientés vers d'autres établissement ont été orientés vers Quimperlé.

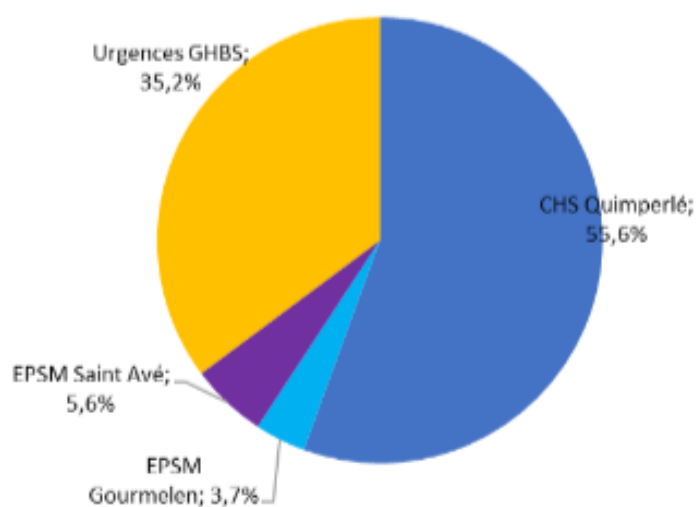


Figure 10 : Répartition des patients orientés vers d'autres établissements

On analyse également les délais d'attente de chaque demande pour une hospitalisation. Ces délais permettent d'évaluer les performances du DRO et constituent un indicateur essentiel pour mesurer la réactivité du dispositif face aux demandes d'admission.

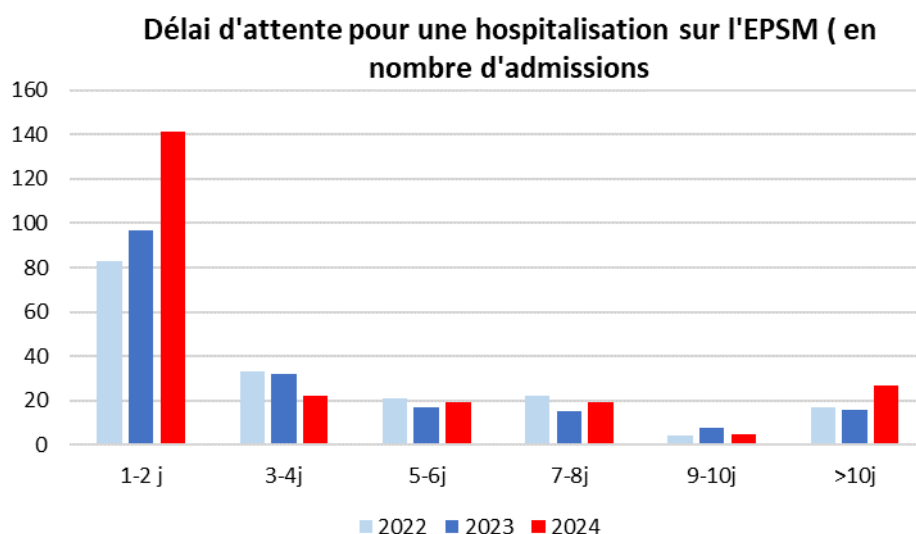


Figure 11 : Répartition du nombre d'admissions en fonction du délai d'attente

Parmi les demandes mises en attente, le graphique montre que plus de 60 % d'entre elles ont été résolu avec une admission en hospitalisation en moins de 48h.

### 3.2.4. Bilan personnel

Cette immersion dans l'analyse des activités transversales et extérieures a constitué pour moi une expérience particulièrement enrichissante. Travailler avec des données hétérogènes, issues de différentes sources et saisies dans des formats variés m'a confrontée aux réalités complexes du traitement de l'information en milieu hospitalier. J'ai également beaucoup gagné en autonomie dans l'utilisation de SQL Developer, en approfondissant la conception de requêtes complexes, leur adaptation et optimisation pour répondre à des problématiques spécifiques. Ces compétences sont aujourd'hui des atouts majeurs dans la gestion de bases de données cliniques.

Par ailleurs, cette mission m'a donné une vision concrète du fonctionnement des différents acteurs de l'EPSM, au-delà du soin psychiatrique classique. Découvrir le rôle essentiel des assistantes sociales, la diversité des actes du plateau médico-technique, ou encore la complexité de la régulation des admissions via le DRO, m'a permis d'appréhender la prise en charge globale des patients dans sa dimension complète.

## CONCLUSION

Au terme de ce stage de trois mois au sein du Département d'Information Médicale de l'EPSM de Caudan, je mesure combien l'analyse de données hospitalières, notamment en psychiatrie, constitue bien plus qu'un exercice technique. Derrière chaque extraction, chaque tableau, chaque graphique, il s'agit de contribuer à une meilleure compréhension du soin, à une organisation plus pertinente des ressources, et, in fine, à un accompagnement plus adapté des patients.

Ce stage s'est déroulé dans un contexte organisationnel et technique en mouvement, ce qui a donné une résonnance particulière à mes missions. La transition logicielle dans le pôle infanto-juvénile, comme la réorganisation du pôle adulte, ont mis en évidence la complexité des systèmes d'information hospitaliers et la nécessité d'adapter en permanence les méthodes d'analyse. Ces défis m'ont permis de confronter les concepts étudiés en formation aux réalités d'un terrain exigeant, où la rigueur doit s'accompagner d'adaptabilité et de discernement.

Entre la production structurée des rapports d'activité et la diversité des demandes ponctuelles, j'ai appris à jongler avec les temporalités, à questionner les données plutôt qu'à les prendre pour acquises, à documenter les choix méthodologiques et à rendre mes productions compréhensibles et utiles. Loin d'une approche abstraite ou purement quantitative, ce travail a toujours été inscrit dans une finalité concrète : accompagner les professionnels dans leur réflexion, leur pilotage, ou même leurs échanges au quotidien.

En filigrane, j'ai également découvert ce que signifie évoluer dans un établissement de santé mentale. Les pratiques, les parcours de soins, les dimensions sociales et territoriales des prises en charge m'ont permis de mieux appréhender les enjeux spécifiques de la psychiatrie. L'attention portée à la qualité des données, la nécessité de structurer des informations hétérogènes (questionnaires, observations, actes), la diversité des interlocuteurs et des logiques métiers ont renforcé ma compréhension globale du secteur.

Ce stage a été une étape déterminante dans ma formation d'analyste. Il m'a non seulement permis de consolider mes compétences techniques, mais aussi de développer une posture plus professionnelle, fondée sur l'écoute, la curiosité, la clarté et la rigueur. À l'heure où les données sont appelées à jouer un rôle croissant dans la gouvernance hospitalière, cette

expérience m'a confortée dans l'idée que leur traitement, loin d'être une fin en soi, constitue un outil au service du sens, de l'action, et de la qualité des soins.

Avant la fin de mon stage, des échanges ont été amorcés autour de l'évolution des outils de restitution, en particulier la mise en place de tableaux de bord interactifs sous Power BI. Cette orientation, en phase avec les évolutions actuelles de la data visualisation en milieu hospitalier, permettrait d'automatiser une partie des rendus produits manuellement et de faciliter l'accès aux indicateurs pour les professionnels de terrain. Une telle solution représenterait un gain de temps non négligeable pour le DIM, tout en renforçant la réactivité et la lisibilité des données. Ce chantier, encore en réflexion à mon départ, illustre pleinement le potentiel d'amélioration continue de l'analyse médico-administrative, et ouvre des perspectives intéressantes pour allier rigueur, efficacité et diffusion intelligente de l'information au sein de l'établissement.

## LEXIQUE

**Ambulatoire** : l'ambulatoire regroupe tous les soins réalisés hors hospitalisation en temps complet ou en temps partiel. Cela inclut les consultations, les visites à domicile, les interventions aux urgences...

**Appartement thérapeutique** : L'appartement thérapeutique propose un hébergement à titre temporaire de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

**File active** : la file active regroupe tous les patients venus au moins une fois sur la période d'intérêt.

**Isolement** : un patient est placé en chambre d'isolement quand son cas a besoin d'une surveillance importante. Le médecin prescrit l'isolement quand le patient a des pulsions auto ou hétéro-destructrice.

**Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie** : dispositif national français de collecte standardisée des données d'activité médicale en psychiatrie.

**Reporting** : Processus consistant à collecter, organiser et présenter des données de manière structurée (tableaux, graphiques...) afin de suivre, analyser et piloter l'activité d'une organisation

**Secteur** : en psychiatrie chaque patient est pris en charge dans un secteur précis en fonction de son lieu d'habitation.

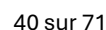
**Soins sans consentements** : soins psychiatriques administrés à une personne sans son accord, généralement en raison d'un danger pour elle-même ou pour autrui, et encadrés par la loi.

**Temps complet** : le temps complet comprend le temps plein et les appartements et séjours thérapeutiques. Le temps complet correspond à un séjour long de plusieurs jours durant lesquels le patient est présent sur l'hôpital avec quelques permissions de sorties de courte durée.

**Temps partiel** : Le temps partiel désigne une hospitalisation allant de quelques heures à une journée ou une nuit complète.

**Temps plein** : l'hospitalisation à temps plein est utilisée lorsque l'état de santé du patient nécessite des soins et/ou une surveillance régulière. Cette prise en charge est réservée aux situations difficiles.

## Annexe n°1 : Organigramme institutionnel de l'EPSM





## Annexe n°2 : Dictionnaire de données de la table actes\_2024

IPP\_PATIENTS : Identifiant personnel permanent  
P4 : Identifiant Contexte  
NOMPrenom : Le Nom et le Prénom du patient  
ALIAS : Seulement si le patient est anonyme  
D\_NAIS : Date de naissance du patient  
CODE\_UF : Chaque Unité a un code propre et unique  
NOM\_UF : Nom de l'unité en entier  
POLE : Pôle du patient  
P8 : Clé de la modalité  
CAT : Catégorie de la modalité (Hospitalisation/Ambulatoire)  
DD : La date de début de prise en charge  
DATFIN\_MOD : La date de fin de prise en charge  
TYPE : si c'est un centre d'accueil, un hôpital de jour  
NOM\_INT\_PRINC : Le Nom et de l'intervenant  
PRENOM\_INT\_PRINC : le Prénom de l'intervenant  
FONCTION\_INT\_PRINC : Indique sa profession  
P52 : Clé primaire de la table des actes  
E50 : Clé du classeur de la table de actes  
E51 : Clé vers le répertoire des actes  
DH : Date et heure en seconde dans oracle  
CODE\_INT\_PRINC : Code du professionnel de santé  
CODE\_PERS\_SAIS : Code du professionnel de santé  
LIEU : Lieu de l'acte  
LIEU\_RIMP : Lieu de l'acte pour le RIMP  
CODE\_SERV : Code du pôle  
CODE\_ACTE : Code de l'acte en entier  
ACTE\_RIMP : Type d'acte « EDGAR »  
LIBELLE\_ACTE : Type d'acte en tout lettre  
DHCONV : Date et heure de l'acte converti  
DHSAISCONV : Date et heure de saisit converti  
DELTA : Temps entre la date de l'acte et la date de saisit

LIBLIEU3 : Description du lieu ( CMP, CATTP...)

LIBLIEU5 : Description du lieu plus précise (exemple : CMP Hennebont)

## **Annexe n°3 : Dictionnaire de données de la table info\_pat\_pole**

IPP\_PATIENTS : Identifiant personnel permanent

P4 : identifiant Contexte

NOM\_PATIENTS : Nom du patient

PRENOM\_PATIENTS : Prénom du patient

PREMIERE\_PEC : La date de 1ère prise en charge (avec l'année extraite)

ADR\_L1 : L'adresse du patient

CP : Le code postal (avec le numéro de département)

COMMUNE : La commune

PAYS : Le pays

TEL\_PERSO : le numéro de téléphone du patient

D\_NAIS : Sa date de naissance (avec l'année extraite)

AGE : Son âge

ADR\_NAIS : Son adresse de naissance

SEXE : Son sexe

NUM\_SECU : Son numéro de sécurité sociale

PROFESSION : Sa profession

SIT\_FAMILIALE : Sa situation familiale

CP\_NAIS : Son lieu de naissance

D\_DECE : La date de décès

CODE\_INSEE : Le secteur (avec le code insee)

tr\_age : Les tranches d'âges (il y en a plusieurs : de 5 en 5. De 10 en 10. Les moins de 19 ans et les plus de 19 ans. De 0 à 15, de 16 à 18, de 19 à 69 ans et les plus de 70 ans)

## **Annexe n°4 : Dictionnaire de données de la table Séjours\_TempsComplet**

P8 : Clé de la modalité

P4 : Identifiant Contexte

IPP\_PATIENTS : Identifiant personnel permanent

NOM\_PATIENTS : Nom du patient

PRENOM\_PATIENTS : Prénom du patient

NUM\_SEJOUR : Le numéro du séjour du patient

DD\_SEJ\_REELLE : La date de début du séjour

DF\_SEJ\_REELLE : La date de fin de séjour

DD\_SEJ : La date de début du séjour (si un séjour a commencé avant 2024, la date saisie est alors le 01/01/2024)

DF\_SEJ : La date de fin de séjour (si un séjour n'est pas clôturé avant 2025, la date saisie est alors le 31/12/2024)

NB\_J\_PERM : Le nombre de jours où le patient n'était pas présent à l'hôpital

NBJ\_PRES : Nombre de jours de présence sur l'hôpital

CODE\_UF : Chaque Unité a un code propre et unique

NOM\_UF : Nom de l'unité en entier

PRISE\_EN\_CHARGE : Type de prise en charge

POLE : Pôle où est suivi le patient

mode\_sortie : Moyen par lequel le patient est sorti de l'hôpital

mode\_entree : Moyen par lequel le patient est entrée de l'hôpital

provenance : D'où venait le patient

destination : Vers où est allé le patient

## **Annexe n°5 : Dictionnaire de données de la table Séjours\_TempsPartiel**

IPP\_PATIENTS : Identifiant personnel permanent

NOM\_PATIENTS : Nom du patient

PRENOM\_PATIENTS : Prénom du patient

NUM\_SEJOUR : Numéro du séjour

TYPE : Type de séjour

NUM\_SEJOUR : Le numéro du séjour du patient

DD\_SEJ\_REELLE : La date de début du séjour

DF\_SEJ\_REELLE : La date de fin de séjour

DD\_SEJ : La date de début du séjour (si un séjour a commencé avant 2024, la date saisie est alors le 01/01/2024)

DF\_SEJ : La date de fin de séjour (si un séjour n'est pas clôturé avant 2025, la date saisie est alors le 31/12/2024)

Nb\_j\_venue : Nombre de venues

CODE\_UF : Chaque Unité a un code propre et unique

NOM\_UF : Nom de l'unité en entier

POLE : Pôle où est suivi le patient

## Annexe n°6 : Résultats du rapport synthétique du pôle adulte



**E.P.S.M. Sud Bretagne**  
Centre hospitalier Charcot  
Le Trescoët - Boîte Postale n° 47 - 56854 CAUDAN Cedex

### POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE

#### 1. ACTIVITE GLOBALE DU POLE

Evolution de la file active globale du pôle adulte

Pôle	2023	2024	Evolution 2023-2024 %
File active REHAB	1278		
File active SAUCL	7889		
File active PPA	8128	<b>8663</b>	6,6
Nouveaux patients	2398	<b>2572</b>	7,3
Taux de nouveaux patients	30,4	<b>29,7</b>	-0,7 points

Entre 2023 et 2024 la file active du pôle adulte a augmenté de 6,6 %.

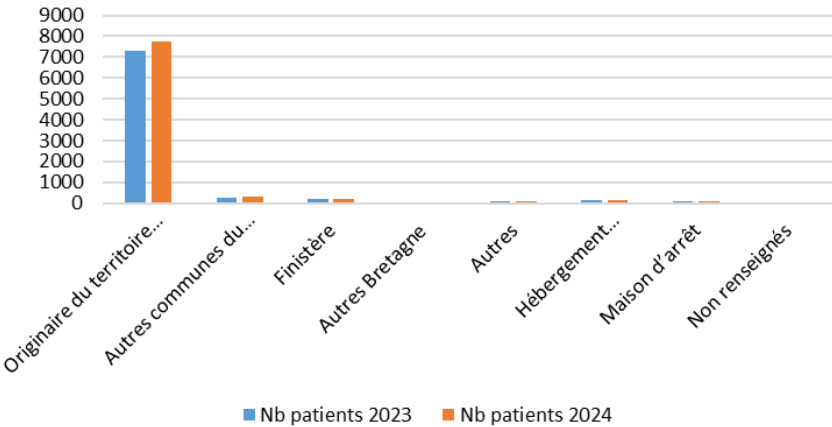
File active par tranches d'âge

	2023		2024	
	Nb patients	%	Nb patients	%
0-15 ans	86	1,1	61	0,7%
16-18 ans	164	2,0	163	1,9%
19-69 ans	7249	89,2	7731	89,2%
70 ans et plus	629	7,7	708	8,2%
Total	8128	100,0	8663	100,0

Diminution de moins de 18 ans et augmentation des plus de  
File active par origine géographique

	Nb pat 2023 PPA	%	Nb pat 2024	%
Originaire du territoire de l'EPSM	7290	89,7	7758	89,6
Autres communes du Morbihan	275	3,4	333	3,8
Finistère	189	2,3	202	2,3
Autres Bretagne	36	0,4	46	0,5
Autres	82	1,0	96	1,1
Hébergement provisoire / SDF	143	1,8	134	1,5
Maison d'arrêt	111	1,4	90	1,0
Non renseignés	2	0,0	4	0,0
Total	8128	100	8663	100,0

Origine géographique des patients



La part des patients venant du territoire couvert par l'EPSM est de 90%.

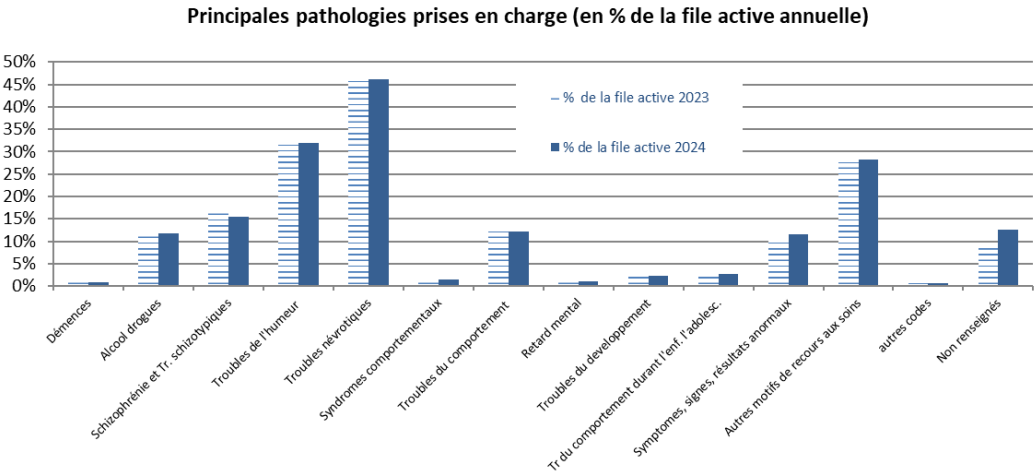
La commune d'origine retenue ici correspond à l'adresse dans le dossier du patient en fin d'année 2024.

Patients selon les diagnostics principaux posés

Codes	Libellés	Nb patients 2023	% de la file active 2023	Nb patients 2024	% de la file active 2024
F0	Démences	97	1,2	80	0,9%

F1	Alcool drogues	976	12,0	<b>1021</b>	11,8%
F2	Schizophrénie et Tr. schizotypiques	1329	16,3	<b>1345</b>	15,5%
F3	Troubles de l'humeur	2559	31,5	<b>2775</b>	32,0%
F4	Troubles névrotiques	3714	45,7	<b>4002</b>	46,2%
F5	Syndromes comportementaux	123	1,5	<b>132</b>	1,5%
F6	Troubles du comportement	987	12,1	<b>1051</b>	12,1%
F7	Retard mental	74	0,9	<b>85</b>	1,0%
F8	Troubles du développement	181	2,2	<b>187</b>	2,2%
F9	Tr du comportement durant l'enfance ou l'adolescent	240	2,9	<b>245</b>	2,8%
R	Symptômes, signes, résultats anormaux	880	10,8	<b>1009</b>	11,6%
Z	Autres motifs de recours aux soins	2251	27,7	<b>2446</b>	28,2%
	autres codes	51	0,6	<b>56</b>	0,6%
	Non renseignés	709	8,7	<b>1080</b>	12,5%

Une augmentation de diagnostics non renseignés



### Répartition des types de prises en charge des patients de plus de 70 ans

	2023	2024
Nb actes	3099	<b>3942</b>



Nb Venues en Temps partiel	392	<b>374</b>
Nb séjours	37	<b>30</b>
Nb jours en temps plein	379	<b>437</b>
Nb patients de plus de 70 ans	629	<b>708</b>

## 1. DISPOSITIFS DE PROXIMITE

### 2.1 ACTIVITE SECTORIELLE

<b>CMP</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Nb actes	44379	<b>51347</b>
Nb patients	4723	<b>5352</b>
Nb nouveaux patients	2440	<b>1129</b>
Nb actes/ patients	9,4	<b>9,6</b>
Nb actes médecin	8851	<b>10527</b>
Nb actes infirmiers	26593	<b>31185</b>

<b>CATTP</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Nb actes	11713	<b>12627</b>
Nb patients	449	<b>472</b>
Nb nouveaux patients	12	<b>25</b>
Nb actes/ patients	26,1	<b>26,7</b>
Nb actes médecin	94	<b>75</b>
Nb actes infirmiers	11300	<b>12238</b>

<b>AMB REHAB</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Nb actes	2859	3204	<b>2769</b>
Nb patients	333	384	<b>418</b>

Nb actes/ patients	8,6	8,3	6,6
Interventions dans la communauté	47	100	291

### Répartition des actes de l'unité AMB REHAB selon le lieu d'intervention

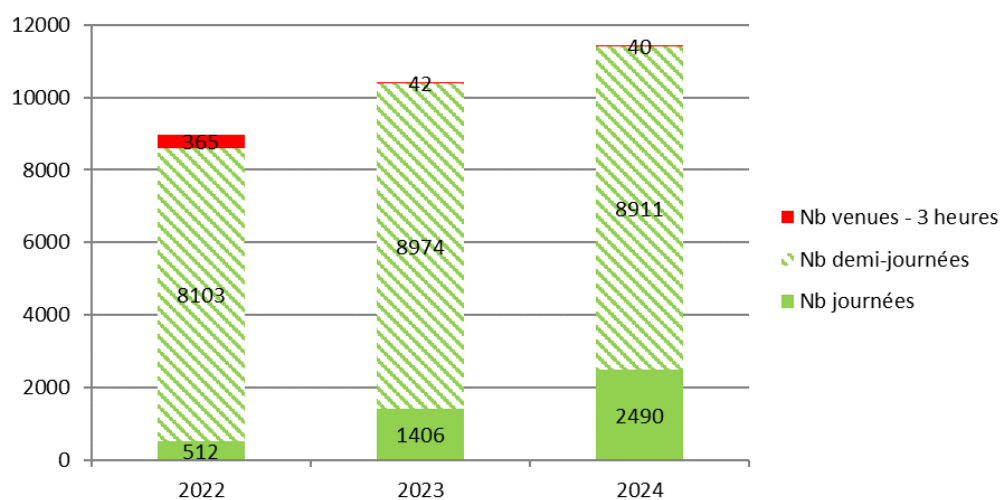
précision	Libellé	Nb actes 2022	Nb actes 2023	Nb actes 2024
CMP - Unité consult. secteur		138	209	84
Soins psy de l'ets hors CMP	AFT Rehab	1	0	0
	APP Thérap	37	35	68
	HDJ	2085	2243	2044
	Unité Intra PT	30	54	68
	Unité intra autres	4	0	0
		194	309	139
Et Soc med soc avec hébergement		8	1	0
	IME	0	4	0
	Phare Larmor plage	0	1	0
Et Soc med soc sans hébergement		5	1	3
	SAUVEGARDE 56	0	0	1
Domicile ou substitut domicile		218	207	268
Unité hosp MCO-SSR-Long séjour	Post Cure Guidel Kerdudo	0	0	0
		0	1	0
Unité CATTP		119	128	83
Unité d'accueil d'urgence		0	1	0
Lieu autre de prise en charge		20	10	11
<b>Total</b>		<b>2859</b>	<b>3204</b>	<b>2769</b>

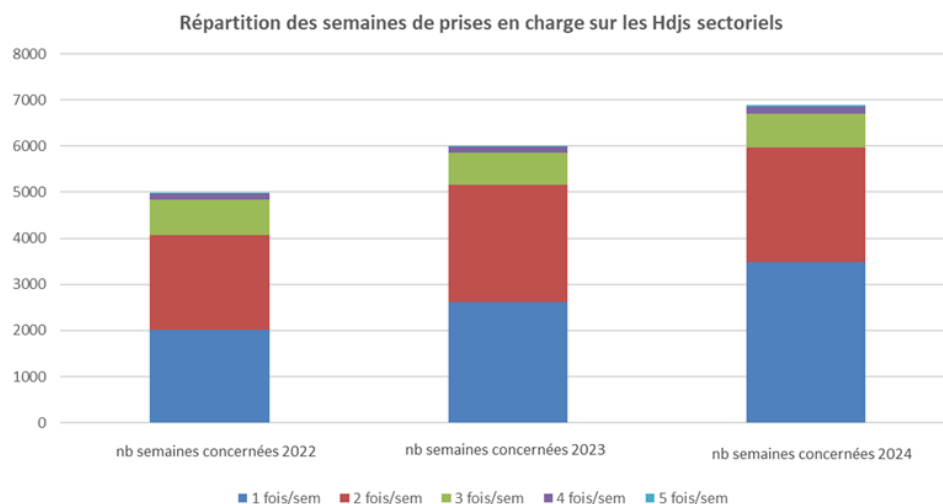
AMB SAUCL	2023	2024
Nb actes	49	3
Nb patients	24	2
Nb actes Plein temps	22	0

## Indicateurs et file active hôpitaux de jour sectoriels

Indicateurs et File Active	2022	2023	2024
FA en hôpital de jour extra	206	251	380
Nb séjours	283	307	363
Nb venues	8980	10424	11450
Nb journées plein temps de ces patients	5816	6789	10430
DMH de ces patients en PT	66,9	66,6	63,2
Nb patients des HDJs extra sans hospitalisation dans l'année	119	149	215
% de patients des HDJs extra sans hospitalisation dans l'année	57,8	59,4	56,6
Nb actes de moins de 3h sur AMB REHAB		514	1133
Nb actes de moins de 3h sur R-HDJ			500

Venues en hopital de jour extra hospitalier selon la durée de présence





## 2.2 ACTIVITE TEMPS PLEIN

### UNITES D'ADMISSION (22A, 14A, PASCAL, PUSSIN)

Indicateurs et File Active	2022	2023	2024	Evolution 2023/2024(%)
<b>File active</b> temps plein	1014	968	<b>862</b>	-10,9
Nouveaux patients	224	196	<b>154</b>	-21,4
Patients hospitalisés depuis plus d'un an	6	8	<b>8</b>	
Nombre de <b>jours</b> Temps plein	30112	29217	<b>27827</b>	-4,7
Nombre de <b>séjours</b> Temps plein	1429	1406	<b>1230</b>	-12,5
Durée Moyenne du séjour (en jours) : <b>DMS</b>	21,1	20,8	<b>22,6</b>	8,6
Durée Moyenne d'Hospitalisation par patient sur l'année (en jours) : <b>DMH</b>	29,7	30,2	<b>32,3</b>	6,9
Nb patients hébergés sur le pole Saucl en <b>isolement</b>	147	104	<b>106</b>	1,9
Nb jours en <b>isolement</b>	1147	1231	<b>1655</b>	34,4
Nb journées <b>en soins sans consentement</b> (source RIMP)	11328	11178	<b>12342</b>	10,4
Nb patients en <b>soins sans consentement</b> (source RIMP)	311	301	<b>277</b>	-8,0
% d'admissions en provenance des urgences/admissions totales	54,4	54,1	<b>49,0</b>	-5,1 points

La baisse de la file active s'explique en partie par le gel de lit et l'évolution des dispositifs ambulatoires depuis la fusion des pôles. A noter une augmentation de plus 7% pour la DMS et 1,5 jours d'hospitalisation de plus en moyenne par rapport à 2022.

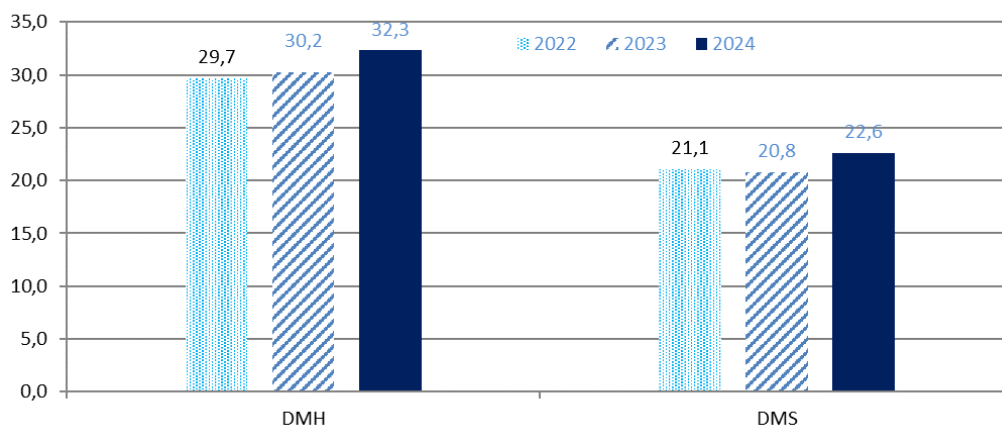
Les Soins sans consentements concernent moins de patients mais davantage de journées.

#### Modes d'admissions hors urgences

Mode d'entrée	Nb séjours 2024	% des admissions
Transfert Autre Etab Hosp	86	7,3
Domicile ou Substitut	234	19,8
Equipe mobile Rehab	2	0,2
Etab. Pénitentiaire	21	1,8
Forces de l'Ordre	5	0,4
Via CMP	244	20,7
Via HDJ	7	0,6
Voie publique	3	0,2
<b>Total</b>	<b>602</b>	<b>51,0</b>

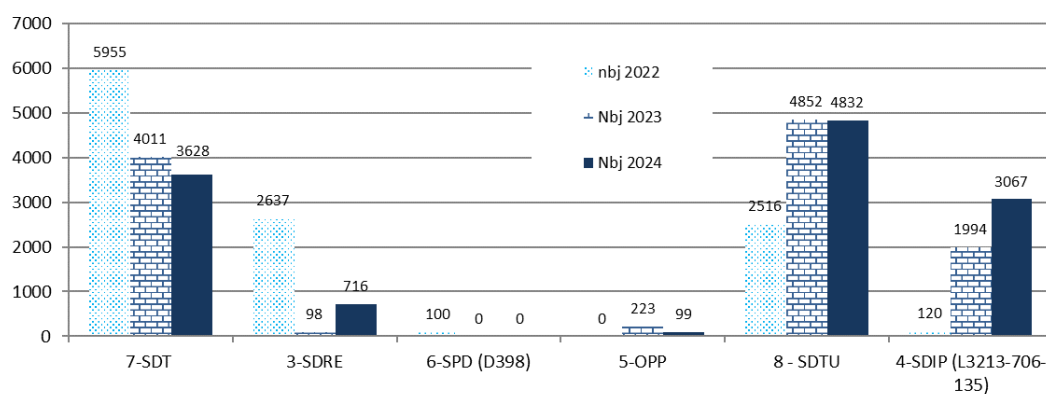
Soins sans consentement	Nbj 2022	Nb patients 2022	Nbj 2023	Nb patients 2023	Nbj 2024	Nb patients 2024
3-SDRE	2637	50	4011	41	3628	45
4-SDIP (L3213-706-135)	120	2	98	3	716	7
5-OPP	0	0	0	0	0	0
6-SPD (D398)	100	21	223	23	99	16
7-SDT	5955	178	4852	151	4832	127
8-SDTU	2516	80	1994	103	3067	102
<b>Total</b>	<b>11328</b>	<b>311</b>	<b>11178</b>	<b>301</b>	<b>12342</b>	<b>277</b>

Evolution de la durée d'hospitalisation en plein temps (en jours)



La durée de séjour moyenne passe de 20,8 jours en 2023 à 22,6 jours en 2024.

Répartition des journées en soins sans consentement sur le pôle adulte



## 2.3 UNITES DE REHABILITATION (SIVADON, 14B, 22B)

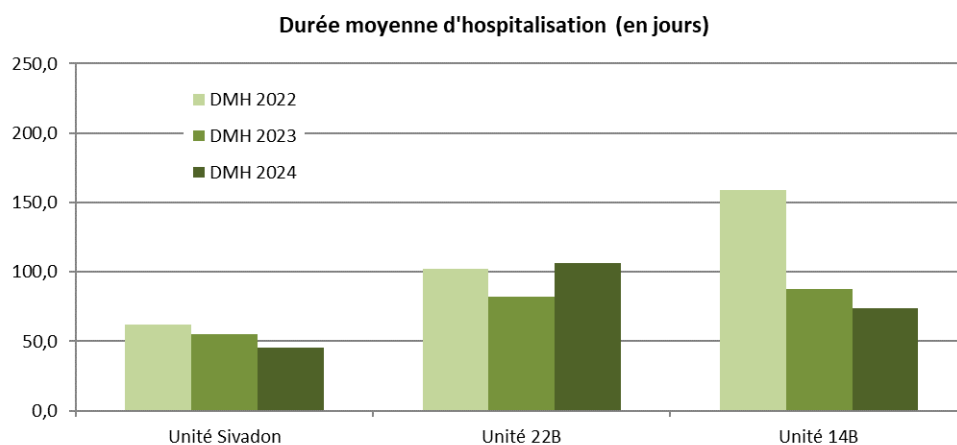
Indicateurs et File	2022	2023	2024
File active	185	230	<b>226</b>
Nombre de journées plein temps	17632	17368	<b>15970</b>
Patients hospitalisés depuis plus d'un an	29	24	<b>29</b>
Patients hospitalisés moins de 30 jours par an sur les unités du pôle Rehab	88	123	<b>123</b>
Nb de journées d'isolement thérapeutique sur le pôle SAUCL (en lit d'isolement)	213	194	<b>35</b>

## Principaux diagnostics des patients hospitalisés

Codes	Libellés	Nb patients 2022	% de la file active PT 2022	Nb patients 2023	% de la file active PT 2023	Nb patients 2024	% de la file active PT 2024
F0	Démences	10	5,4%	10	4,3%	9	4,0%
F1	Alcool drogues	48	25,9%	67	29,1%	69	30,5%
F2	Schizophrénie et Tr. schizotypiques	125	67,6%	128	55,7%	141	62,4%
F3	Troubles de l'humeur	90	48,6%	124	53,9%	129	57,1%
F4	Troubles névrotiques	104	56,2%	144	62,6%	143	63,3%
F5	Syndromes comportementaux	4	2,2%	7	3,0%	9	4,0%
F6	Troubles du comportement	74	40,0%	82	35,7%	74	32,7%
F7	Retard mental	7	3,8%	9	3,9%	13	5,8%
F8	Troubles du développement	11	5,9%	18	7,8%	17	7,5%
F9	Tr du comportement durant l'enfance ou l'adolescent	10	5,4%	19	8,3%	14	6,2%
R	Symptômes, signes, résultats anormaux	34	18,4%	75	32,6%	95	42,0%
Z	Autres motifs de recours aux soins	31	16,8%	44	19,1%	48	21,2%

## Répartition de l'activité sur les différentes unités

Unités Plein Temps	Fa 2022	Nbj 2022	DMH 2022	Fa 2023	Nbj 2023	DMH 2023	Fa 2024	Nbj 2024	DMH 2024
Unités Sivadon	102	6342	62,2	111	6100	55,0	137	6249	45,6
Unité 22B	53	5404	102,0	68	5582	82,1	37	3941	106,5
Unité 14B	37	5886	159,1	65	5686	87,5	78	5780	74,1



Soins sans consentement	Nbj PT 2022	Nb Pat 2022	Nbj PT 2023	Nb Pat 2023	Nbj PT 2024	Nb Pat 2024
3-SDRE	2126	35	1868	30	694	13
4-SDIP (L3213-706-135)	203	1	451	8	708	4
6-SPD (D398)	0	0	0	0	0	0
7-SDT	330	8	238	10	1764	26
8-SDTU	1059	4	912	4	455	18
Total Soins sans consentement	3718	46	3469	52	3621	61

## HOSPITALISATION DE NUIT

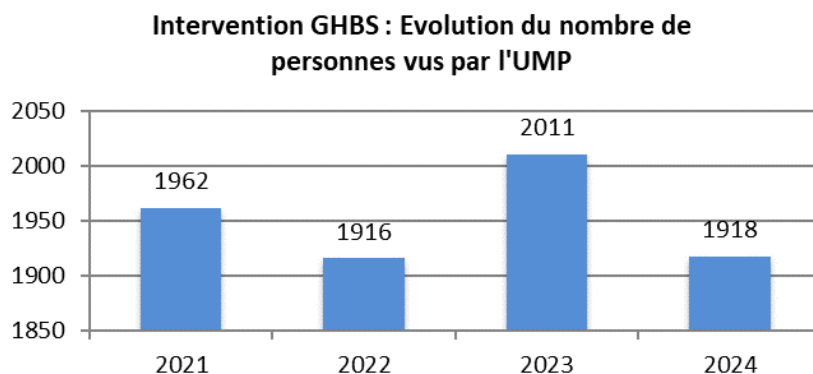
### Indicateurs et file active hôpital de nuit

Indicateurs et File Active	2022	2023	2024
File active Hôpital de Nuit	0	0	1
Nb de venues Hôpital de nuit	0	0	8



## 2. DISPOSITIFS D'APPUI

### 3.1 URGENCE LIAISON

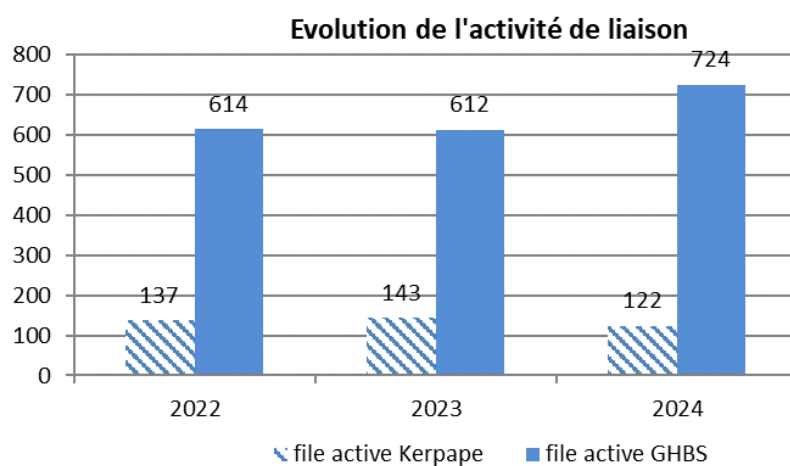


#### Indicateurs et file active de l'UMP

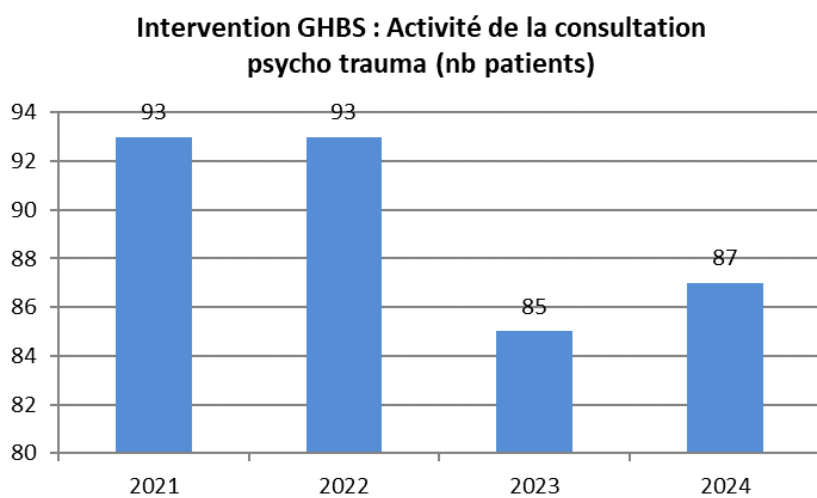
Indicateurs et File Active	2022	2023	2024
File active UMP	1916	2011	1918
% de patients hospitalisés sur l'Epsm après passage à l'UMP/fa UMP	45,6	47,4	29,1
% de patients vus par l'UMP puis par le CTIF /fa UMP	4,6	3,8	2,8
% des hospitalisations venant de l'UMP / hospitalisations Epsm	54,4	54,1	47,3

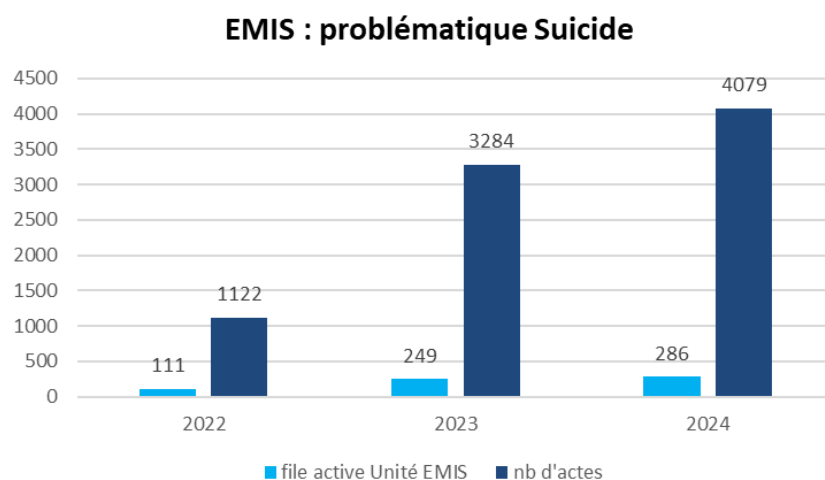
29,1% des patients vus par l'UMP sont hospitalisés. Cette diminution par rapport à 2023 s'explique par le fait que moins de patient passent par les urgences.

Parmi les admissions sur l'EPSM, les patients orientés par l'UMP représentent 47,3% des admissions (54,1% en 2023).

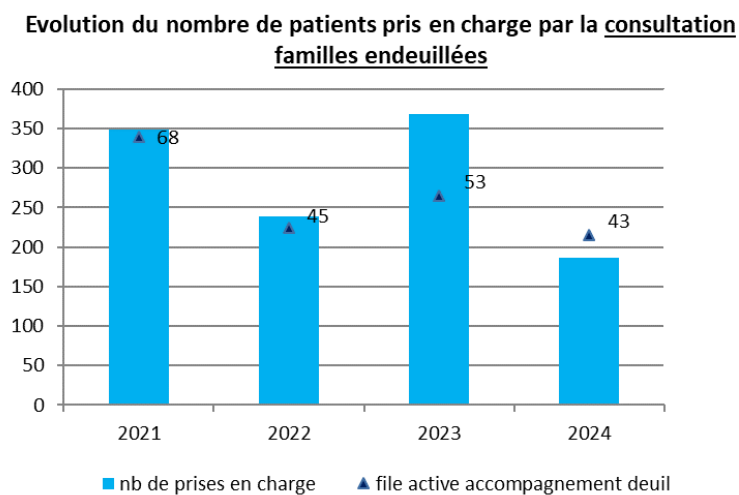


L'activité de liaison GHBS est en augmentation. Une baisse de l'activité sur Kerpage s'explique par une absence IDE non remplacée



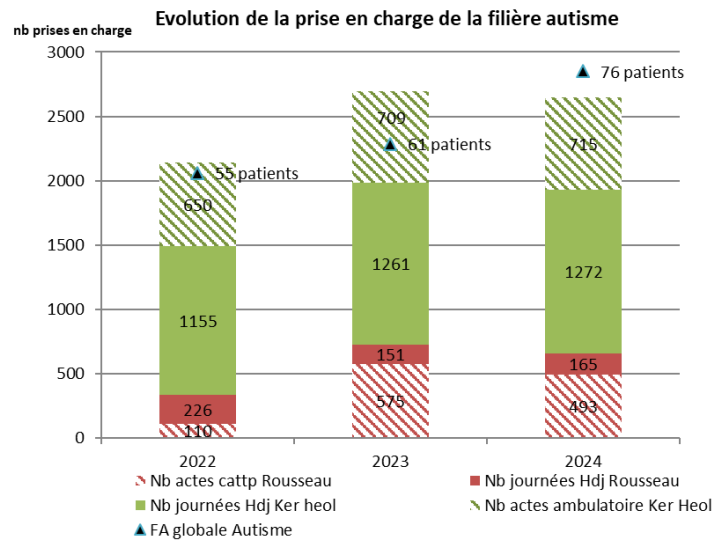


En 2024, les actes de L'équipe EMIS ont augmenté de 24% par rapport à 2023 tandis que le nombre de patients a augmenté d'environ 15%. Ceci s'explique par l'intensivité des prises en soins sur EMIS.



Le gel de l'activité IDE a été réalisée en 2024 pour un nouveau projet en cours.

### 3.2 AUTISME



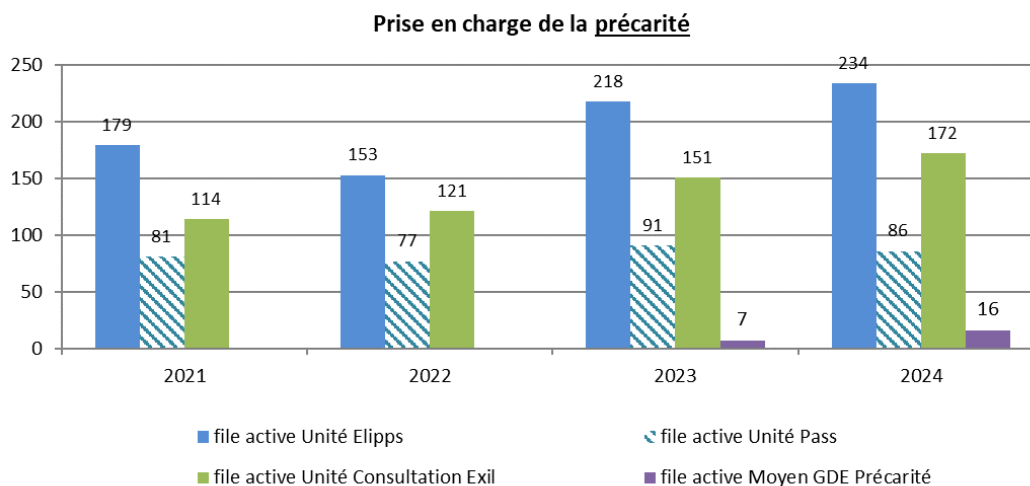
Il y a eu 4 sorties de patients sur 2024

L'augmentation file active s'explique par la démarche diagnostic, le dispositif de suivi AMB avec les VAD et missions d'appuis en intra EPSM et auprès des partenaires.

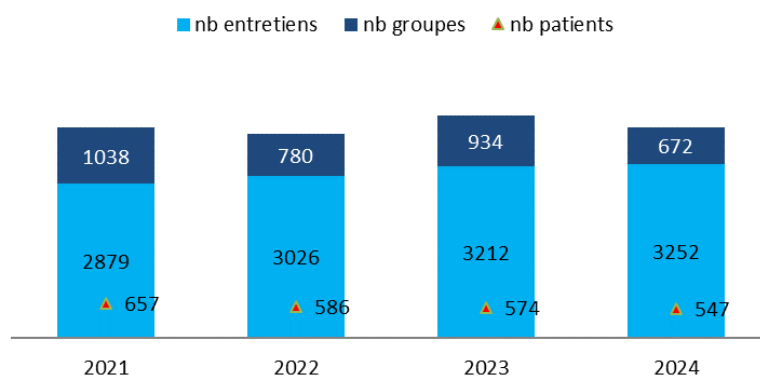
Une partie de l'activité AMB rousseau est saisie dans AMB rehab sur l'année 2024.

### 3.3 PRECARITE

Concernant le grande précarité absence des professionnels sur 6 mois.



### Centre de thérapie individuelle et familiale : problématique couple et famille



Le départ en retraite non compensé a entraîné une baisse de l'activité sur la thérapie familiale.

## 3.4 REHAB

### Indicateurs et file active pour Bonnafé

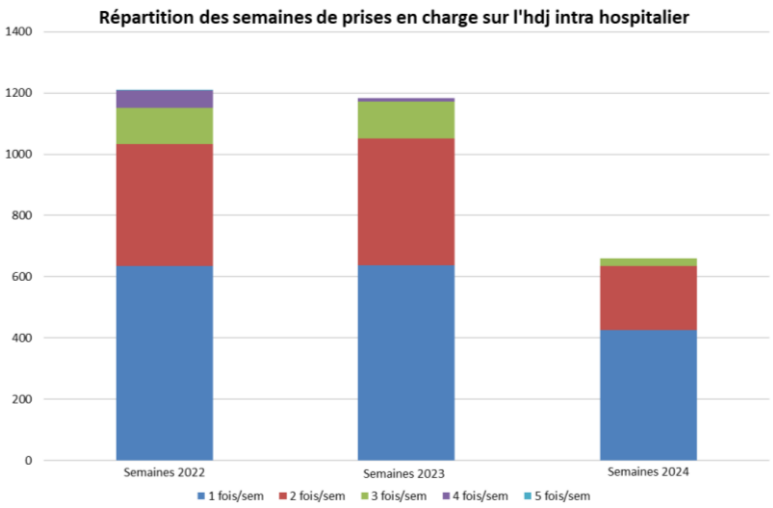
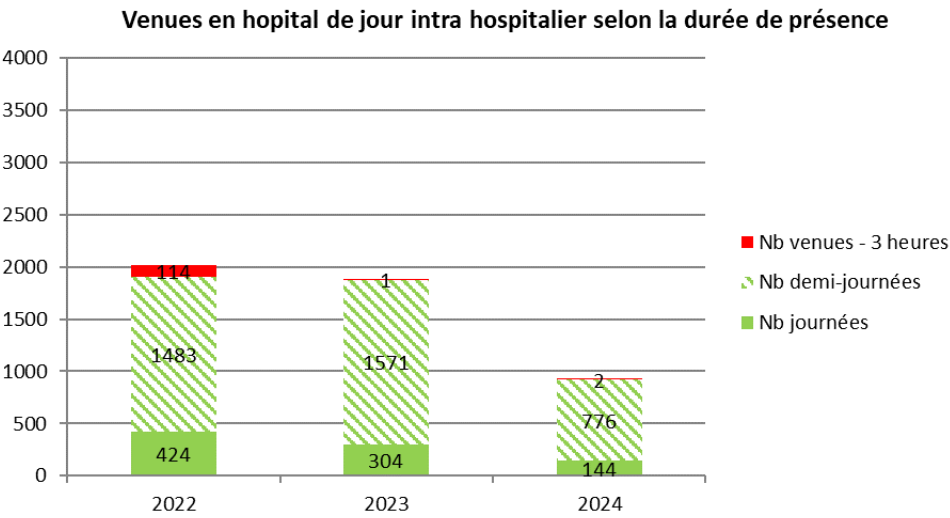
Indicateurs et File Active	2022	2023	2024
FA en Cattp Bonnafé intra hospitalier	433	442	410
Nombre d'actes	3697	3861	3930
Nombre d'actes par patient	8,3	8,7	9,6

En 2024, le nombre de patient a diminué de 7,2% par rapport à 2023 et le nombre d'actes a augmenté de 1,8%.

### Indicateurs et file active hôpital de jour intra

Indicateurs et File Active	2022	2023	2024
FA en hôpital de jour intra hospitalier	58	65	54
Nb séjours	69	83	54
Nb venues	2021	1876	923
Nb journées plein temps de ces patients	6662	8514	7166
DMH de ces patients en PT	180,1	173,8	174,8
Nb patients de HDJ sans hospitalisation dans l'année	21	16	13

% de patients de HDJ sans hospitalisation PT dans l'année	36,2	<b>24,6</b>	<b>24,1</b>
Nombre d'actes de moins de 3h saisis sur AMB REHAB		<b>1729</b>	<b>911</b>
Nb actes de moins de 3h sur R-HDJ			<b>34</b>



### Indicateurs et file active pour l'éducation thérapeutique

Indicateurs et File Active de l'ETP	2022	2023	2024
FA en ambulatoire	51	64	<b>64</b>
Nombre d'actes	370	291	<b>315</b>
Nombre d'actes par patient	7,2	4,5	<b>4,9</b>
Nombre de patients ayant bénéficié d'un bilan éducatif*	41	52	<b>40</b>
Interventions dans la communauté	64	83	<b>69</b>

\*Patients avec un entretien bilan éducatif dans l'uf de l'ETP

Alors que la nombre de patients est resté le même entre 2023 et 2024, le nombre d'actes a augmenté de 8%. En ce qui concerne les interventions dans la communauté, elles ont baissé de presque 17% du fait de la diminution des rencontres autour de la construction de programmes.

### Indicateurs et file active pour la remédiation cognitive

Indicateurs et File Active de la remédiation cognitive	2022	2023	2024
File active	35	66	<b>54</b>
Nombre d'actes (E 32 E 33 G 19 R 11)	321	569	<b>672</b>
Nombre d'actes/patient	9,2	8,6	<b>12,4</b>
Nb interventions dans la communauté	4	8	<b>0</b>

Augmentation des actes pour moins de patients

### Indicateurs et file active pour l'espace famille aidant (uf 1011)

Indicateurs et File Active	2023	2024
File active	52	<b>96</b>
Nombre d'actes	159	<b>392</b>
Nombre d'actes/patient	3,1	<b>4,1</b>

En complément de l'ETP nous pouvons noter une augmentation de l'activité de l'espace famille aidant.

### Répartition des lieux des actes pour l'espace famille aidant

libellés	Précision	Nb actes
CMP - Unité consult. secteur		5
Domicile ou substitut domicile		36
Et. Soc. Med-soc sans héberg		34

Et. Soc. Med-soc sans héberg	AUTRE CENTRE DE FORMATION	42
Soins psy de l'ETS hors CMP		275
<b>total</b>		<b>392</b>

### 3.5 ALTERNATIVES HOSPITALISATIONS

#### Indicateurs et file active de l'équipe mobile REHAB

Indicateurs et File Active de l'équipe mobile	2022	2023	2024
FA en ambulatoire	78	90	<b>109</b>
Nombre d'actes	3864	5346	<b>5787</b>
Nombre d'actes par patient	49,5	59,4	<b>53,1</b>
Interventions dans la communauté	32	102	<b>208</b>

Une nouvelle hausse de la FA et du nombre d'actes. A noté l'augmentation attendue du travail partenarial mais une baisse des actes par patient. Moins de situations complexes et peut-être que des patients devrait être sortis du dispositif. Une attention particulière est portée sur ce point

#### Répartition des lieux des actes pour l'équipe mobile REHAB

Code lieu	Libellé	2022	2023	2024
L01	Centre Médico Psychologique (C.M.P.)	53	257	<b>181</b>
L02	Soins psy de l'ETS hors CMP	1855	2605	<b>2871</b>
L03	Etablissement social ou médicosocial sans hébergement	21	25	<b>48</b>
L04	Et. Scol ou centre formation	0	0	<b>1</b>
L07	Domicile ou substitut domicile	1880	2406	<b>2499</b>
L08	Et. Soc ou Med-soc avec héberg	3	2	<b>10</b>
L09	Unité d'accueil d'un service d'urgence	13	34	<b>69</b>
L10	Unité d'accueil d'urgence	0	1	<b>0</b>
L11	CATTP	9	14	<b>6</b>
L13	Lieu autre de prise en charge	0	2	<b>102</b>
<b>Total</b>		<b>3864</b>	<b>5346</b>	<b>5787</b>



### Indicateurs et file active de l'accueil familial thérapeutique

Indicateurs et File Active des appartements thérapeutiques	2022	2023	2024
FA en appartements thérapeutiques	27	20	29
Nb places	11	11	12
Nombre de journées	3433	3400	3026

\*1 famille de mars à octobre 2024 et 1 autre à partir de septembre 2024.

### Indicateurs et file active des appartements thérapeutiques

Indicateurs et File active	2022	2023	2024
File active	3	2	6
Nombre de places	2	2	2*
Nombre de journées	524	195	477

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Extrait de la table des actes sur BO.....	16
Tableau 2 : Extrait de la table des actes sur Acces .....	16
Tableau 3 : Exemple d'un séjour fragmenté en deux dans l'extraction de BO .....	18
Tableau 4 : Séjour fragmenté après corrections dans la base Access .....	18
Tableau 5 : File active et indicateurs du pôle enfant .....	20
Tableau 6 : Répartition de la file active par tranches d'âge du premier rapport .....	21
Tableau 7 : Répartition de la file active par tranches d'âge du dernier rapport .....	21
Tableau 8 : Répartition des prises en charge des patients de plus de 70 ans sur le pôle adulte.....	22
Tableau 9 : Provenance des admissions en temps complet hors urgences .....	23
Tableau 10 : : File active et indicateurs de l'activité de kinésithérapie .....	30
Tableau 11 : File active et indicateurs de l'activité de la diététicienne.....	31
Tableau 12 : Répartition des patients en fonction de leur situation au premier entretien .....	33
<i>Tableau 13 : Répartition des situations gérées par le DRO .....</i>	<i>35</i>

## TABLE DES FIGURES

Figure 1: Carte du territoire de soin de l'EPSM .....	9
Figure 2 : Schéma du fonctionnement du logiciel BO .....	15
Figure 3: Extrait du nombre d'actes par libellés.....	19
Figure 5 : Calendrier réel de la production des rapports synthétiques .....	24
Figure 4 : Calendrier prévisionnel de la production des rapports synthétiques .....	24
Figure 6 : Diagramme en barres empilées de l'activité du pôle médico-technique .....	30
Figure 7 : Histogramme de l'activité complémentaire du pôle médico-technique.....	31
Figure 8 : Nombre de patients selon l'origine de la demande de suivi .....	32
Figure 9 : Schéma du fonctionnement du DRO .....	34
Figure 10 : Répartition des patients orientés vers d'autres établissements .....	35
Figure 11 : Répartition du nombre d'admissions en fonction du délai d'attente .....	36

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES SIGLES.....	4
SOMMAIRE .....	5
INTRODUCTION .....	6
1. CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT DU STAGE .....	9
1.1    Présentation de l'EPSM sud Bretagne .....	9
1.2    Le Département d'Information Médicale (DIM) .....	10
1.3    Objectifs de mon stage .....	11
2. PROJETS CLES.....	14
2.1. Intégrer des données issues de systèmes d'informations différents .....	14
2.1.1 Descriptif de la mission .....	14
2.1.2 Données et outils .....	14
2.1.4 Résultats et axes d'amélioration .....	18
2.2    Réorganiser le rapport d'activité du pôle adulte .....	20
2.2.1 Objectifs.....	20
2.2.2 Développement du rapport complet .....	20
2.2.3 Améliorations du rapport .....	22
2.2.4 Bilan et pistes d'amélioration.....	23
2.3 BILAN DE CES PROJETS CLES.....	24
3. missions quotidiennes .....	25
3.1. Rapports d'activité et demandes ponctuelles.....	25
3.1.1. Objectifs, outils et méthodologie.....	25
3.1.2. Fiabilisation des données .....	26
3.1.3. Trame des rapports .....	27
3.1.4. Apports de cette mission .....	28
3.2 Activités transversales et extérieures.....	29
3.2.1. Plateau médico-technique.....	29
3.2.2. Assistantes sociales.....	31

3.2.3. Le Dispositif de Régulation et d'Orientation (DRO) .....	34
3.2.4. Bilan personnel .....	36
CONCLUSION.....	37
Lexique.....	39
ANNEXES.....	40
Annexe n°1 : Organigramme institutionnel de l'EPSM .....	40
Annexe n°2 : .....	41
Dictionnaire de données de la table actes_2024 .....	41
Annexe n°3 : .....	43
Dictionnaire de données de la table info_pat_pole .....	43
Annexe n°4 : .....	44
Dictionnaire de données de la table Séjours_TempsComplet.....	44
Annexe n°5 : .....	45
Dictionnaire de données de la table Séjours_TempsPartiel .....	45
Annexe n°6 : .....	46
Résultats du rapport synthétique du pôle adulte .....	46
TABLE DES TABLEAUX .....	66
TABLE DES FIGURES.....	67
TABLE DES MATIERES .....	68
RESUME.....	70
SUMMARY .....	71

## RESUME

Lors de mon stage de trois mois au sein du Département d'Information Médicale de l'EPSM Sud Bretagne J.M. Charcot, j'ai contribué à la production des rapports d'activité hospitalière pour l'année 2024. Deux défis majeurs ont marqué cette expérience : la transition entre deux logiciels pour le pôle Enfant, et la réorganisation du pôle Adulte. Ces missions m'ont amenée à manipuler des données issues de systèmes d'information hétérogènes (Sillage et Cortexte), à les nettoyer, croiser et fiabiliser à l'aide d'Access, Excel et SQL Developer. En parallèle, j'ai participé à des missions plus classiques, mais tout aussi formatrices, telles que le traitement de demandes ponctuelles ou l'analyse d'activités transversales (plateaux médico-techniques, assistantes sociales, etc.).

Ce stage a renforcé mes compétences techniques et analytiques, tout en approfondissant ma compréhension des enjeux organisationnels propres au secteur psychiatrique. Il m'a permis de mesurer l'importance de produire des données fiables, lisibles et utiles. Je conclus cette expérience enrichie, convaincue du rôle stratégique que peut jouer l'analyse de données dans l'évaluation de l'activité, la prise de décision et l'amélioration de la qualité des soins.

### Mots clés :



Requêtes Patients Activité  
Rapports **Psychiatrie** hôpital  
Prises en charge Analyses Pôles

## SUMMARY

During my three-month internship in the Medical Information Department of EPSM Sud Bretagne J.M. Charcot, I contributed to the production of the 2024 hospital activity reports. This experience was shaped by two major challenges: the transition between two information systems for the Child Psychiatry division, and the reorganization of the Adult division. These missions involved working with data from heterogeneous systems (Sillage and Cortexte), cleaning, cross-referencing, and validating it using Access, Excel, and SQL Developer. In addition, I took part in more traditional but equally valuable tasks, such as responding to ad hoc data requests and analyzing cross-functional activities (e.g., medical-technical platforms, social work, and admission regulation).

This internship significantly strengthened my technical and analytical skills while deepening my understanding of organizational challenges in psychiatric care. It highlighted the importance of producing reliable, clear, and actionable data. I leave this experience with greater confidence, convinced of the strategic role that data analysis plays in activity monitoring, decision-making, and improving the quality of care.

### Keywords :



A word cloud of keywords related to the internship. The word "Psychiatry" is the largest and most central. Other words include "Activity", "hospital", "Analysis", "Reports", "Queries", "Patients", "Medical care", and "Divisions". The words are in various colors (blue, yellow, orange) and orientations.