

## COMITE TECHNIQUE PSYCHIATRIE

### ATIH

1ère réunion, le 29 novembre 2010

#### **Ordre du jour :**

- Installation du comité
- Mise à jour du guide de production du recueil d'information pour 2011
- Point sur la production des RSFA pour les établissements sous OQN
- Perspectives de travaux ATIH
- Questions diverses

#### **Composition du comité technique :**

- 2 représentants de chaque fédération hospitalière (FHF, FEHAP, FHP/UNC Psy)
- 2 représentants du CNIM (Eric Chomette, Sainte Anne et Claude marescaux, Vinatier)
- 1 représentant de chaque direction du Ministère : DGOS, DREES, DSS
- 1 représentant de l'Assurance Maladie
- Les personnes en charge de la psychiatrie à l'ATIH

#### **1. Installation du comité**

Housseyni Holla, Directeur de l'ATIH, rappelle le contexte de la création de ce comité technique psychiatrie :

- Dans chaque discipline (MCO, SSR, Psychiatrie, HAD) , un comité technique composé de représentants experts des fédérations, accompagne l'ATIH dans ses travaux. Ce comité technique n'existait pas encore en psychiatrie.
- De son côté, la DGOS anime un comité de pilotage pour la psychiatrie (qui ne s'est pas réuni depuis 2 ans...).
- L'objectif d'un tel comité est de rendre la gestion technique des projets transparente pour les professionnels

Observations :

**Marie Thérèse LORIENT**, pour la conférence des présidents de CME de CHS : Quelle est la place de la conférence? Réponse de HH : la conférence siège au COPIL, pas au comité technique.

- **2. Mise à jour du guide de production du recueil d'information pour 2011**

Jean-François NOURY, ATIH, nous annonce que le guide sera prochainement publié, sous un nouveau format, plus opérationnel pour les utilisateurs et conforme aux guides des autres disciplines. Très peu de modifications dans cette version à paraître prochainement. Par contre, au cours de l'année 2011, une série de propositions d'évolutions va nous être soumise, pour une mise en œuvre en 2012.

**Les propositions d'évolutions immédiates sont les suivantes :**

- **Définition de la démarche**

La définition suivante sera intégrée dès la prochaine publication du guide:

Le nombre de démarche = nombre de patients \* nombre de structures démarchées

Question d'Eric Chomette : faut-il coder les démarches téléphoniques, par exemple les démarches pour trouver une place dans un établissement. La définition actuelle du guide retient qu'il s'agit d'une action effectuée à la place d'un patient mais pour autant donne comme exemple le cas du placement médical...qui ne s'effectue pas à la place mais pour le compte d'un patient...il y a donc nécessité de préciser la définition.

Proposition de Claude Marescaux : établir une cohérence avec le SSR, ex : démarches téléphoniques des assistantes sociales qui font l'objet d'un recueil en SSR.

**Proposition Joëlle DUBOIS** : envisager cette réflexion pour les travaux 2011

- **Prises en charge mère-bébé**

Proposition : préciser que les actes sont recueillis au seul nom de l'enfant. Si la mère est prise en charge, par ailleurs, celle-ci fait également l'objet d'un recueil.

- **Les thérapies familiales**

Réalisées en groupe : un recueil par membre du groupe, donc un dossier médical pour chacun de ces membres du groupe.

**Les propositions d'évolutions à prévoir par la suite :**

- **Séquences de sortie d'essai**

Proposition : clore le séjour avec un mode de sortie spécifique ?

**Isabelle Leroux (DREES)** : Attacher la contrainte au patient et d'ajouter le mode légal du séjour dans le RAA.

Décision de prudence : attendre la révision de la loi de 1990 qui devrait instaurer des soins sous ambulatoires sous contrainte, et donc supprimer la notion de sortie d'essai.

- **Les CATTP**

Proposition : faire passer en ambulatoire

Discussion autour de cette question, on laisse pour la suite.

- **Les réunions cliniques**

A revoir en 2011 : différence entre réunion de synthèse et réunion clinique pour un patient, programmée ou pas.

- **Diagnostic principal**

Proposition : DP = Diagnostic longitudinal

Discussion : dans une prise en charge, le DP peut changer. Oui, mais le changement de DP ne fait pas changer la séquence.

Si pas de changement de séquence par le DP, quel est le sens de la définition actuelle du DP ?

- **DAS**

Des problèmes pris en charge (diagnostic ou traitement) ou bien des éléments descriptifs de l'état de santé ?

- **Question complémentaires, posées par Eric CHOMETTE :**

- Quid des **prises en charge des patients pris en charge par des unités de précarité** : soit recueil individuel donc financement RIM-P, soit financement en MIG ?

Donc, mettre dans le guide s'il faut recueillir ou pas l'activité.

Discussion sur l'activité de maraude. Est-il possible de la décrire avec un patient comme cible de cette activité.

- **Activité de la psychiatrie au sein des SAU** : l'activité est-elle comptée 2 fois ? Lors de la phase de financement il faudra préciser si cette activité sera exportée au sein des RAA.
- **Discussion sur le seuil de temps séparant venue et demi venue**

Actuellement le guide ne donne aucun seuil de durée permettant de définir une demi-venue par rapport à une venue.

A Aix : moins d'1 heure, c'est un entretien ; Moins de 3 heures : une demi venue ; Plus de 3 heures : une venue

Au sein du champ OQN : entre 3 et 4 heures : une demi séance. Entre 6 et 8 heures, c'est une séance.

Au Vinatier : moins de 4 heures, une demi-venue, 4 heures et plus, une venue entière.

Donc, des seuils de temps différents d'un champ à l'autre et d'un établissement à l'autre !!!

A noter que le CATTP, qui correspond le plus souvent à une activité de groupe dure le plus souvent : moins de 3 heures...

- **Quelle est la règle appliquée au recueil de la journée d'isolement : la présence à minuit ?**

Cette règle peut occulter les prises en charge de moins d'une journée (sans nuitée).  
Réponse de JF Noury : le guide proposé pour le 1<sup>er</sup> janvier 2011 prévoit ce cas avec recueil spécifique pour date de sortie d'isolement = date d'entrée en isolement, et ensuite nombre de jours si plusieurs nuitées.

- **Autre question** : préciser les formes d'activité qui peuvent faire l'objet d'un recueil complémentaire ambulatoire en même temps qu'une prise en charge en temps complet (page 16 du guide, )

Proposition : dans le guide de début 2011 : préciser celles qui ne peuvent pas faire l'objet d'un recueil d'activité complémentaire au temps complet, soit formes d'activité temps plein ou postes cure.

- **Demande François TORRES (UNCPsy):**

**Repérer les patients adressés par le service d'urgence d'un autre établissement**, donc étendre le codage de la destination, code 5, à un passage aux urgences d'un autre établissement. Intérêt : repérer les trajectoires de patients qui arrivent aux urgences et nécessitent une hospitalisation en psychiatrie.

Question : Repérer ces situations en attribuant le code 5 à la destination ou créer un nouveau numéro ? Discussion à ce sujet...

En tout cas, cette évolution doit être prise en compte dans tous les champs.

### **Conclusion de ce point sur les évolutions du guide par Joëlle DUBOIS, ATIH**

Les membres du groupe sont appelés à faire des propositions sur tous les points évoqués plus haut, notamment, proposer une définition du diagnostic principal

### ➤ **3. Point sur la production des RSFA pour les établissements sous OQN**

#### **Présentation de Nathalie Ducret, ATIH**

En 2010, pour mémoire, recueil des RSF facultative. Une information a été faite auprès des éditeurs et autres partenaires. un PIVOINE OQN a été développé et utilisé depuis M9 2010.

#### **Une évaluation du nombre de RSFA transmis a été faite le 25 novembre :**

- 176 établissements OQN concernés
- 69 ont déposé sur la plate-forme, **dont 12 ont adressé des RSF**
- Soit 17% de ceux qui ont transmis à ce jour et 7 % du total de ces établissements.

Rappel : production obligatoire au 31 décembre 2010.

#### **Commentaire François TORRES**

Techniquement, la production de RSF est difficile

Un autre établissement : n'y arrive pas. Problème de format ? la société de service a été contactée.

Pas de remontée des autres établissements.

**Question:** le public ne produit pas de RSF ? Pourquoi ?

Réponse : quand les établissements vont être en T2A, ils produiront les données de facturation avec le chaînage.

Observation Claude MARESCAUX : pour les établissements sous DG : il y a le retraitement comptable qui donne des éléments de coût des prises en charge.

### **Information de Joëlle DUBOIS**

L'arrêté du 29 juin 2007 sera modifié, pour intégrer la production obligatoire des RSFA. Le nouveau guide y sera annexé.

#### ➤ **4. Perspectives de travaux ATIH, présentation faite par Anne Buronfosse, ATIH**

- Mise à jour du guide
- RIM-P :
  - Consolider les données du RIM-P (Qualité, chaînage)
  - Analyse médicalisée du RIM-P : quels indicateurs, avec d'autres sources de données
  - Analyses d'activité ciblées : urgences, addictologie
- Autres sources d'information :
  - Visites d'établissements par l'équipe PSY de l'ATIH
  - Revue de bibliographie
  - Constitution d'une base de connaissance

**Question Claude MARESCAUX :** Quid des données socio-démo ?

La DREES n'a pas de temps pour y travailler pour l'instant (Isabelle Leroux) ; Se poser la question de continuer à les recueillir oui ou non

Et pourtant, l'importance de ces informations dans le cadre des travaux sur le compartiment géopopulationnel !!

**Autre demande de travaux :** Demande d'évolution des tableaux MA PSY : réponse de Housseyni Holla : l'ATIH va y travailler

### **Questions diverses**

Un PV sera réalisé. Nous aurons, à priori, 4 réunions par an, avec des travaux entre les réunions.

Claude MARESCAUX : peut-on communiquer vers les autres DIM ? : Oui, c'est le rôle des représentants de communiquer vers ses mandants.

Mais, pour mémoire, rappel des missions de ce comité. Rôle TECHNIQUE, Pas de rôle politique ni décisionnel.

Joëlle DUBOIS rappelle sa demande aux membres du comité de fournir des éléments permettant de contribuer au débat. Les autres établissements peuvent être sollicités

**Question Isabelle Leroux :** la DGOS n'est pas présente ?

Réponse ATIH : La réunion a été convoquée tardivement. Et les fédérations n'ont pas eu le temps, non plus de nommer leurs représentants techniques.

**Date de prochaine réunion :**

**24 mars 2011, à 10 heures**