

COMITE TECHNIQUE PSYCHIATRIE

Compte-rendu de la réunion du 29 novembre 2010

Présents :

UNC-psy : Docteurs Olivier Drevon et François Torrès ; Monsieur Alain Longone (UCN-psy) ;

FHF : Monsieur Yves Gaubert, Monsieur Antoine De Riccardis, Docteur Marie-Thérèse Lorient

CNIM : Docteur Eric Chomette, Docteur Claude Marescaux

DREES : Mademoiselle Isabelle Leroux

ATIH : Monsieur Housseyni Holla, Drs Anne Buronfosse, Joëlle Dubois, Nathalie Ducret, Jean-François Noury

1. INSTALLATION DU COMITE

Housseyni Holla introduit la réunion en rappelant le cadre dans lequel elle se situe : la création de ce comité répond à une demande de la DGOS qui a souhaité qu'un tel comité soit mis en place dans chaque champ d'activité (HAD, SSR et psychiatrie), à l'instar de ce qui existe en MCO depuis plusieurs années. Il s'agit ainsi de traiter les sujets techniques en lien avec la description et la valorisation de l'activité de chaque champ.

Le comité est composé de représentants

- des fédérations (FHF, FEHAP, UNCPsy) : deux membres au maximum pour chaque fédération
- du CNIM : deux membres
- de représentants des administrations : DGOS, DSS, DREES; CNAM) : un représentant pour chaque administration.

Le comité a vocation à se réunir 3 à 4 fois par an

2. MISE A JOUR DU GUIDE DE PRODUCTION DU RECUEIL D'INFORMATION POUR 2011

L'ATIH, annonce que le *Guide méthodologique de production du recueil d'informations* sera prochainement publié sous un nouveau format, plus commode pour les utilisateurs et comparable à celui des guides des autres disciplines. Il est prévu peu de modifications de fond dans cette prochaine version. En revanche, l'ATIH souhaite soumettre au comité technique des suggestions d'évolution susceptibles d'alimenter ses travaux en 2011, pour une mise en œuvre en 2012. L'ATIH fonde ses propositions d'évolutions, immédiates et à venir, sur les questions et observations adressées par les établissements.

Les propositions d'évolutions immédiates

- **Définition de la démarche**

L'ATIH propose de donner la définition suivante dans la prochaine version du guide méthodologique : lorsqu'une démarche pour un patient est effectuée le même jour auprès de plusieurs tiers (par exemple auprès de deux services sociaux différents), le nombre d'actes de

démarche pour ce patient ce jour est égal au nombre de tiers (institutions, services sociaux) démarchés.

Le comité technique donne son accord.

Eric Chomette demande s'il faut 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 donne pour 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.

Claude Marescaux propose d'établir une cohérence avec les SSR, par exemple avec les démarches téléphoniques des assistantes sociales qui font l'objet d'un recueil en SSR.

L'ATI estime qu'il est préférable d'envisager la réflexion sur ce sujet au titre des travaux de 2011.

- **Prises en charge mère-bébé**

Le comité technique retient la proposition suivante : préciser que les actes sont recueillis au seul nom de l'enfant. Il est toutefois demandé que soit précisé que, lorsque la mère est prise en charge par ailleurs, elle fait également l'objet d'un recueil.

- **Les thérapies familiales**

Le guide méthodologique indique qu'elles sont incluses dans l'acte « groupe » de la classification EDGAR. Il est indiqué par plusieurs membres du comité qu'un recueil par membre du groupe s'impose, donc un dossier médical pour chacun des membres du groupe.

Les propositions d'évolutions à prévoir

- **Séquences de sortie d'essai**

Elles peuvent être très longues, jusqu'à plusieurs mois voire années, mais n'interrompent pas le séjour. Elles imposent donc un recueil d'information particulièrement difficile, en l'absence du patient. De plus, un patient en sortie d'essai peut bénéficier de soins ambulatoires, et connaître ainsi une double prise en charge.

Il est proposé de clore le séjour avec un mode de sortie spécifique.

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

Le comité technique choisit d'attendre la révision de la loi de 1990 qui devrait instaurer des soins ambulatoires sous contrainte, donc supprimer la notion de sortie d'essai.

- **Le CATTP**

Il existe une hétérogénéité des recueils. Pour la même activité, on enregistre ici des groupes, ailleurs des demi-venues, ici de l'hospitalisation de jour, ailleurs du CATTP.

La proposition de rattacher l'activité en CATTP à l'activité ambulatoire a été émise.

Au terme de la discussion, il est décidé de traiter le sujet dans le cadre des travaux de 2011.

- **Les réunions cliniques**

La version actuelle du guide méthodologique définit notamment la réunion clinique comme une réunion rassemblant plusieurs professionnels autour du cas **d'un patient particulier** et lui oppose la réunion de synthèse, définie comme une réunion au cours de laquelle les cas **de différents patients** sont étudiés. Mais cette définition correspond-elle à la réalité ? Des réunions cliniques peuvent en effet concerner plus d'un patient.

La définition de la réunion clinique est inscrite au programme des travaux de 2011.

- **Diagnostic principal**

Il est défini aujourd'hui comme le diagnostic qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la séquence. Il peut donc changer d'une séquence à l'autre. La proposition de le remplacer par le trouble mental « longitudinal » a été exprimée (en l'absence de trouble longitudinal identifié, on enregistrerait un symptôme ou un code du chapitre XXI – code Z – de la CIM-10).

La définition du diagnostic principal est inscrite au programme des travaux de 2011.

- **Diagnostics et facteurs associés**

Deux rôles sont envisageables pour ces informations : identifier des prises en charge (diagnostiques ou thérapeutiques), donc des consommations de ressources, ou bien identifier des éléments descriptifs de l'état de santé, indépendamment de l'aspect économique.

Le comité technique est à priori plutôt favorable au second terme de l'alternative mais se prononcera à l'issue de ses travaux de 2011.

- **Autres points**

La discussion aborde alors divers points relatifs aux conditions de production du recueil. Pour certaines questions qui nécessitent qu'elle se renseigne, l'ATI s'engage à donner réponse ultérieurement au comité. C'est ce qui est fait ci-dessous.

Éric Chomette demande comment recueillir d'une part les prises en charge de patients par des unités de précarité, et d'autre part l'activité de maraude. La question est posée de savoir s'il faut produire des RIM-P, ou bien si ces activités peuvent être financées par les MIG ?

Réponse de l'ATI : les MIG ne concernent pas le secteur d'activité de la psychiatrie (elles ont été définies pour les besoins de la T2A MCO). La question peut donc se poser de définir un mode de description de ce type d'activité adapté. Dans tous les cas, il sera à terme intéressant de dénombrer et décrire cette activité. Il est donc proposé de porter ce sujet dans le cadre des travaux 2011.

Il est fait observer que les conditions d'identification de l'activité de la psychiatrie au sein des structures d'accueil des urgences ne sont actuellement pas précisées. L'activité est-elle comptée 2 fois ? Lors de la phase de financement il faudra préciser si cette activité doit être enregistrée dans des RAA.

À propos de la venue et de la demivenu, il est observé que la version actuelle du guide méthodologique n'indique pas de seuil de durée permettant de les distinguer. Des pratiques variables sont décrites :

- à Aix, moins d'une heure, c'est un entretien ; moins de 3 heures : une demivenu ; plus de 3 heures : une venue ;
- dans les établissements financés par l'OQN, pour l'assurance maladie, la demiséance aurait une durée inférieure à 6 heures, la séance une durée de 6 heures ou plus ;
- au Vinatier : moins de 4 heures c'est une demivenu, 4 heures et plus c'est une venue.

Les seuils de temps sont ainsi différents d'un secteur à l'autre et d'un établissement à l'autre. Le CATTP, qui correspond le plus souvent à une activité de groupe, dure le plus souvent moins de 3 heures.

Réponse de l'ATI : l'article 2 de l'arrêté du 31 janvier 2005¹ distingue deux durées de soins : d'une part de 3 à 4 heures, d'autre part de 6 à 8 heures. Ces durées sont aussi celles indiquées dans l'Aide au remplissage de la Statistique annuelle des établissements de santé.

Il est fait observer que nombre d'utilisations de la chambre d'isolement ne durent que quelques heures. En conséquence, les dates d'entrée et de sortie étant égales, la durée de présence est « 0 », occultant les prises en charge. Il est demandé quelle est la règle qui s'applique au recueil de la journée d'isolement : la présence à minuit ?

Réponse de l'ATI : à propos de l'information « nombre de jours de présence », le guide méthodologique indique que la règle qui s'applique est celle de la présence à minuit et que les journées en chambre d'isolement sont décomptées selon le même principe. Il n'est en effet pas concevable que le mode de calcul des journées de présence varie selon le lieu dans l'établissement, et puisse être en contradiction avec les règles administratives.

L'ATI étudiera s'il est possible que la version du guide applicable le 1^{er} janvier 2012 prévoie un mode de recueil permettant de comptabiliser les séjours sans présence à minuit.

Réponse de l'ATI : l'évolution impose une modification du format du RPS. Celle-ci n'est pas possible pour 2011 compte tenu de la date de réunion du comité technique au regard des contraintes en matière informatique (ATI et sociétés de service). Il est souhaité que le comité technique se prononce avant l'été 2011 sur de nouvelles modalités de recueil (remplacement du nombre de journées par les dates d'entrée et de sortie de la chambre d'isolement ?) afin de modifier guide et format pour 2012.

¹ Arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code

Il est demandé que soient précisées les formes d'activité qui peuvent faire l'objet d'un recueil ambulatoire en même temps qu'une prise en charge à temps complet.

François TORRES (UNCPSY) souhaite que l'on puisse identifier les patients adressés par une structure d'accueil des urgences d'un autre établissement. L'intérêt est de permettre de repérer les trajectoires de patients qui arrivent aux urgences médicochirurgicales et nécessitent une hospitalisation en psychiatrie. Aujourd'hui, le code de provenance « 5 » est réservé à un passage par les urgences de l'établissement d'hospitalisation, or beaucoup d'établissements psychiatriques ne possèdent pas de structure d'accueil des urgences. L'ATIH propose que dès 2011 la rédaction de l'intitulé du code « 5 » de provenance soit modifiée : « avec passage dans une structure d'accueil des urgences » au lieu de « avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement ».

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

Les membres du groupe sont appelés à faire des propositions sur les points évoqués plus haut au titre des travaux pour 2011. Le point concernant la définition du diagnostic principal est particulièrement signalé.

3. POINT SUR LA PRODUCTION DES RSF

La production d'un résumé standardisé de facturation (RSF) par les établissements sous OQN ayant une activité de psychiatrie a été initiée en janvier 2010. En pratique, une réunion a été organisée en mai 2010, à l'intention des sociétés de service informatiques, afin qu'elles répondent aux demandes des établissements pour mettre en place cette fonctionnalité dans leur système d'information.

La livraison de l'outil PIVOINE permettant la transmission effective des RSF sur la plateforme e-pmsi a été réalisée en septembre 2010. Dès cette période, la remontée des RSF en lien avec l'activité cumulée depuis janvier 2010 a été possible.

Un point de remontée réalisé au 25/11/2010, montrait que 17% des établissements ayant transmis leurs données d'activité avait transmis des RSF, ce qui représente 7% des établissements sous OQN.

Les membres du comité représentant les établissements (OQN) concernés rappellent qu'ils ont rencontré des difficultés, notamment avec les SSII, expliquant le faible taux de transmission, mais que ces difficultés sont en voie de résolution.

L'ATIH rappelle alors qu'elle est à l'écoute des établissements et des SSII, et qu'elle se tient à leur disposition, en tant que de besoin, pour apporter l'aide nécessaire à la résolution des problèmes rencontrés.

Il est rappelé que la production des RSF devient obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2011, et qu'un nouveau point de remontées sera réalisé lors de la prochaine réunion du groupe.

TRAVAUX 2011 – QUELQUES PREMIERES PERSPECTIVES

L'exhaustivité de recueil du RIM-P est aujourd'hui satisfaisante : exprimé en masse financière, le taux d'exhaustivité 2009 est de 96 %. Au-delà de ce premier résultat, il convient désormais de consolider la base des RIM-P et de s'assurer de la qualité et de la complétude des données recueillies. Les évolutions du guide méthodologique participent de cette démarche, mais d'autres aspects doivent aussi être considérés : la qualité des données du chaînage, par exemple, constitue un réel enjeu.

La base de données des RIM-P est une source d'information précieuse sur la nature des prises en charge dont bénéficient les patients dans le champ de la psychiatrie. Quelques premières analyses exploratoires ont été menées sur ces données. Elles nécessitent d'être développées plus avant par l'analyse, notamment, des indicateurs médicalisés (diagnostics, score de dépendance, ...); à ce titre il conviendra de s'interroger sur les indicateurs susceptibles de caractériser au mieux la lourdeur des patients pris en charge. Certaines activités ciblées pourraient également faire l'objet d'étude *ad hoc* ; ce pourrait être le cas, par exemple, de la prise en charge des conduites addictives.

L'appropriation statistique des données du RIM-P constitue un des axes de la démarche qui sera poursuivie en 2011 dans la perspective de la constitution d'une base de connaissance sur la prise en charge des patients en psychiatrie. Cet aspect devra être complété et potentialisé par d'autres sources d'information : rencontres avec les professionnels dans le cadre de visites d'établissements, recherche bibliographique, ...