

# Comité technique plénier PSYCHIATRIE

**3 juillet 2018**

# ORDRE DU JOUR

- **Point d'informations**
  - Nouveautés CIM-10, CCAM
- **SG « Qualité des données du RIM-P »**
- **SG « Mesure des coûts en Psy »**
- **SG « Analyse 'Schizophrénie' »**
- **SG « Restitutions en psychiatrie »**
- **Questions diverses**
- **Agenda**

# Point d'informations



# Nomenclatures

CIM – CCAM



# CIM-10 2019

Mises à jour OMS

Mises à jour nationales

# Mises à jour OMS synthèse

---

- **2019 : année d'évolutions majeures**
- **49 catégories et souscatégories créées avec leur notes**
- **16 catégories et souscatégories supprimées avec leur notes**  
*Les codes supprimés sont remplacés par des codes créés ou déjà existants*
- **18 notes ajoutées indépendamment de celles dues aux catégories et souscatégories créées**
- **5 notes supprimées indépendamment de celles dues aux catégories et souscatégories supprimées**
- **8 libellés modifiés : groupe, catégorie, sous catégorie**
- **23 notes modifiées**

# Mises à jour OMS remplacement de codes

---

- Les codes U06.- Maladies dues au virus ZIKA sont remplacés par :
  - A92.5 maladie due au virus ZIKA
  - P35.4 Maladie congénitale due au virus ZIKA
- Le code B59† Pneumocystose (J17.3\*) est remplacé par B48.5† Pneumocystose (J17.2\*)
- Le code G56.4 Causalgie est remplacé par les codes G90.6 Syndrome douloureux régional complexe de type II
- Les codes K58.0 /K58.9 Syndrome de l'intestin irritable, avec / sans diarrhée sont remplacés par K58.1 / K58.2 K58.3 / K58.9 Syndrome de l'intestin irritable, avec....
- Le code M31.2 Granulome malin centrofacial, supprimé doit être codé par C 86.0 Lymphome extranodal à cellules NK/T, type nasal

## Mises à jour OMS : autres créations de codes - 1

---

- **G83.6 Paralyse faciale du neurone moteur supérieur [NMS] [MNS]**
- **G94.3\*Encéphalopathie au cours de maladies classées ailleurs**
- **J98.7 Infections respiratoires non classées ailleurs**
- **K55.3 Angiodysplasie de l'intestin grêle**
- **K66.2 Fibrose rétropéritonéale**
- **M75.6 Lésion du labrum [bourrelet glénoïdien] dans l'atteinte dégénérative de l'articulation de l'épaule**
- **R00.3 Activité électrique sans pouls, non classée ailleurs**
- **R17.0 Hyperbilirubinémie, avec mention d'ictère, non classée ailleurs**
- **R17.9 Hyperbilirubinémie, sans mention d'ictère, non classée ailleurs**
- **T76 Effets non précisés de causes externes**
- **Z22.7 Infection tuberculeuse latente**



## Mises à jour OMS : autres créations de codes - 2

---

- Ajout de sous catégorie avec un 4<sup>e</sup> caractère aux codes suivants pour identifier le monoxyde de carbone
  - X47 Intoxication accidentelle par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
  - X67 Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
  - X88 Agression par des gaz et émanations
  - Y17 Intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits, intention non déterminée
  - Y19 Intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision, intention non déterminée
- Conséquences, les codes de lieux et d'activité présents en 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> positions seront déplacés en 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> positions

# Mises à jour OMS : autres modifications

## ○ Modifications de libellés de groupe, catégorie, souscatégorie

- I62.0 Hémorragie sousdurale ~~(aigüe)~~ (non traumatique)
- R17 ~~Ictère, sans précision~~ Hyperbilirubinémie, avec ou sans ictère, non classée ailleurs
- Conséquences des créations de catégories et souscatégories pour T75.8 , X47, X67, X88, Y17  
*Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées comme cinquième caractère supplémentaire avec les catégories B18.0–B18.1:*
  - 0 phase d'immunotolérance
  - 9 phase autre et non spécifiée

## ○ Ajout de note d'utilisation

- B18 Hépatite virale chronique  
*Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées comme cinquième caractère supplémentaire avec les catégories B18.0–B18.1:*
  - 0 phase d'immunotolérance
  - 9 phase autre et non spécifiée
- O24 Diabète sucré au cours de la grossesse  
*Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier toute manifestation en cours du diabète sucré*

## ○ Ajouts, modifications suppressions de notes

- E05 Thyrotoxicose [hyperthyroïdie]
  - Affection (de l') (du) :
  - • cœur † (I43.8\*)
  - • œil † (H58.8\*)

} d'origine thyroïdienne(thyrotoxique)
- R95 Syndrome de la mort subite du nourrisson
  - Comprend : mort subite (inexpliquée) (du nourrisson) avant l'âge d'un an

# Mises à jour nationales O04 – P95

## ○ Subdivision catégorie O04 Avortement médical

*[Voir les subdivisions avant O00]*

*Comprend : avortement thérapeutique*

*interruption de grossesse :*

- légale *avec intervention d'un professionnel de santé*
- thérapeutique

*À l'exclusion de : avortement clandestin : O05-*

- O04.-0 Interruption médicale volontaire de grossesse [IVG ans le cadre légal]
- O04.-1 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause embryonnaire ou fœtale
- O04.-2 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour cause maternelle
- O04.-3 Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG] pour association de causes fœtale et maternelle

Attention avec cete déclinaison, l'association Z64.0 ne doit plus être demandée avec O04

## ○ Subdivision catégorie P95 Mort foetale (de cause non précisée)

- P95.+0 Mort fœtale in utero en dehors d'une Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG]
- P95.+1 Mort fœtale in utero suite à une Interruption médicale de grossesse [IMG] [ITG]
- P95.+2 Mort fœtale perpartum  
*Fœtus vivant au début du travail mais dont le décès est constaté au cours du travail ou à l'accouchement.*
- P95.+9 Mort fœtale sans précision

Attention avec cette déclinaison, l'association avec P+96.4 pour identifier les morts fœtales n'a plus d'intérêt

## ○ En attente avis experts Information médicale

# Mises à jour nationales – stades insuffisance cardiaque

---

## ○ Identification de trois stades de sévérité

- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] > 50
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] ≤ 50 et >40
- avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] ≤ 40

## ○ Portant sur les codes

- I11.0 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.0 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I13.2 Cardionéphropathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) et rénale
- I50.0 Insuffisance cardiaque congestive
- I50.1 Insuffisance ventriculaire gauche
- P29.0 Insuffisance cardiaque du nouveau-né

## ○ En attente des conclusions FSM : seuils et codes concernés

## ○ En attente avis experts Information médicale

## Mises à jour nationales – autres modifications

---

### ○ Corrections de libellés

- X38 **Victime** d'inondation
- Y70–Y82 Appareils médicaux associés à des accidents au cours **de leur usage** diagnostique et thérapeutique
- Z50.0 Rééducation **cardiaque**
- Z50.5 **Orthophonie**

### ○ Corrections de notes de F80.1, F80.2, F80.3 Trouble de l'acquisition du langage,...., Aphasie acquise avec épilepsie...

- dysphasie et aphasie (R47.0-)

## Autres travaux – notes exclusion CIM

---

- **La CIM présente des notes d'exclusion qui ont pour objectif d'orienter le codage, en privilégiant le codage de l'étiologie et le monocodage**
  - Consignes valables surtout pour la mortalité
  - Des dérogations sont possibles pour le codage de la morbidité
- **Pour le codage de la morbidité pour le PMSI deux types de notes d'exclusion ont été identifiées**
  - Notes d'exclusion incontournables
  - Notes d'exclusion qui peuvent être levées pour autoriser un codage plus précis : « exclusions dites facultatives »

## Autres travaux – exclusions facultatives

---

### ○ Travaux en cours

- Identification des exclusions de la CIM qui pourraient être levées pour le codage PMSI
  - À confronter aux impératifs classification et fonction groupage
- 
- Si possible, pour 2019, identifier clairement, quelques exclusions qui pourraient être levées et en faire l'information dans une publication ATIH publiée au B.O.



# CCAM descriptive pour usage PMSI 2019



# CCAM pour usage PMSI 2019

---

- Demande du groupe mortinatalité :
  - Décliner les 4 libellés de césarienne de la CCAM comme les accouchements par voie naturelle selon la parité et si la grossesse est unique ou multiple
  - Pour chaque libellé de césarienne déclinaison :
    - Accouchement unique par césarienne ....., chez une primipare
    - Accouchement unique par césarienne ....., chez une multipare
    - Accouchement multiple par césarienne ....., chez une primipare
    - Accouchement multiple par césarienne ....., chez une multipare
- Demande de la HAS, dans le cadre des études post inscription des ballons à élution de principe actif pour connaître le taux de réintervention
  - Préciser le côté opéré pour les interventions de revascularisation des membres inférieurs
  - Préciser l'artère concernée
- En attente avis experts Information médicale

# CCAM pour usage PMSI 2019

---

- Demande de la CNAM
  - Décliner les 2 libellés HFCC003 et HFCA001 de Court-circuit [Bypass] gastrique pour obésité morbide, selon le type d'anse réalisé:
    - Anse en Y
    - Anse en oméga
  - Pour en assurer un meilleur suivi, en accord avec la Société savante concernée.

## **Sous-groupe « Qualité des données du RIM-P »**

## Sous-groupe « Qualité des données du RIM-P »

1. Points d'information : publications
2. Bilan Recueil isolement contention
3. Bilan Recueil actes CCAM
4. Perspective évolution RIM-P

# Point d'information Publications

---

- Guide méthodologique 2018
  - Version provisoire : 29 novembre 2017
  - BO : 4 avril 2018
- Notice technique PMSI :
  - 27 novembre 2017 et 22 décembre 2017
- Scellement de la base nationale 2017 : 26 mars 2018

# Point d'information

## Rappel Évolution 2018

---

- Appliqué à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 :
  - Recueil Prestations inter-établissement (PIE)
  - Recueil des mesures de Contention-isolement

# Point d'information

## Tableau Ovalide Psy : nouveautés 2018

- Tableau synthèse d'activité [1.D.2.SYNTHA] :
- % d'IPP sans n° Ano (HP et HC) → M3
- Non-conformité et Non-conformité prioritaire → M6

=Prise en charge à temps complet			
	Année en cours	Année n-1	Evolution (%)
Nb résumés par séquence transmis	2 816,00	3 404,00	-17,27
Nb de RPSA supprimés des calculs (indicateur de séquence = « E »)	0,00	2,00	-100,00
Nb de résumés par séquence traités	2 816,00	3 402,00	-17,23
Nb de RPSA transmis avec anomalie	2 251,00	3 156,00	-28,68
Nb de formes d'activité distinctes	2,00	2,00	0,00
Patient: Nb patients : ipp	1 329,00	1 329,00	0,00
Patient: Nb patients : ano	1 329,00	1 330,00	-0,08
% IPP avec ano correctement chaîné	97,59	99,62	-2,04
Patient: Age moyen	43,48	44,29	-1,84

# Point d'information

## Tableau Ovalide Psy : nouveautés 2018

---

- Fichcomp isolement et contention :
  - Non-conformité : Tableau [1.Q.1.ERFICHOMP] Synthèse des erreurs de conformité détectées par PIVOINE – FICHCOMP
  - Description : Tableau [1.D.2.ISOCONT] Synthèse de mesures d'isolement et de contention
- Tableau *[1.D.2.DET] : Codage et valorisation des séjours des patients détenus »*

[legifrance.gouv.fr/pdf/2018/05/cir\\_43394.pdf](http://legifrance.gouv.fr/pdf/2018/05/cir_43394.pdf)



## 2- Bilan recueil isolement contention

# Recueil des Contentions-isolements

## Rappel

- Comité technique psychiatrie du 7 juillet 2016 :
  - ➔ Demande DGOS d'inclure un recueil descriptif de l'activité de contention mécanique et d'isolement dans le RIM-P
- **Publications :**
  - Instruction DGOS : 29/03/2017
  - Recommandations de bonnes pratiques (RBP) HAS : 20/03/2017
- Début du recueil : 1<sup>er</sup> janvier 2018

# Recueil des Contentions-isolements

## Rappel

- **Formalisation de l'expression de besoin :**

- Été 2017 : réunions DGOS, DGS, ATIH et Référents-Rapporteurs du Comité de Pilotage de la psychiatrie sur thématique « *limitation et encadrement du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement* »

- **Expertise par SG « Qualité des données du RIM-P » :**

- Modalités descriptives de ces pratiques dans le RIM-P

- **Support du recueil et de transmission :**

- fichier complémentaire de type « FichComp »

# Recueil des Contention/Isolements (C/I)

**e-PMSI : Ovalide Psy**

**ScanSanté :**

- Tab. agrégés nationaux ?
- RME Psy : indicateurs ? focus thématique?
- etc. ?

Restitutions ATIH

Expression  
de besoin

Pivote

RPS

FichComp

Registre C/I

SIH-DPI

Module PMSI

Fiche « Décision mesure C/I »

# Recueil des Contentions-isolements

## Proposition du Sous-Groupe pour 2018

### FichComp

- N° mesure
- Identifiant séjour
- Type : A,B,C,D ou E (selon Annexe II de l'instruction du 20 mars 2017)
- Date début mesure & Heure début de mesure
- Date fin mesure & Heure fin de mesure

### RPS

- Toxique 1 / Toxique 2 / ...Toxique N :
- Pathologie chronique, Tr. personnalité sous-jacent
- Connu/non connu ?
- Indication de la mesure ?

## & Elaboration d'un cahier des charges

# Recueil des Contentions-isolements

## Format Fichcomp et consignes de recueil

### Fichiers complémentaires

#### FICHCOMP Isolement et contention

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	Fixé à « 12 »
N° de séjour	20	12	31	variable présente dans le RPS
N° de mesure	7	32	38	Interne à la structure
Type de contention/ isolement	1	39	39	De A à E Instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 (annexe 1 et 2)
Date de début de mesure	8	40	47	JJMMAAAA
Heure de début de mesure	4	48	51	HHMM (24h)
Date de fin de mesure	8	52	59	JJMMAAAA (*)
Heure de fin de mesure	4	60	63	HHMM (24h) (*)

(\*) laisser à blanc si mesure encore en cours

- « Mesure » au sens RIM-P
  - Notion de « Période globale »
  - Couvre une ou plusieurs décisions médicales
  - Contention et isolement doivent être décrits séparément

# Recueil des Contentions-isolements

## Tests de non-conformité Pivoine

- Tests bloquant / non bloquant
  - Mesures hors période :
    - Date/heure de début après période de transmission
  - Date heure de fin hors période de transmission
- Tests : manquant/non-conformité
- Test d'incohérences de date/heure entre mesures et séjours
- Tests d'incohérence entre les mesures
  - Chevauchement : mesure d'isolement [A, B]
  - Chevauchement : mesure [C,D,E]



**Tableau Ovalide de non-conformité [1.Q.1.ERFICHOMP]**  
Synthèse des erreurs de conformité détectées par PIVOINE –  
FICHCOMP

# Recueil des Contentions-isolements

## Tableau Ovalide [1.D.2.ISOCONT] Synthèse de mesures d'isolement et de contention

- 5 sous tableaux
  - Indicateurs descriptifs par type de mesure
    - Toutes les mesures transmises
    - Les mesures terminées durant la période de transmission
  - Mesures simultanées (Contention ⇔ isolement)
    - Nombre de mesures
    - Nombre de patients
    - Durée



# Recueil des Contentions-isolements

## Tableau Ovalide [1.D.2.ISOCONT] Synthèse de mesures d'isolement et de contention

=A - toutes mesures confondues					
	Isolement A	Isolement B	Contention C	Contention D	Contention E
Mesures : Nombre	2186.0	202.0	83.0	.	6.0
Durée : Somme	184596.3	24047.7	1622.1	.	118.1
Durée : Min	0.0	0.0	0.0	.	4.0
Durée : Q1	21.5	21.3	18.6	.	20.1
Durée : Médiane	23.7	24.0	23.3	.	23.0
Durée : Moyenne	84.4	119.0	19.5	.	19.7
Durée : Q3	24.0	24.0	24.0	.	24.0
Durée : Max	6614.2	6613.7	24.0	.	24.0
Patient : Nombre	196.0	32.0	16.0	.	4.0
Patient : Nombre avec dp F1	3.0	0.0	0.0	.	0.0
Patient : Nombre avec dp F2	95.0	19.0	6.0	.	3.0
Patient : Nombre avec dp F3	15.0	4.0	1.0	.	0.0
Patient : Nombre avec dp F4	4.0	1.0	0.0	.	0.0
Patient : Nombre avec dp F5	1.0	0.0	0.0	.	0.0
Patient : Nombre avec dp F6	15.0	0.0	2.0	.	0.0
Patient : Nombre avec dp F7	1.0	2.0	0.0	.	0.0
Patient : Nombre avec dp F8	1.0	1.0	0.0	.	0.0
Patient : Nombre avec dp F9	4.0	0.0	0.0	.	0.0
=B - mesures terminées					
	Isolement A	Isolement B	Contention C	Contention D	Contention E
Mesures : Nombre	2186.0	202.0	83.0	.	6.0
Durée : Somme	184596.3	24047.7	1622.1	.	118.1
Durée : Min	0.0	0.0	0.0	.	4.0

### Synthèse de mesures d'isolement et de contention

#### Mesures simultanées

##### =Nombre de mesures

Mesure	A	B	NON
C	6	0	77
D	0	0	0
E	0	0	6
NON	2186	202	0

##### =Nombre de patients

Mesure	A	B	NON
C	4	0	15
D	0	0	0
E	0	0	4
NON	196	32	0

##### =Durée totale

Mesure	A	B	NON
C	1.1	.	25.9
D	.	.	.
E	.	.	2.0
NON	3076.6	400.8	.

*Durée en heure*

# Recueil des Contentions-isolements

## Bilan transmission et perspective

### Bilan

- 33 établissements ont transmis un Fichcomp à M3
- Difficultés signalées :
  - Libellé : « selon RBP de la HAS »
  - Description combinées des mesures
  - Mesure de type « E »
  - Éditeurs de logiciels

### Perspectives

- Produire un document de synthèse des consignes de recueil
  - Regroupant les : Notices techniques PMSI et réponses Agora sur le sujet
- Évolution du recueil :
  - Rajouter variable : « Indications de la mesure »
  - Repréciser définition des différents type de mesure : A à E
- Participer à l'Elaboration d'un cahier des charges

## 3 – Bilan recueil actes CCAM

# Recueil des Actes CCAM

---

## Rappel

- Début du recueil en janvier 2017
- Prise en charge HC et HP
- Prioritairement recueillir les actes de sismothérapie
- Les actes réalisés ET financés par l'établissement

# Recueil des Actes CCAM

- 206 établissements ont transmis des actes CCAM à M12 2017
- ECG +++, sismothérapie ++, radiologie+
- Actes thérapeutiques/diagnostics : orthodontie, orthopédie, cardiologie, gynéco, ORL,...

	%	Nb**
ECG SUR AU MOINS 12DÉRIV.	26,98%	29410
SÉANCE ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE	21,54%	23487
ECG +ENREG. ÉVÉNEMENTIEL DÉCLENCHÉ +TÉLÉTRANSMISSION	8,27%	9017
ÉVAL. 1DÉPRES.	6,50%	7083
ENREG. DES POTENTIELS MOTEURS STIMUL. CORTICALE +/- SPINALE	4,79%	5225
SUP PR ARCHIVAGE NUMÉRIQUE 1 EXAM SCAN OU REMNO	2,97%	3242
RX THOR.	2,20%	2400
SCAN. CRÂNE	1,56%	1704
RX ABD. SANS PRÉPA.	1,07%	1167
POLYSOMNOGRAPHIE 8 À 12H +VIDÉO	0,95%	1040
RESTITUTION 3D DES IMAGES ACQUISES SCAN.	0,90%	983
DOPPLER COEUR +DES VSSX INTRATHOR.	0,87%	953
IRM CRÂNE SANS INJ. IV PROD. CONTRASTE	0,77%	835
EEG 8 DÉRIV / > + ENREG AU - 20 MIN SANS NUMÉRIS SANS ENREG VIDÉO	0,72%	785
RX PANORAMIQUE DENTOMAXILLAIRE	0,55%	595
-----	-----	-----
ÉCHO ABD. +ÉCHO PELVIS	0,53%	580
IRM CRÂNE +INJECT IV	0,50%	546
ÉVAL. 1DÉFIC. COGNITIF	0,45%	496
.../...	.../...	.../...

# Recueil des Actes CCAM

---

- Mais aussi :
  - NEEP002 *Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale*
  - AAJA003 *Évacuation d'hématome intracérébelleux, par craniotomie*
- ➔ Erreur de codage ?
- ➔ Contexte de Prestation (PIA, PIE) ?
- ➔ Consignes de codage ?
- ➔ Bilan à poursuivre
- ➔ Mettre en perspective les actes « psychiatrique » dans les restitutions dont Ovalide Psy

## 4 – Perspective évolution RIM-P

## Perspective : évolution du RIM-P (1/2)

- Suite à
  - Journées d'information, Ateliers thématiques, Questions Agora,
  - Plus actuellement :
    - Tvx « schizophrénie », Visites d'établissements, évolution réglementaires
- Identification de plusieurs besoins d'évolution à court/moyen termes à prioriser :
  - Meilleure description du parcours des patients
    - Impossibilité de « Chainage » des activités ambulatoires exclusives (*absence du N° Assurance maladie*)
    - Pas de description des journées de présence en PEC à temps partiel
    - Dispositif de description des activités combinées compliqué à mettre en œuvre



## Perspective : évolution du RIM-P (2/2)

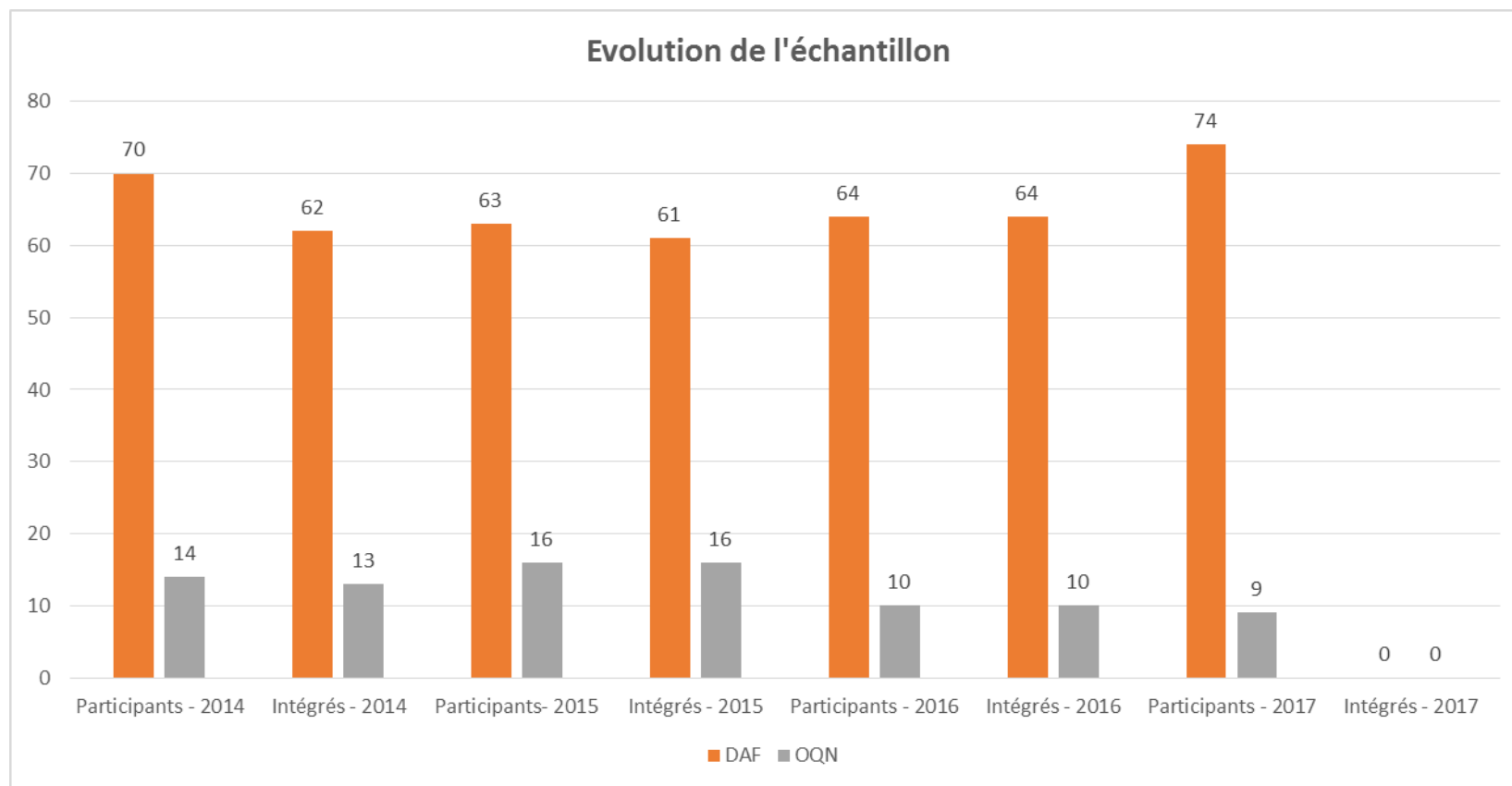
- Identification de plusieurs besoins d'évolution à court/moyen termes à prioriser (suite) :
  - Description des prises en charge avec NTIC *Nouvelles Technologies de l'Information et de la communication*
    - Pas de description de la Télémédecine
  - Meilleure description de l'autonomie/fonctionnement:
    - Echelle AVQ inadaptée
  - Homogénéisation de la description des Activités aux urgences
  - Meilleure (et homogénéisation de la) description des prises en charge :
    - Mère-bébé
    - Thérapie familiale

## Sous-groupe « Mesure des coûts en psychiatrie »

# Enquête de coût psy 2017

## *Evolution de l'échantillon*

○ L'échantillon 2017 se compose de 83 établissements (74 DAF et 9 OQN)



# Enquête de coût psy 2017

## *Calendrier de l'enquête*

---

- **3 mai 2018** : Mise en ligne des outils et prise de contact du superviseur avec tous les établissements
- **22/06/2018** : Premier dépôt des données sur la plateforme par l'établissement
- **13/07/2018** : Dernier dépôt des données sur la plateforme par l'établissement
- **31/07/2018** : Fin de la supervision avec rapport de supervision établi pour chaque établissement
- L'accompagnement des établissements est assuré par le cabinet EXCO.

# Enquête de coût psy 2017

## *Rappels des restitutions*

---

○ 3 types de restitutions sont transmises aux établissements de l'enquête :

○ **Restitution « brute » :**

○ Il s'agit des premiers résultats fournis à l'issue de l'enquête, sans retraitement.

○ **Restitution individuelle des coûts par SA :**

○ Il s'agit de la restitution des coûts de l'établissement, et de son positionnement au sein de l'échantillon pour les activités cliniques et spécifiques.

○ **Restitution individuelle des itinéraires patient au sein d'un établissement :**

○ Il s'agit d'une base de données valorisant l'ensemble de la prise en charge à partir des coûts d'UO de l'établissement.

○ Des variables issues du RIMP viennent également compléter cette base.

## **Sous-groupe « Analyses 'schizophrénie' »**

## Sous-groupe Analyses 'Schizophrénie'

**SG « Qualité des  
données du RIM-P »**

**SG « RME-Psy »**



**Une thématique commune :  
La schizophrénie**

-----

**Une réflexion partagée :  
Une BdD unique**

**Évolution du  
RIM-P :  
consolidation,  
pertinence**

**Restitution  
thématique :  
« Schizophrénie »**

# Processus

**RAPPEL**

**Bases RIM-P**

**1/ Constitution de  
la base d'étude**

**Base de l'étude**

**2/ Analyses**

**Définition des critères de sélection**

**Contrôle qualité**

Bilan et 1<sup>ères</sup> concrétisations

**Analyse « Production de soins »  
Analyse « Consommation de  
soins »**

**Évolution  
du RIM-P**

**Focus  
thématique**



# État d'avancée des travaux

---

- Après étapes de lancement des travaux et définition des besoins en restitutions
- Nouvelle étape:
  - Présentation des résultats des analyses qualité et répondre aux questions :
    - Quelles actions mettre en œuvre pour améliorer la qualité des données ?
      - Comment aider les Fédérations, les valideurs ARS et les éditeurs de logiciels à identifier les établissements les plus en difficulté ?
      - Blocage de la remontée de certaines données ?
      - Autres ?
    - Et d'élaborer des règles « génériques » pour garantir la « robustesse » des données en vue des analyses d'activité ( à plus long terme)

# État d'avancée des travaux

---

- Méthode :

- Analyses après création des tables descriptives des erreurs Pivoine à différentes échelles
  - Par test (niveau national)
  - Par RPSA/R3A
  - Par Séjour
  - Par patient (IPP-Finess)
  - Par Finess de transmission PMSI

➔ 1<sup>ère</sup> concrétisation : Amélioration et harmonisation des tests Pivoine et du manuel d'utilisation

## **Sous-groupe « Restitutions en psychiatrie »**

## Point d'information

---

- GT « Restitutions médico-économiques en psychiatrie » a été renommé « Restitutions en psychiatrie »

# Restitutions en psychiatrie

## Évolutions 2018

### ○ RMÉ-Psy : révision des modalités de calcul de la DMH

- Objectif : harmoniser le périmètre du numérateur et du dénominateur

- Nouvelles modalités de calcul pour la DMH :

$$\text{DMH} = \frac{\text{Nb de journées de présence avec ANO correctement généré}}{\text{Nb de patients (ANO)}}$$

- Signaler les erreurs de génération de l'ANO :

→ Ajout de 3 indicateurs pour documenter le nombre de patients IPP-Finess pris en charge à temps complet sans N° ANO correctement généré

### ○ Addictions chroniques (Psy, MCO, SSR) : renommage

- Indicateur « Nb d'établissements avec une autorisation pour sevrage complexe »
- Sera renommé « Nb d'établissements avec autorisation spécifique pour la prise en charge des conduites addictives »

# RMÉ-Psy

## Perspectives

---

- **Ajout d'indicateurs issus du SNIIRAM**
  - **Objectif** : Documenter les prises en charge psy réalisées « en ville »
  - **Impact** : 3 restitutions RMÉ-Psy
  - **Mise en œuvre & calendrier** : en cours d'arbitrage interne à l'ATIH
- **Évolutions 2019-2020**
  - Revoir la restitution des « Pathologies » des RMÉ-Psy
  - Enrichir le parangonnage de la restitution « Hospitalisations longues en psychiatrie »
- **Développement de nouveaux focus thématiques**
  - Thématiques retenues :
    - Soins aux détenus (multi-champs)
    - Troubles envahissants du développement / autisme

# Nouveautés ScanSanté – en ligne

## Hospitalisations longues en psychiatrie

---

- **Objectif**: restitue des informations sur les patients adultes hospitalisés longtemps à temps plein en psychiatrie par établissement
- **Définition** d'une hospitalisation longue ? Au choix :
  - 4 seuils :  $\geq 90$ ,  $\geq 180$ ,  $\geq 270$  ou  $\geq 365$  jours
  - 2 types d'hospitalisation :
    - En continu : le patient a été hospitalisé longtemps à temps plein sans sortir
    - En concentré : le patient a été hospitalisé longtemps à temps plein sans sortir plus de 7 jours entre 2 hospitalisations

**→ Accès à l'application**

# Nouveautés ScanSanté – en ligne

## Hospitalisations longues en psychiatrie

- Les + de cette restitution :
  - Un chainage des données RIM-P sur 3 ans
  - Le calcul de la durée d'hospitalisation sur des années dites « glissantes » ↔ même durée d'observation pour tous les patients : 365 jours
  - Des résultats sur les caractéristiques des patients, leur consommation de soins et leur devenir
  - Des clés de lecture pour mieux comprendre

---

### Clé de lecture

---

- Cette restitution concerne les patients (IPP-Finess), adultes (âge ≥ 18ans) et hospitalisés à temps plein (FA=01)
- La durée d'hospitalisation considérée pour chaque patient est la somme de ses journées de présence en hospitalisation à temps plein
- Chaque indicateur est restitué pour **2 types d'hospitalisation à temps plein** :
  - **En continu** : les journées de présence des **séquences (RPSA) à temps plein** du patient **espacées de 0 jours** (quel que soit le séjour administratif) sont sommées et considérées comme **un même épisode de soin en continu**
  - **En concentré** : les journées de présence des **séquences (RPSA) à temps plein** du patient **espacées de 0 à 7 jours** (quel que soit le séjour administratif) sont sommées et considérées comme **un même épisode de soin en concentré**



# Nouveautés ScanSanté – en ligne

## Hospitalisations longues en psychiatrie

Exemple : CHU de Strasbourg

### Hospitalisations Longues en psychiatrie

Cette restitution caractérise, pour un établissement autorisé en psychiatrie donné, **les patients adultes (≥18 ans) ayant eu une hospitalisation longue à temps plein en psychiatrie**, l'année sélectionnée, ainsi que leur **consommation de soins et leur devenir**. La durée de l'hospitalisation longue à temps plein peut-être choisie à l'aide de **4 seuils**, à savoir : supérieure ou égale à 90 jours, 180 jours, 270 jours, ou l'année entière (365 jours). Les résultats sont restitués pour 2 types d'hospitalisations longues : **en continu et en concentré** (pour en savoir plus : cliquez sur la « **clé de lecture** » proposée à l'affichage de la page de restitution).

#### FORMULAIRE D'INTERROGATION DES DONNÉES

Fiches techniques : 

**Période**

**Région**

**Département**

**Établissement**

**Durée d'hospitalisation (=Seuil)**

- ≥ 180 jours
- ≥ 90 jours
- ≥ 180 jours**
- ≥ 270 jours
- ≥ 365 jours

Année d'hospitalisation  
à temps plein de la file  
active

4 seuils de durée  
d'hospitalisation au  
choix

**VISUALISER LES RÉSULTATS**

#### DOCUMENTATION

111 Mo  
notice\_rme\_psy\_hospitalisations\_longues\_en\_psy-  
chiatric.pdf

# Nouveautés ScanSanté – en ligne

## Hospitalisations longues en psychiatrie

Exemple : CHU de Strasbourg; 2016; ≥90j

### I. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS (PERIODE\* : 2015 / 2016 )

\*Période d'observation spécifique à chaque patient s'étendant entre le dernier jour de leur dernier RPSA à temps plein de l'ann

#### Socio-démographiques

	Indicateurs	Tous patients hospitalisés à temps plein	Patients en hospitalisation longue (≥ 90 jours)	
			En continu	En concentré
①	Nb patients hospitalisés à temps plein	565	44	47
①	Âge (Moyenne)	42,7	46,2	46,2
①	Sexe (% Hommes)	41,9 %	36,4 %	38,3 %
①	Nb patients déjà hospitalisés à temps plein*		19	19
①	Nb nouveaux patients avec une hospitalisation longue°		39	41
<b>Positionnement relatif</b> % Nb patients ≥ seuil % patients déjà hospitalisés à temps plein % nouveaux patients avec une hospitalisation longue				

\*Dans l'année précédant le début de l'hospitalisation longue

°Par rapport à la file active de l'année 2015

2 types d'hospitalisation :

- En continu = cumul des RPSA espacés de 0 jour
- En concentré = cumul des RPSA espacés de 7 jours ou moins

#### Interprétation :

En 2016, 44 patients (7,8%) ont été hospitalisés ≥ 90 jours en continu à temps plein au CHU de Strasbourg. Cette part est inférieure de 4 points à la moyenne régionale et nationale

Des positionnements relatifs pour se comparer

#### Caractéristiques des patients en hospitalisation longue

##### En continu

		Etab	Région			National		
			DAF	OQN	TOT	DAF	OQN	TOT
①	% patients hospitalisés à temps plein ≥ seuil	7,8 %	11,9 %	3,3 %	11,2 %	11,8 %	11,1 %	11,6 %
①	% patients déjà hospitalisés à temps plein*	43,2 %	76,2 %	36,7 %	75,4 %	73,9 %	44,9 %	66,5 %
①	% nouveaux patients avec une hospitalisation longue°	88,6 %	52,7 %	96,7 %	53,7 %	57,5 %	82,2 %	63,9 %

\*Dans l'année précédant le début de l'hospitalisation longue

°Par rapport à la file active de l'année N-1

# Nouveautés ScanSanté – en ligne

## Hospitalisations longues en psychiatrie

Exemple : CHU de Strasbourg; 2016; ≥90j

Des  
pathologies  
détaillées

### Facteurs compliquant la prise en charge

		Tous patients hospitalisés à temps plein	Patients en hospitalisation longue (≥ 90 jours)	
Nb patients par facteurs compliquant la prise en charge (codés en DP ou en DA )			En continu	En concentré
i	Difficultés liées au logement et conditions socio-économiques	13	1	1
	Difficultés liées à l'environnement social, à l'éducation et à l'emploi	9	0	0
	Tentatives de suicide et idées suicidaires (yc. Trauma et intoxic.)	21	0	0
	Résistance au traitement	0	0	0
	Non-observance	0	0	0

### Pathologies somatiques et autres

		Tous patients hospitalisés à temps plein	Patients en hospitalisation longue (≥ 90 jours)	
Nb patients avec une pathologie somatique ou autres diagnostics (codés en DP ou en DA )			En continu	En concentré
i	Pathologies somatiques	109	13	13
	Causes externes morbidité	6	3	3
	Facteurs influant l'état de santé	52	2	2
	Autres	0	0	0
	Aucun diagnostic renseigné	0	0	0

### Interprétation :

Parmi les 44 patients hospitalisés >= 90 jours en continu à temps plein au CHU de Strasbourg, 1

avaient des difficultés liées au logement; 13 des pathologies somatiques...

# Nouveautés ScanSanté – en ligne

## Hospitalisations longues en psychiatrie

Exemple : CHU de Strasbourg; 2016;  $\geq 90j$

### II. PRISE EN CHARGE ET CONSOMMATION DE SOINS (PERIODE\* : 2015 / 2016 )

\*Période d'observation spécifique à chaque patient s'étendant entre le dernier jour de leur dernier RPSA à temps plein de l'année 2016 et moins 365 jours

		Prises en charge en continu		Prises en charge en concentré	
	Indicateurs : consommation de soins à temps plein	Tous épisodes de soins à temps plein	Patients en hospitalisation longue ( $\geq 90$ jours)	Tous épisodes de soins à temps plein	Patients en hospitalisation longue ( $\geq 90$ jours)
①	Nb total de journées de présence à temps plein	25 698	7 297	25 698	7 832
①	Nb moyen d'épisodes de soins à temps plein	1,5	2,0	1,4	1,6
①	Durée moyenne d'hospitalisation à temps plein	45,5	165,9	45,5	166,6

#### Positionnement relatif

Part des journées de présence à temps plein  
Distribution de la durée d'hospitalisation

#### En continu

Indicateur		Etab	Région			National		
			DAF	OQN	TOT	DAF	OQN	TOT
①	Part des journées de présence à temps plein	28,4 %	53,1 %	11,5 %	51,0 %	52,4 %	37,3 %	48,3 %
①	Distribution de la durée d'hospitalisation	1 er quartile	110	168	103	163	163	119
		2 ème quartile	136	293	133	287	266	169
		3 ème quartile	209	361	165	361	358	253

#### Interprétation :

Les 44 patients hospitalisés  $\geq 90$  jours en continu à temps plein au CHU de Strasbourg en 2016 ont consommé 7297 journées à temps plein soit 28,4% de l'ensemble des journées produites par l'établissement et ont eu 2 épisodes de soins. 25% de ces patients sont restés hospitalisés à temps plein plus de 209 jours sur l'année d'observation.

# Nouveautés ScanSanté – en ligne

## Hospitalisations longues en psychiatrie

Exemple : CHU de Strasbourg; 2016; ≥90j

		Prises en charge en continu		Prises en charge en concentré	
	Nb patients selon leur orientation à la sortie de chaque épisode de soins ou de l'hospitalisation longue	Tous épisodes de soins à temps plein	Patients en hospitalisation longue (≥ 90 jours)	Tous épisodes de soins à temps plein	Patients en hospitalisation longue (≥ 90 jours)
!	En cours d'hospitalisation	56	7	56	8
	Fugue ou sortie sans autorisation	0	0	0	0
	Domicile	723	33	661	37
	Structure d'hébergement médico-sociale	0	0	0	0
	Mutation / transfert	76	4	49	2
	Décès	0	0	0	0
	Manquant ou erroné	.	0	.	0
<b>Positionnement relatif</b> Répartition des patients selon leur orientation à la sortie de l'hospitalisation longue					

### Interprétation :

Les 44 patients hospitalisés >= 90 jours en continu à temps plein au CHU de Strasbourg en 2016, 7 étaient toujours hospitalisés au 31/12/2016. Parmi les autres, 33 étaient sortis à domicile et 4 ont été mutés ou transférés.

# Nouveautés ScanSanté

## ○ Cartographie Consommation / production de soins

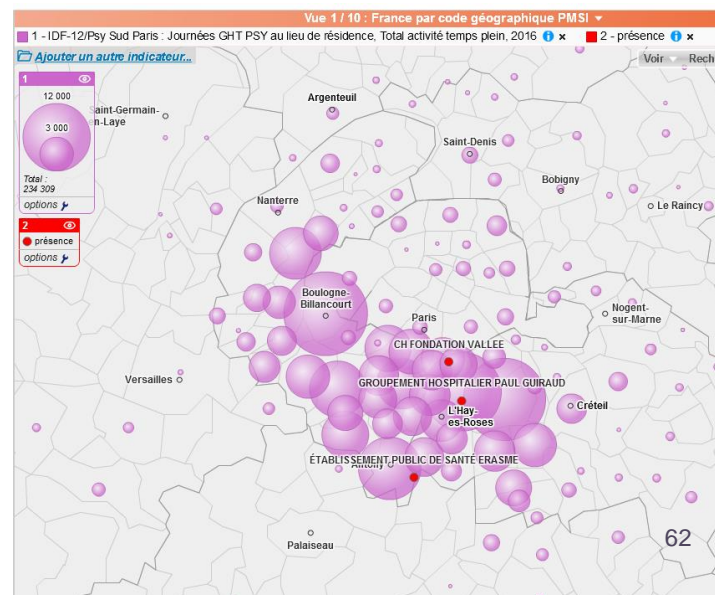
### ○ En ligne :

- Distinction enfants / adultes pour le champ Psy
- Ajout des indicateurs INSEE

### ○ A venir (été 2018)

- Ajout de l'affichage de la production de soins des GHT
- Ajout de la localisation des établissements des GHT

### ○ → Accès à l'application



# Nouveautés ScanSanté – à venir

## ○ Tableaux détaillés de validation du PMSI Psy

○ ↔ agrégation sous ScanSanté des tableaux OVALIDE d'ePMSI

### ○ MàJ des données 2016 et 2017 en cours

○ Date prévisionnelle de mise en ligne sous Scansanté : été 2018

### ○ À partir des données 2018 :

○ Automatisation de l'agrégation des tableaux Ovalide ↔ comme dans les autres champs

○ Nouveautés :

○ Mise à jour au fil de l'eau

○ Nouveaux formulaires de requêtage avec des agrégats par région et catégorie d'établissements

○ Date prévisionnelle de mise en ligne sous ScanSanté : Automne 2018

### ○ → Accès à l'application

# Point divers

- Rapport d'analyse de l'activité hospitalière :
  - Ajout d'un focus « Soins sans consentement »
  - À partir des indicateurs des RME-Psy





## Questions diverses

# Agenda

## Comité technique Psychiatrie plénier :

- Groupe « Mesure des coûts en psychiatrie » : 4<sup>ème</sup> trimestre 2018
- Groupe « Qualité RIM-P » : 4<sup>ème</sup> trimestre 2018
- Groupe « Analyses 'schizophrénie' » : 4<sup>ème</sup> trimestre 2018
- Groupe « Restitutions en psychiatrie » : 4<sup>ème</sup> trimestre 2018