



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère de la santé,
de la famille,
et des personnes handicapées**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction de la qualité et du fonctionnement
des établissements de santé

Bureau des systèmes d'information hospitaliers et du
programme médicalisé des systèmes d'information (E3)
Chef de la mission PMSI

Tél. : 01.40.56.53.35 - Fax : 01.40.56.50.37

E. Mail : marie-annie.burette@sante.gouv.fr

Paris, le 17 juin 2002

Le Chef de la Mission PMSI

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
des Agences régionales de l'hospitalisation

Mesdames et Messieurs les directeurs
des directions régionales de l'action
sanitaire et sociale

Mesdames et Messieurs les directeurs
des établissements engagés dans
l'expérimentation PMSI-psychiatrie
Pour diffusion aux médecins DIM

OBJET : PMSI psychiatrie

PJ : 1 annexe

Les établissements expérimentateurs du PMSI-psychiatrie doivent, s'ils ne l'ont déjà fait, s'engager dans le dispositif au premier juillet 2002. Dans ce contexte, cette lettre a un double objet : d'une part elle fait un point général sur la mise en place de l'expérimentation, d'autre part, elle répond à certaines questions ou demandes de précisions sur des définitions ou des consignes de recueil. Cette deuxième partie fait l'objet d'une note technique. Ce courrier est adressé à l'ensemble des professionnels qui participent à un titre ou à un autre à l'expérimentation du PMSI-psychiatrie. Il sera diffusé sur le site " le-pmsi.fr "

Mise en place de l'expérimentation

1- Etablissements expérimentateurs

Environ 220 établissements participent à l'expérimentation (voir liste en annexe 1).

Les formations organisées par Le Ministère de l'emploi et de la solidarité se sont déroulées en octobre 2001 (régions pilotes) et en janvier 2002 (établissements volontaires). Le démarrage du recueil s'est fait de façon très étalé selon les régions et les types d'établissements. Il semble cependant que le premier semestre 2002 aura surtout été le moment des formations internes et de la préparation du recueil (en termes d'organisation interne des services concernés, notamment).

2- Accompagnement financier

Une circulaire budgétaire en date du 16 avril 2002 a été envoyée aux ARH et précise notamment les modalités d'attribution des crédits pour la mise en œuvre du PMSI en psychiatrie, pour les crédits d'exploitation. Les crédits d'aide à l'équipement proviennent des enveloppes prévues pour 2001 pour le PMSI-psychiatrie et non utilisées –puisque cet exercice n'a pas connu la généralisation du recueil initialement programmée en octobre.

Une circulaire spécifique pour les cliniques privées sous OQN est en cours de finalisation ; elle définit notamment les conditions de facturation de la prestation PMS.

3- Logiciels

Logiciel de saisie : La diffusion de ce logiciel a pris du retard. Après avoir envisagé l'adaptation d'un logiciel existant (déjà utilisé pour le recueil des données des rapports annuels de secteur), compte tenu de la qualité moyenne du produit obtenu, la DHOS a décidé de créer un nouveau logiciel. Celui-ci sera diffusé par courrier sous forme de CD-ROM aux 150 établissements qui en ont fait la demande, au tout début du mois de juillet 2002. Il sera accompagné d'une documentation technique et un service de " hotline " sera organisé.

Fonction groupage : la fonction groupage est actuellement en cours de diffusion. Pour l'obtenir, il faut suivre les instructions décrites sur le site www.le-pmsi.fr à l'adresse suivante : <http://www.le-pmsi.fr/commun/contrats.html>.

4- Transfert des données du premier semestre 2002

Le transfert des données du premier semestre se fera sous forme de disquette adressée par les établissements à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) au 15 septembre 2002.

5- Mise en place des groupes techniques, comité consultatif associé et comité de suivi

Seront mis en place pour suivre cette expérimentation, trois groupes de travail, un comité consultatif associé et un comité de suivi, qui débiteront leurs travaux à l'automne.

-Groupe de travail n° 1 : " Evolution de l'outil "

Il sera composé de 20 personnes (8 psychiatres, 5 médecins DIM, 1 infirmier, 1 psychologue, 5 représentants de l'administration). Les associations et fédérations suivantes ont été sollicitées pour désigner des représentants : Fédération française de psychiatrie, collège national universitaire de psychiatrie, association de psychiatrie d'intersecteur, société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe français d'épidémiologie en psychiatrie, COTRIM de Lorraine, Rhône-Alpes et Aquitaine, collège national de l'information médicale, BAQIMEHP, association des directeurs des établissements gérant des secteurs de santé mentale, fédération des cliniques privées de psychiatrie, 2 ARH, ancien groupe technique.

La première réunion de ce groupe aura lieu le 9 octobre 2002.

- Groupe de travail n° 2 : " Qualité des données "

Il sera composé de 12 personnes (6 médecins spécialistes de l'information médicale, 4 psychiatres, 1 infirmier et un psychologue). Les associations et fédérations suivantes ont été sollicitées pour désigner des représentants : Collège national de l'information médicale, COTRIM d'Ile de France, BAQIMEHP, groupe français d'épidémiologie en psychiatrie, fédération française de psychiatrie, ancien groupe technique.

La première réunion de ce groupe de travail se tiendra le 11 octobre 2002.

- Groupe de travail n° 3

Ce groupe se consacrera à la réflexion sur l'échelle de pondération. Il sera composé dans un premier temps de financiers, qui devront réfléchir à une méthodologie, compte tenu de l'état de la comptabilité analytique dans les établissements de soins concernés par l'expérimentation.

Par ailleurs, la représentation des psychiatres sera plus particulièrement assurée par un comité consultatif associé, dont les membres seront désignés par les différents syndicats et dont le rôle sera, en interaction étroite avec les avancées des groupes de travail, de discuter des hypothèses travaillées et de suggérer des pistes d'évolution de l'outil ainsi que de se prononcer sur l'acceptabilité de l'outil par les professionnels.

Enfin, le comité de suivi, qui existe depuis plusieurs années, est composé de représentants des institutions telles que l'assurance maladie, les conférences de directeurs et de présidents de CME, les fédérations d'établissements... Son rôle est double : il doit assurer une information régulière auprès de ceux qu'il représente et a également un rôle de validation des options retenues.

Marie Annie BURETTE
Chef de la Mission

Annexe technique

1- Remarques générales

Remontée des observations effectuées par les établissements expérimentateurs :

Il est important, en particulier dans le cadre d'une expérimentation, que l'ensemble des difficultés rencontrées soient portées à la connaissance de la mission PMSI. Certaines questions ont déjà fait l'objet de remarques par plusieurs établissements : elles seront traitées par les groupes techniques ; des enquêtes complémentaires seront organisées ponctuellement si cela est nécessaire. Il est donc essentiel que les données relevées dans les recueils d'information standardisés correspondent aux consignes du guide méthodologique sans que les établissements fassent de la cotation " par assimilation " dans le but d'intégrer des activités selon eux mal décrites dans le recueil d'information. Toutes les remarques sur de possibles évolutions de l'outil doivent être effectuées à la mission PMSI par courrier électronique ou postal.

Situations cliniques :

Des remarques me parviennent sur la difficulté qu'auraient certains services à coter à partir de la liste des situations cliniques. Cette liste est en test : il convient donc d'y porter un intérêt particulier. Il serait bon que les remarques puissent être adressées aux sociétés savantes qui représentent la pédo-psychiatrie et ont participé à la création de cette liste de situations cliniques. Il s'agit de l'association de psychiatrie d'intersecteur (API), d'une part et de la société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SFPEA), d'autre part (contact par e-mail : claude.bursztejn@chru-strasbourg.fr).

2.2 Précisions ou évolution des consignes

Certaines remarques ponctuelles ont été traitées lors de la réunion du 7 mai 2002, réunissant " l'ancien groupe technique ". Les précisions décrites ci-dessous doivent d'ores et déjà être prises en compte :

2.2.1 Rubrique " caractéristiques socio-démographiques "

- *SDF* : la provenance ou la destination d'un patient " SDF " peut être " domicile " (code 8) malgré la contradiction apparente des termes.
- *Mode de vie* :
 - Cas d'un patient vivant en couple et ayant des enfants adultes qui ne vivent plus avec lui : il convient de coder " en couple sans enfant ".
 - Cas d'un patient vivant en couple (avec ou sans enfant) et qui " héberge " chez lui de façon durable ses parents : il convient de coder " en couple " (avec ou sans enfant selon les cas). Par contre si le patient était l'un des parents hébergé, on coderait " dans de la famille ou chez des proches ".
 - Cas d'un enfant vivant durant la semaine en internat et le week-end chez ses parents : il convient de noter selon le cas " chez ses parents " ou " chez un seul parent "

- *Situation scolaire ou professionnelle*

- Lorsqu'un enfant connaît plusieurs modes de scolarisation (en partie scolarité normale et en partie scolarité en milieu spécialisé ou en établissement de soins), il convient de coder la situation la plus " lourde " quel que soit le temps passé dans chacun des modes de scolarisation. La lourdeur se comprend ici dans l'ordre croissant suivant : scolarité en milieu normal, scolarité en milieu spécialisé, scolarité en établissement de soins.
- *Ressources principales* : **attention !** Il s'agit là d'une **modification** des règles de consignes à appliquer à compter du 1er juillet et non plus seulement d'une précision du guide : il convient de remplacer le paragraphe : " cette rubrique concerne la situation du patient lui-même pour les patients de plus de 19 ans et les mineurs émancipés. Pour les adolescents de 19 ans et moins, il convient de renseigner la situation du foyer " par le paragraphe suivant :
" Cette rubrique concerne **la situation du patient lui-même pour les patients de plus de 16 ans et les mineurs émancipés. Pour les adolescents de 16 ans et moins, il convient de renseigner la situation du foyer** ".
- *Nature des ressources sociales* : **attention !** Il s'agit là d'une **modification** des règles de consignes à appliquer à compter du 1er juillet et non plus seulement d'une précision du guide **la nouvelle réglementation en matière d'AES, implique une évolution des consignes : l'AES sera désormais codée en oui ou non, quels que soient son niveau et l'invalidité qu'elle implique. Il convient donc de remplacer :**
 - AES simple
 - AES et 1^{er} complément
 - AES et 2nd complément
 - AES et 3^{ème} complémentpar
- **AES**

2.2.2 Rubrique " Présences "

-Gestion des permissions :

A la suite de nombreuses questions, il convient de préciser la définition donnée dans le guide méthodologique, en ce qui concerne la " règle des midis ", qui a parfois été prise au pied de la lettre, alors qu'elle n'a de sens que pour une permission se déroulant sur –au moins –deux journées de date différente. La règle des midis ne s'applique, en effet, que dans le cas où la permission comprend une nuit et donc où le jour de départ en permission est différent du jour de retour. Si un patient sort en permission le samedi à 15 heures et rentre le dimanche à 19 heures, le samedi est compté comme jour de présence, ce qui ne sera pas le cas pour le dimanche. En revanche, s'il était parti le samedi à 11 heures et était rentré le dimanche à 19 heures, ni le samedi, ni le dimanche ne serait compté comme jour de présence.

Mais, dans le cas d'une permission au cours d'une même journée, la règle des midis ne s'applique pas : un patient qui sort à 11 heures le jour J et rentre quelques heures plus tard ce même jour est considéré comme présent pour cette journée.