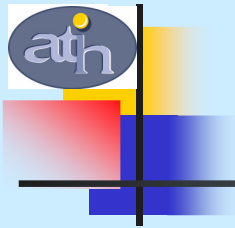




Recueil d'information médicalisé et standardisé généralisé en psychiatrie

- Enseignements du recueil complémentaire d'actes de juin 2004
- Définition d'un recueil simplifié

Véronique Bourrachot, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation



Objectifs d'un recueil complémentaire d'actes en psychiatrie

- Tester le pouvoir explicatif de chaque variable du recueil d'information sur la formation des coûts
- Vérifier l'homogénéité des coûts à l'intérieur de chaque GHJ
- Tester le pouvoir explicatif de la classification sur la variance des coûts



Recueil complémentaire (semaine du 14 au 20 juin 2004)

- Participation des établissements au recueil
 - 105 établissements
- Transmission des données
 - 81 établissements
- Exploitation des données
 - 74 établissements (sur 79 pour temps complet)
 - 57 établissements (sur 61 pour temps partiel)
- Contrôles de qualité en amont de la construction de la base d'étude
 - Codage médicaments, examens complémentaires
 - l'algorithme de groupage et GENRISA
 - RIS non groupés
 - RIS sans actes
 - Décalage jours de présence entre le fichier RIS et le fichier actes
- L'accompagnement des établissements
- Pas de biais de recrutement par rapport à la base 2003



Calcul d'un coût direct/jour

2004	Nombre Journées	Nombre patients	Nombre d'actes	Coût direct (en euros)	Coût direct (en %)	Coût/jour (en euros)
Hospitalisation complète	56 124	9 686	925 440	7 129 022,9	83,6	127,0
Hospitalisation de jour	13 727	5 659	86 626	1 196 242,0	14,0	87,1
Accueil de jour	3 665	2 190	9481	179 560,2	2,1	49,0
Hospitalisation de nuit	278	61	3278	25 697,6	0,3	92,4
Total	73 794	17 596	1024825	8 530 522,7	100,0	



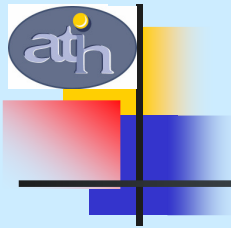
Part de variance expliquée des coûts directs observés

	HC	HP		HC	HP
GHJ	5,9	16,8	Nature du séjour	0,5	5,1
CMD	2,3	8,6	Mode légal du séjour	0,8	
FINESS	65,8	9,9	Diagnostic principal (3 caractères)	4,3	7,5
Age	1,5	8,4	Diagnostic principal	9,3	10,8
Sexe	0,0	0,5	Diagnostic longitudinal	4,9	6,8
Sans Domicile Fixe	0,4	0,0	Diagnostic associé	5,5	4,2
Mode de vie	1,1	5,1	Pathologie somatique	5,9	4,5
Situation matrimoniale légale	0,5	2,7	Facteurs environnement	1,3	2,9
Situation scolaire ou professionnelle	1,3	7,7	AVQ physique	2,1	7,8
Ressources	0,6	0,6	AVQ comportemental	2,4	6,4
Responsabilité légale	1,0	8,4	EGF	1,1	2,6
Nature de la protection	0,3	9,2	Isolement	0,4	
Autorité parentale	1,0	0,1	Accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	0,0	2,3



Conclusions

- Faible pouvoir explicatif de la classification en GHJ sur la variance des coûts
- Absence d'homogénéité des coûts à l'intérieur de chaque GHJ
- FINESS fortement associé à la variance des coûts



Le cadrage de la définition d'un recueil d'information médicalisé généralisé pour la psychiatrie

- Le courrier du DHOS en date du 23 septembre 2005 sur la généralisation d'un système d'information médicalisé en psychiatrie éventuellement au 1er juillet 2006.
- L'ATIH chargée de proposer avec l'appui des professionnels représentés au sein du groupe technique les modalités de mise en œuvre du recueil d'information en intégrant les enseignements issus des résultats de l'expérimentation (réunions du 29 septembre, du 20 octobre, du 8 décembre 2005 et du 16 janvier 2006)
- La validation du recueil d'information par le comité de pilotage et le comité consultatif associé (réunions du 15 et 16 novembre 2005, réunions en février 2006).



Enjeux et objectifs

- Mieux connaître l'activité des établissements notamment dans la perspective de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie.
 - Réussir la mise en œuvre éventuellement au 1er juillet 2006 d'un recueil d'information médicalisé et généralisé par l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie.
- > Recueil simplifié mais significatif
- > Une des étapes du dispositif de valorisation de l'activité



Les enseignements de l'expérimentation

- Un recueil construit sur une logique non exclusivement médico-économique
 - Un atout (intérêt, acceptabilité des acteurs pour la participation à un recueil d'information)
 - Des points faibles (lourdeur et complexité du recueil, absence de lisibilité des objectifs)
- Lourdeur liée à la fréquence hebdomadaire du recueil : apparition de stratégies de contournement (non remplissage, recopie...) et perte de sens d'un recueil hebdomadaire
- Faible pouvoir explicatif de la classification médico-économique sur la variance des coûts
- Complexité des règles du recueil, méconnaissance des consignes du guide, manque de formation au codage des diagnostics
- Obstacles liés à l'organisation du système d'information, au manque de liaison avec le système de gestion administrative
- Obstacles liés à l'organisation de la saisie



Quelques chiffres

- Participation des établissements
 - Montée en charge progressive des établissements entre 2002 et 2004
 - 144 au 1er semestre 2003, 159 au 2ème semestre 2003, 172 au 1er semestre 2004
 - Sorties de l'expérimentation
 - 33 sur un potentiel initial de 205 établissements
 - Transmission effective de données

- Résultats des contrôles
 - de conformité
 - du chaînage
 - Taux de chaînage sans erreur en 2003:
 - 57.92% pour HC
 - 41.84% pour HP



Contrôle du respect du format pour les variables relatives à la morbidité (année 2003)

	HC	HP	E
Diagnostic principal	95%	95%	86%
Situation clinique prévalente	60%	73%	66%
Diagnostic associé	20%	14%	12%
Situation clinique associée	29%	43%	31%
Diagnostic longitudinal	44%	38%	25%
Pathologie somatique lourde	11%	5%	3%
Facteurs d'environnement	14%	14%	12%
Cause externe de morbidité	2%	0,7%	0,9%
EGF	91%	91%	
ADL	95%	94%	
Isolement thérapeutique	99,9%		



Autres situations et paramètres à prendre en compte

- Disparités dans la disponibilité d'un IPP constant dans tous les sites d'un même établissement
- Une activité externe non facturée pour les établissements en DGF mais devant être décrite



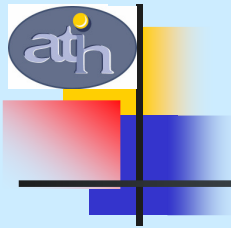
Principes du recueil d'information médicalisé en psychiatrie

- Toute prise en charge : complète, partielle, ambulatoire
- Un résumé par séjour pour les prises en charge complètes ou partielles
 - possibilité de scinder le séjour par séquence notamment pour changement d'unité médicale, de mode légal de séjour, de trimestre civil)
- Un relevé par acte pour l'ambulatoire
- Transmission trimestrielle des informations
- Prise en compte des permissions et des prises en charges discontinues
- Extraction du système d'information des établissements



Les informations du recueil d'information médicalisé en psychiatrie

	H	E
■ N° Finess (juridique comme géographique)	■	■
■ Numéro de séjour	■	■
■ IPP	■	■
■ Date de naissance	■	■
■ Sexe	■	■
■ Code postal de résidence	■	■
■ Nature du séjour	■	■
■ Dates d'entrée et de sortie, prise en charge	■	■
■ Modes d'entrée et de sortie	■	■
■ Identifiant d'unité médicale, secteur	■	■
■ Dates de début et fin de séquence	■	■
■ Journées, demi-journées, nuitées de présence	■	■
■ Hospitalisation sous contrainte (type, nombre de jours)	■	■
■ Diagnostics principal et associés (CIM-10 + extensions)	■	■
■ Zone enquête (à définir par la DHOS)	■	■
■ Score de dépendance AVQ	■	■
■ Isolement thérapeutique (nombre de jours)	■	■
■ Code prestation	■	■
■ Code intervenant	■	■



Diagnostic principal, diagnostics et facteurs associés

- L'utilisation de codes CIM-10 pour les variables suivantes :
 - Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale
 - Diagnostics et facteurs associés



Zone d'enquête

- En cours de définition par la DHOS en liaison avec les autres directions du ministère
- Concerne notamment les variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques ne pouvant être codées en CIM-10



Traitements et transmission des résumés et des fichiers d'actes

- Sélection, après avis de la CNIL des variables qui peuvent sortir de l'établissement de manière systématique
- Pas de groupage des RIS, dans l'immédiat
- Chaînage par la procédure de calcul d'une clé au cryptage irréversible définie pour le PMSI
- Anonymisation par transformation des informations
 - numéro de séjour/IPP -> numéro séquentiel
 - date de naissance -> âge
 - code postal -> code géographique
 - dates mouvements -> mois et année de la date sortie, délai par rapport au début du séjour, indicateurs de premier/dernier séquence du séjour
 - 6 premiers caractères des codes diagnostiques
- Pour l'externe, module de type FICHSUP pour les établissements selon 2 modalités
 - données agrégées par code prestation, intervenant
 - données par acte (IPP, diagnostic, lieu, date, intervenant, code prestation)
- Télétransmission via e-PMSI



Travaux en cours et à venir

- Rédaction d'un guide méthodologique
 - Deux réunions de travail du groupe technique animées par l'ATI (8 décembre 2005, 16 janvier 2006)
- Préparation des supports pédagogiques
- Développement et diffusion des logiciels d'anonymisation pour transmission des résumés de séjours et fichiers d'activité ambulatoire
- Mise à disposition de statistiques sur e-PMSI sous forme de tableaux agrégés