



5èmes Journées Nationales
de l'Information Médicale
et du Contrôle de Gestion
en Psychiatrie

22 - 23
SEPTEMBRE
2016
BRUMATH

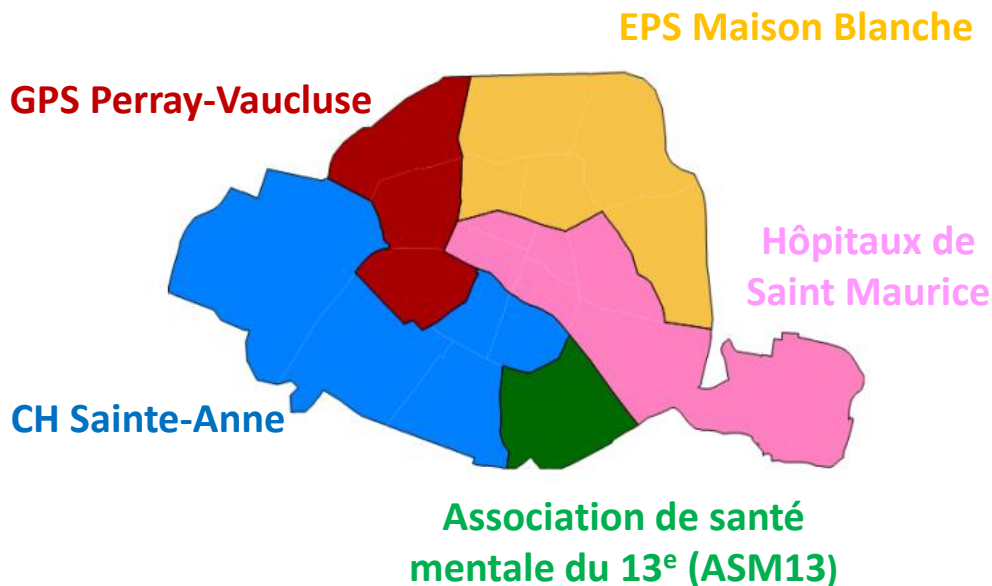
Des spécificités du territoire parisien au GHT Paris Psychiatrie & Neurosciences

Le rapport commun des DIM 2015

Florence Perquier
Valérie Le Masson

Introduction

- Cinq établissements couvrant l'ensemble des secteurs de psychiatrie adulte et 7 des 12 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



En 2015 :

- 2 070 000 parisiens desservis
- Une file active globale de 77 600 patients pris en charge en psychiatrie

Neuro-Sainte-Anne

- 8 790 séjours



Historique

- **Un rapport commun des DIM mis en place dès 2010**
 - Première évaluation des caractéristiques des patients et des différences de prises en charge entre les cinq établissements
 - Préparation à la CHT pour la psychiatrie parisienne qui a vu le jour en 2013
- Mise en commun de données majoritairement issues d'e-pmsi.
- Mais certaines limites :
 - Données trop « macroscopiques » pour une analyse fine (FA adultes/enfants , patients au long court, soins sans consentements, taux de recours...)
 - Inclusion de l'activité de certains secteurs du 94 (Hôpitaux de St Maurice)



Historique

- **Volonté de mettre en place un rapport plus riche en 2015**
- **Un outil utile dans le cadre de la mise en place d'un GHT (et pour ses partenaires: ASM13 et Hôpitaux de St Maurice)**
- **Le DIM de territoire (Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016):**
 - Analyse de l'activité de tous les établissements parties au GHT
 - Prépare les décisions des instances compétentes des établissements parties, [...] et assure l'exhaustivité et la qualité des données transmises
 - Participe à l'analyse médico-économique de ces données [...] dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé
 - Contribue aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au GHT

➤ Données « de cadrage » et partage d'informations



Historique

- **Deux parties :**

1. Mieux connaître les caractéristiques de la **population parisienne** pour anticiper ses besoins
 - Associées à la santé mentale ou à des prises en charge spécifiques
2. **Activité parisienne** des cinq établissements
 - Indicateurs d'activité plus détaillés que ceux disponibles dans le RIM-P
 - Mesures de soins sans consentement, nouveaux patients, files actives dans les services d'urgence, focus sur l'activité infanto-juvénile...
 - Interprétation des résultats / Limites des indicateurs
 - Spécificités de chaque établissement (prises en charge, codage, etc.)



I- Caractéristiques de la population parisienne : Méthode

- **Données issues de la statistique publique (population municipale)**

Données disponibles à l'îlot Iris

Insee
(recensements et dispositif FiLoSoFi)

Caisse d'allocation
familiale

Caisse nationale
d'assurance maladie



Part des bénéficiaires de la CMU-C, Cnamts, 2014



I- Caractéristiques de la population parisienne : Méthode

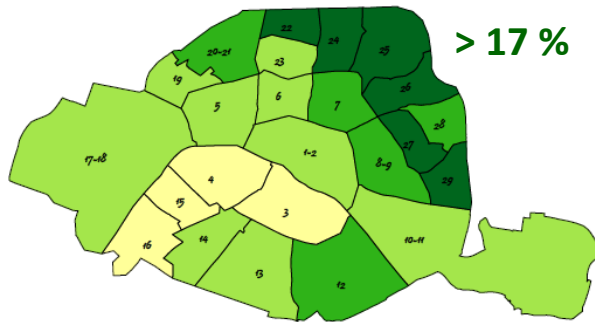
- **Calcul des indicateurs et cartographie**
 - Collaboration avec l'atelier parisien d'urbanisme (apur) et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases)
 - Validité des indicateurs statistiques (grands équipements)
 - Méthodologie cartographique (cartes, discrétisation par quartiles)
 - Interprétation des données (spécificités parisiennes : étudiants par exemple)
 - Différents unités géographiques considérées (îlot Iris, secteur de psychiatrie, arrondissement, territoire géographique des établissements)



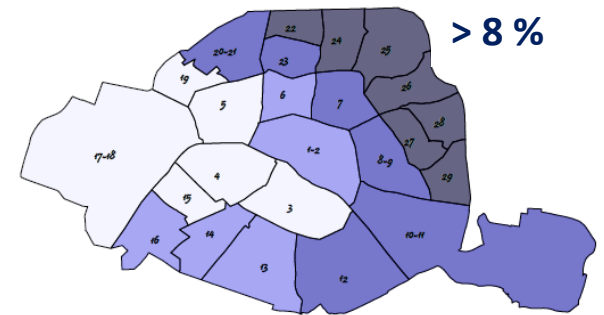
I- Caractéristiques de la population parisienne : Résultats

- Des caractéristiques socioéconomiques contrastées

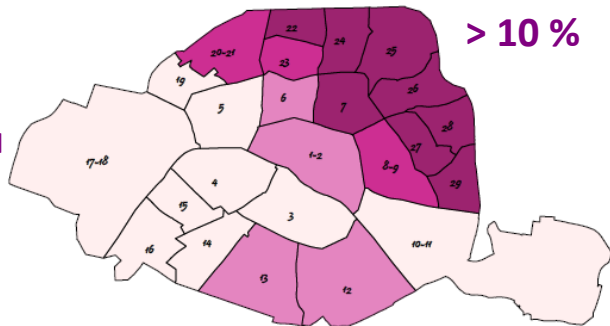
Part des non
scolarisés sans
diplôme
(15 ans et +)



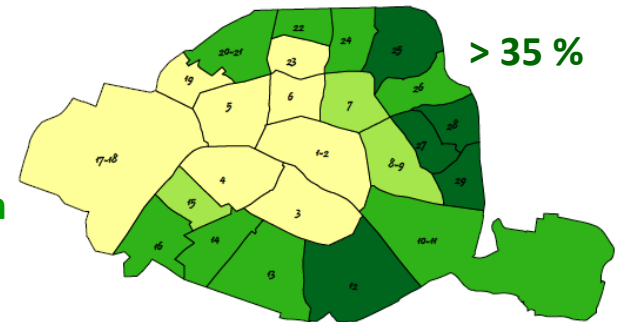
Part des
bénéficiaires
de la CMU-C



Part de la
population au
chômage
(15-64 ans)



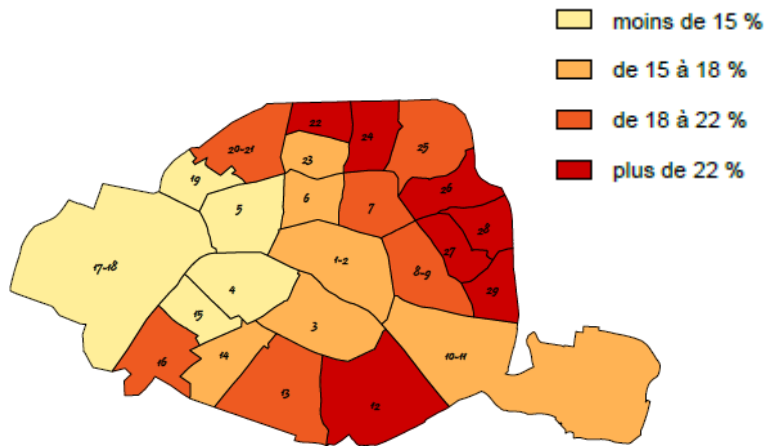
Part de la
population
occupant un
HLM



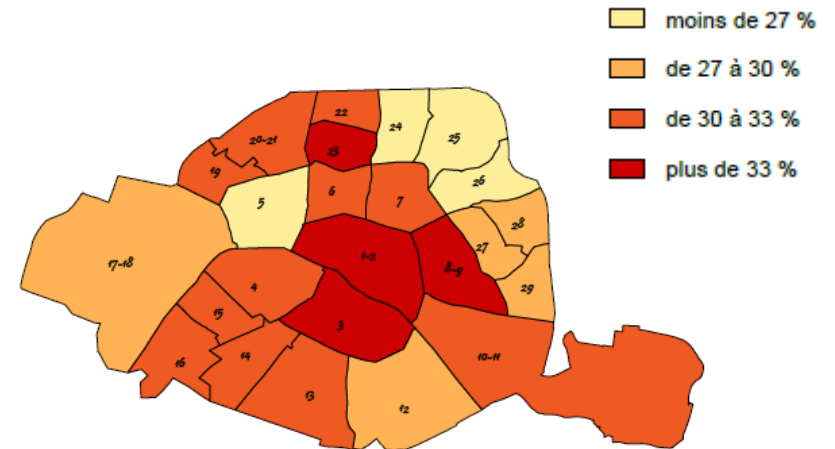
(Insee, 2012; Cnamts 2014)

I- Caractéristiques de la population parisienne : Résultats

- ... et des situations familiales diverses



Part des familles monoparentales



Part des personnes vivant seules

(Insee, 2012)



II- Indicateurs d'activité :

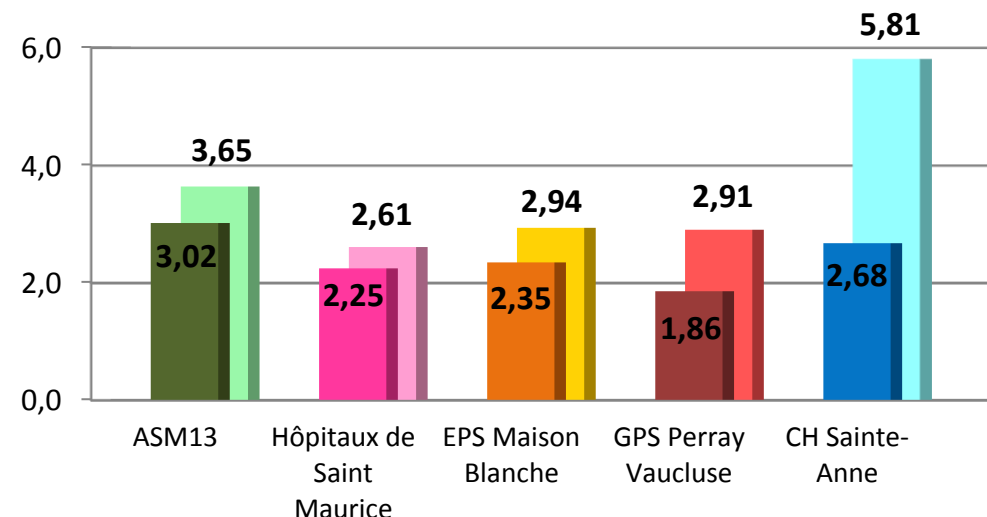
Méthodologie

- Constitution d'un **groupe de travail dédié** : 5 médecins DIM et une épidémiologiste
- Plusieurs réunions nécessaires pour choisir et définir les indicateurs
 - Choix de travailler à partir des données des établissements (et plus à partir de e-pmsi)
 - Recul de 3 ans et archivage des données pour suivi dans le temps
- Etape de **mise en commun et discussion des résultats**



Indicateurs d'activité : Résultats

Taux de pénétration (%)



FA/population (à l'arrière)

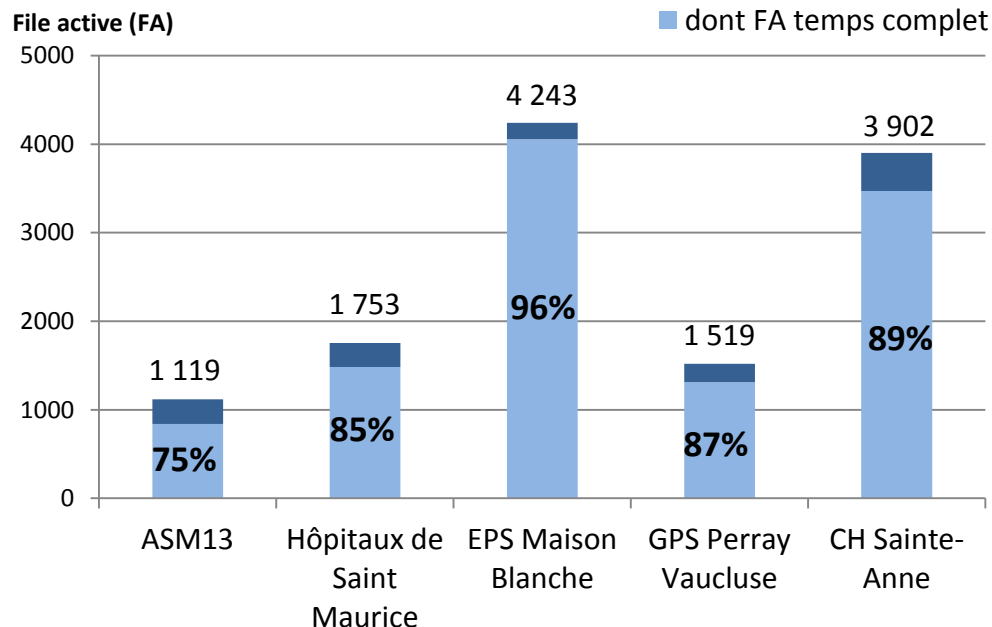
FA de secteur/ population (à l'avant)

- **80 % de patients « de secteur »** à l'ASM13, aux HSM et à l'EPS MB
- Attractivité du CHSA pour les patients domiciliés :
 - en Ile-de-France (25 % de la FA)
 - dans le reste de la France (5 %)
- 35% de hors secteur (Paris++ et IDF) au GPSPV



Indicateurs d'activité : Résultats

Files actives hospitalières (%)



Patients en séjour prolongé temps plein (%)

	ASM13	EPSMB	GPSPV	CHSA
FA	0,5%	3,1%	3,9%	0,4%
Journées	4,5%	23,7%	24,9%	3,8%
DMH temps plein sans PSP	39,3	35,7	42,2	32,5

DMH : $\sum \text{journées} / \text{Fa}$
 → Médiane ?

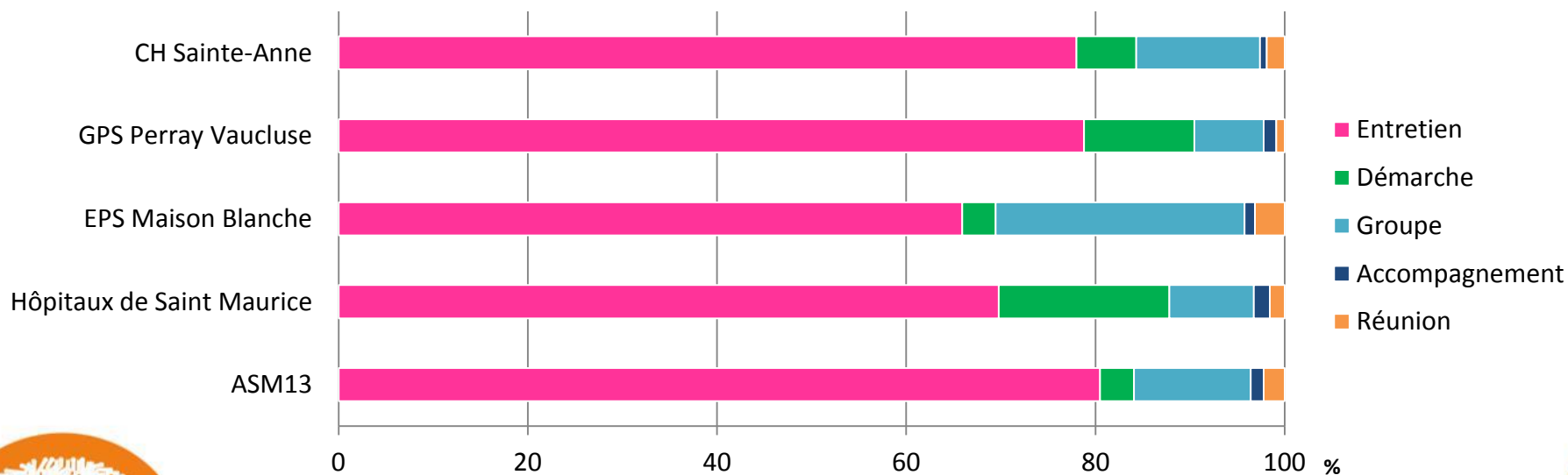


Indicateurs d'activité : Résultats

File active ambulatoire des établissements

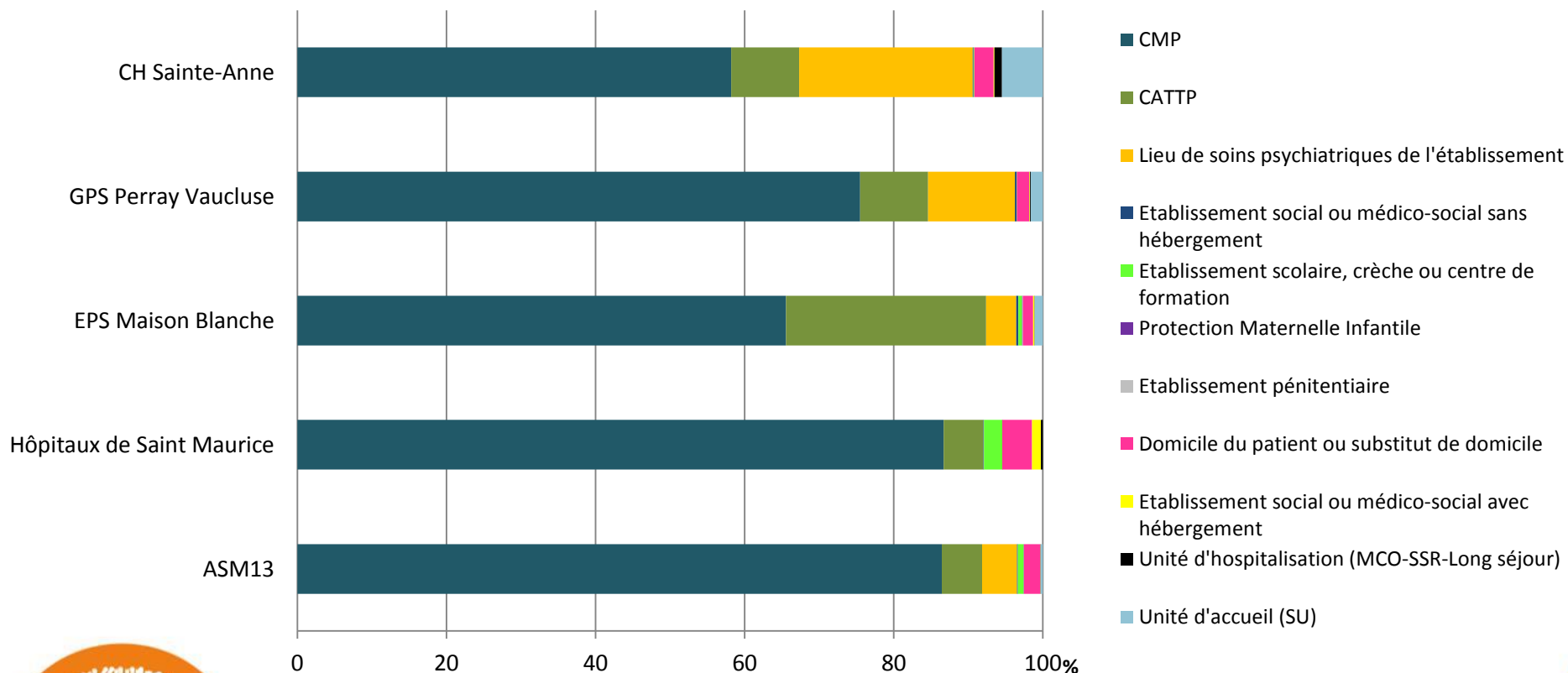
- **96 %** de la somme des FA
- **84 %** des patients vus exclusivement en ambulatoire
- Monoconsultants : de 20 % (ASM13) à 31% (CHSA) de la FA ambulatoire

Nature des actes



Indicateurs d'activité : Résultats

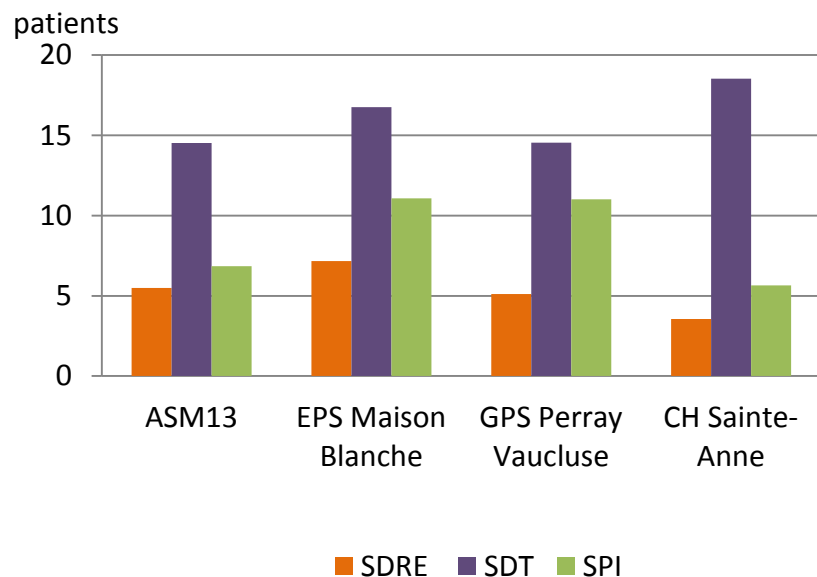
Lieu de réalisation des actes



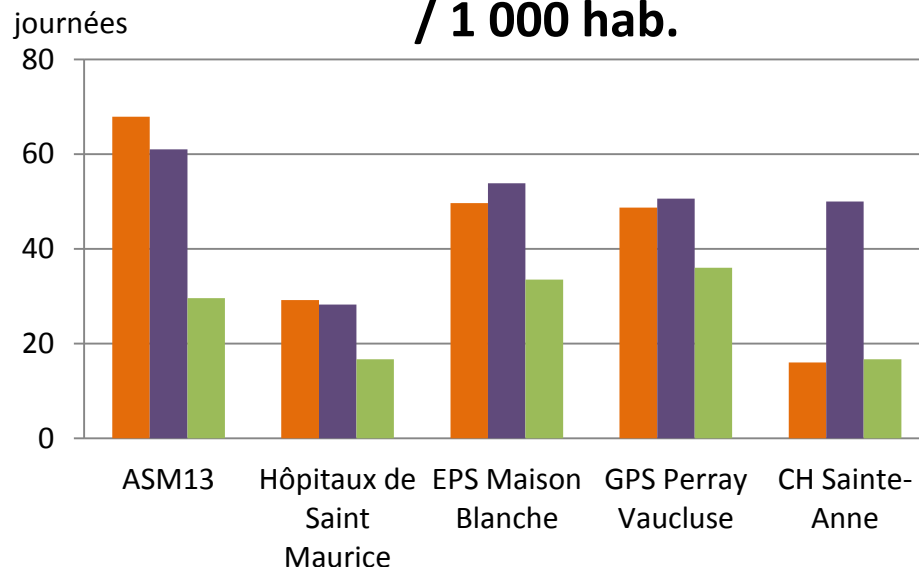
Indicateurs d'activité : Résultats

Soins sans consentement


FA/ 10 000 hab.



Journées temps complet / 1 000 hab.



Synthèse

- Une première « cartographie » du territoire
 - Un territoire non homogène en termes de population desservie
 - Des établissements présentant des spécificités
 - Le reflet de la structuration initiale de l'offre
- 
- Etudes épidémiologiques pour analyser le lien entre les caractéristiques individuelles et les modes de prises en charge ou les trajectoire de soins
 - Etude soins en cas de péril imminent
 - Etude patients au long cours
 - Etude logement

**Renforcer
l'adéquation de
l'offre de soins aux
besoins**



Discussion- Les +

- Un rapport innovant : Rendre objectives **les spécificités de chaque établissement, utile dans la constitution du GHT et des nouvelles missions du DIM de territoire**
 - Ce que ne permettait aucun outil libre d'accès (Snatih et bases « anonymes »)
 - De façon plus fine qu'avec la base de données RIM-P
 - Mettre en évidence les points à harmoniser
- Un véritable outil de travail
 - **Evolutif** : possibilité d'inclure de nouveaux indicateurs, adaptés aux problématiques du territoire
 - **De suivi dans le temps** : caractéristiques populationnelles et évolution des pratiques et des organisations
 - **Et d'information**: Pour tous les professionnels, les institutionnels...



Discussion – Les - Les difficultés rencontrées

- Choix d'utiliser nos indicateurs « établissements » par souci de cohérence interne avec les données produites habituellement
- Malgré l'harmonisation des indicateurs,
 - Variations dans les calculs (séquence vides décomptées ou pas dans les FA en temps complet et surtout en hôpital de jour)
 - Certaines activités sont décomptées différemment
 - Liées au façon de saisir l'information sur les logiciels (Décompte de l'hôpital de jour en temps « réel » ou en « demi-journée »)
 - Différences d'interprétation du guide méthodologique
 - Actes sans patient présent (démarche et réunion)
 - Les consultations au téléphone
 - Les passages aux urgences (1,2, 3, 4.....n Entretiens ?)



Discussion

Utilisation des résultats

Depuis le 1^{er} juillet 2016: le GHT-Paris, Psychiatrie & Neurosciences,
regroupant 3 établissements sur 5 (CHSA/EPS MB/GPS PV)

➤ un outil d'aide à la décision et à la réflexion

- Projet médical partagé
- Questionnements médico-économiques et de gestion
- Questionnements sur les pratiques et identification des problématiques à approfondir par le biais des études épidémiologiques
- Prise de conscience de l'utilité de base de données de qualité
 - Motivation des équipes pour coder (les diagnostics 😊!)



Conclusion : Pour aller plus loin

- Intérêt de travailler sur une base commune, éditeur unique, rendue possible dans le cadre du GHT (loi de modernisation de notre système de santé)
 - Avec des indicateurs standardisés (requêtes +++)
 - Harmonisation des règles de recueil
- D'autres données d'une grande richesse
 - Structuration de l'offre de soin à Paris: Ressources en équipement et personnel (SAE), AP-HP, démographie médicale (psychiatres, généralistes, psychologues), médico-social, associations
 - Données épidémiologiques du Sniiram
 - Prise en compte des projections populationnelles, des projets territoriaux à venir (grand Paris)



Remerciements

- A l'ensemble des équipes médicales et paramédicales
- Aux collaborateurs extérieurs (apur, Dases)
- Aux équipes des DIM des différents établissements
 - *Le Dr Caire et M. Sousa (Etablissement Public de Santé Maison-Blanche)*
 - *Le Dr Le Masson (Centre Hospitalier Sainte-Anne)*
 - *Le Dr Rios-Seidel et Mme Santaraille (Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse)*
 - *Le Dr Chapiereau (Association de Santé Mentale du 13^e arrondissement)*
 - *Le Dr Leroux, Mme Weber et Mme Kremer (Hôpitaux de Saint-Maurice)*

