

COTRIM du Mardi 27 juin 2017

Compte rendu

ÉTAIENT PRESENTS :

Dr Corinne ABADIE	Médecin DIM Clinique Saint-Augustin (33)
Dr Yann BLANCHARD	Médecin DIM CH de la Côte Basque (64)
Dr Roland BOUET	Médecin DIM CH Henri Laborit- Poitiers (86)
Dr Antoine BROUILLAUD	OMEDIT Nouvelle-Aquitaine
Dr Véronique BUHAJ	Médecin DIM CH de Périgueux (24)
Dr Elisabeth CAPDENAT-RAYMOND	Médecin DIM Hopital Suburbain du Bouscat (33)
Dr Eric CAPDEQUY	Médecin DIM CH de DAX (40)
Dr Xavier CHAUMET	Médecin DIM CH de Saintonge (17)
Dr David CRENN	Médecin DIM CH de Libourne (33)
Dr Marie DUVIGNAC	Médecin DIM Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (33)
Dr Nicolas FONS	Médecin DIM C.R.F. La Lande (24)
Dr Véronique GILLERON	Médecin DIM CHU Bordeaux (33)
Dr Marie Françoise ISSOULIE	Médecin DIM CH de Tulle (19)
Dr Isabelle JAMET	ARS Nouvelle-Aquitaine – Responsable Pôle études, statistiques et évaluation
Dr Patrick LANDREAU	Médecin DIM CH de Niort (79)
Dr Pierre MILOX	Médecin DIM clinique SSR -Korian - Château Lemoine (33)
Dr Catherine PATUREAU-MIRAND	Médecin DIM Polyclinique de Limoges (87)
Mme Corinne PELLETIER	ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques
Dr Florence PERRET	Médecin DIM Polyclinique Inkermann (86)
Dr Denis REVIRON	Médecin DIM Polyclinique de Navarre (64)
Mr David RIVIERE	Directeur adjoint DAF CH de Libourne (33)
Mr Serge ROULET	Directeur adjoint DAF CH de Dax (40)
Dr Anne Marie RULLION PAC SOO	Médecin DIM CH Agen-Nerac (47)
Dr Alain SIMON	Médecin DIM Clinique du Sport Bordeaux-Mérignac (33)
Dr Bénédicte SOULA	Médecin DIM CHS des Pyrénées (64)
Dr Bernard TABUTEAU	ARS Nouvelle-Aquitaine – Conseiller Médical PPS
Mme Martine TIFFON	ARS Nouvelle-Aquitaine – Gestionnaire PMSI

ÉTAIENT EXCUSES :

Dr Laurence BOINOT	Médecin DIM CHU de Poitiers (86)
Dr Bérénice BRECHAT-HUET	Médecin DIM CH de Cadillac (33)
Mr Daniel CAILLAUD	Directeur de l'Hôpital suburbain du Bouscat (33)
Dr Paul CHATON	Médecin DIM Clinique Saint Germain - Brive (19)
Dr Béatrice DEROZIER	Médecin DIM groupe Capio - CMC de l'Atlantique (17)
Mme Véronique COLOMBO	Directrice du CRF Mariénia (64)
Mme Gael GROS	ARS Nouvelle-Aquitaine – Chargée d'études statistiques



INTRODUCTION – DR ABADIE

Le Dr ABADIE ouvre la séance en rendant hommage au Dr JACQUELIN Médecin DIM du CH de Libourne, décédé accidentellement, reconnu pour ses qualités professionnelles et humaines qui fut très impliqué entre autres dans les instances COTRIM et CRIMA. Elle fait observer une minute de silence.

PRESENTATION DES MEMBRES DU BUREAU – NOUVEL ARRETE - DR JAMET

Un 1^{er} arrêté a été pris pour la constitution du COTRIM Nouvelle-Aquitaine, un second pour nommer les membres du bureau et un troisième arrêté vient d'être signé actant la nomination en qualité de membre du bureau du Docteur Paul CHATON, médecin DIM de l'ex région Limousin, afin d'assurer une représentativité plus équilibrée du bureau puisque le Dr BOUET représente un établissement public de l'ex région Poitou-Charentes.

Ce troisième arrêté tient également compte du remplacement du Docteur JACQUELIN, par le Docteur CRENN, Médecin DIM du CH de Libourne.

Cet arrêté sera joint à l'envoi du compte rendu.

PRESENTATION ET VALIDATION DU REGLEMENT INTERIEUR – RYTHME ET DATES DES REUNIONS - DR ABADIE

Le Dr ABADIE présente les points du règlement intérieur qui ont besoin d'être ajustés en fonction de ce nouveau COTRIM. Le règlement intérieur modifié sera joint.

Le rythme des réunions est maintenu à trois réunions annuelles, les prochaines auront lieu le **17 octobre 2017** et le **20 mars 2018** en début d'après-midi à l'ARS.

Pour les groupes de travail à mettre en place au sein du COTRIM, la problématique réside dans l'accès aux bases PMSI. L'accès à ces bases est autorisé pour les ARS, mais de manière plus restrictive que par le passé car celles-ci ne sont accessibles que sur un serveur national ATIH sécurisé et l'extraction des résultats est limitée et contrôlée par la CNIL.

Les établissements peuvent avoir accès au serveur national ATIH après demande auprès de la CNIL.

A partir de 2017, ces bases seront également accessibles via le SNDS par le biais du guichet SNDS dont l'ouverture est opérationnelle depuis fin avril ; ce guichet fera la demande d'accès directement auprès de la CNIL avec réponse dans les deux mois.

L'accès à DIAMANT a été évoqué : il s'agit d'un outil de requêtage qui produit des indicateurs y compris des indicateurs issus du SNIIRAM. C'est un outil utilisé, entre autres, par les ARS pour produire des analyses des bases.

DIAMANT est également ouvert aux établissements pour trois types d'acteurs :

- le directeur des ressources humaines,
- le directeur des affaires financières,
- le médecin responsable du DIM de territoire.

Néanmoins, compte tenu des accès limités, le travail des groupes relèvera plus d'une discussion sur des aspects méthodologiques que sur une réelle analyse des bases. Cependant les réponses à ces questions d'accès seront plus précises quand les accès SNDS seront totalement opérationnels.

Il sera néanmoins possible que l'ARS effectue des requêtes sur des atypies ou anomalies de certains champs pour discuter des résultats en groupe de travail, car le COTRIM a vocation à améliorer la qualité du codage.

Le COTRIM donne un avis d'expert sur la méthode à utiliser pour homogénéiser les recherches de données de sorte que tous les partenaires aient le même niveau d'information.

En matière de modification du règlement intérieur, il convient de reprendre le point sur la constitution du bureau pour l'élargir à deux membres supplémentaires afin d'acter la représentativité des trois ex régions Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin.

Si les réunions plénières au nombre de trois par an sont réservées aux membres titulaires ou à leurs suppléants en cas d'indisponibilité, la participation aux groupes de travail est ouverte à tous les médecins DIM et aux chefs d'établissements.

Il conviendra que chaque groupe de travail dispose de deux coordonnateurs, membres d'un collège de DIM. Ils devront mener les réunions, les discussions et établir les comptes rendus. Ce sont eux qui restitueront en séance plénière du COTRIM les résultats du travail de leur groupe.

PROPOSITION DE GROUPES DE TRAVAIL PAR CHAMP (MCO, SSR, HAD, PSY) – DR GILLERON

Compte tenu de l'évolution du recueil de l'information médicale et de l'entrée en tarification à l'activité du SSR il a été projeté de travailler en groupe de travail par champ PMSI, soit en 4 groupes MCO, HAD, SSR, PSY selon les candidatures et le nombre de bénévoles pour y travailler.

Chacun des groupe travaillera à la fois sur la qualité des bases (consignes de codage, qualité, groupage, etc.) mais également sur l'analyse des données et l'utilisation de ces informations à visée stratégique ou autres.

Le Règlement Intérieur, sur ce point n'est pas détaillé, l'idée étant de laisser aux coordonnateurs des groupes la liberté d'organisation souhaitée et celle de fixer les principaux objectifs pour la première année.

Certaines thématiques (l'identito-vigilance, les règles de codage par ex) pourront être transversales dans les groupes.

Le Dr GILLERON fait un aparté pour indiquer que l'arrivée de la CIM 11 se profile avec peut être une utilisation pour 2018.

Le Dr JAMET indique que l'ARS est en attente forte de la constitution d'un groupe psychiatrie à mettre en place dès la rentrée pour travailler sur l'harmonisation et sur le contrôle de la qualité des bases en lien avec la modulation de la DAF qui n'a pas été mise en place en 2017 pour des raisons d'hétérogénéité et des problèmes de concertation.

Pour la constitution de ces groupes un message mail va être adressé aux membres titulaires et suppléants du COTRIM pour informer de la création de 4 groupes (un par champ) afin que chacun se positionne sur un ou plusieurs champs et informe de son souhait d'être (co)coordonnateur. Les réunions pourront se tenir en présentiel et ou visio-conférence, réunions téléphoniques ou mixtes .

Les membres du COTRIM seront tenus informés des réponses, par le secrétariat du COTRIM pour que le binôme de coordination constitue son groupe qui pourra intégrer des participants non membres du COTRIM.

QUELQUES ELEMENTS DE PRESENTATION DE LA NOUVELLE-AQUITAINE – DR JAMET

(VOIR DIAPORAMA)

La présentation n'est pas faite.

Le diaporama joint est celui présenté dans le cadre du PRS qui est en cours de rédaction.

Au-delà de ce diaporama très générique par rapport aux grandes thématiques, telle que la démographie, la démographie des professionnels, les structures sanitaires médico-sociales, etc... l'ARS a produit un diagnostic régional qui couvre les principales thématiques de l'état de santé de la population en Nouvelle-Aquitaine et 12 diagnostics territoriaux pour chacun des départements.

Ces documents seront, dès leur finalisation, diffusés.

ACTUALITE : NOUVELLE TARIFICATION SSR – DR PERRET

(CF DIAPORAMA)

Le diaporama présenté par le Dr F. Perret a été largement salué par l'ensemble des participants.

En 2017 on est en présence d'un modèle transitoire pour s'acheminer vers un modèle définitif en 2018.

Ce qui relève de l'externe et de l'HDJ (hospitalisation de jour) n'est finalement pas traité dans l'arrêté prestation. Il sera revu et précisé en 2018 car les discussions entre les fédérations et le national n'ont pas abouti à une position claire.

La réforme se met en œuvre en pratique au mois de juillet avec effet au 1^{er} mars ; la question posée est la manière dont va se faire la régularisation entre le financement historique réalisé depuis mars – trop perçu tarifaire et le non versement de la DMA depuis le mois de mars. La vérification des sommes à percevoir va être compliquée pour les établissements.

Progressivement la DMA va être payée tous les 5 de chaque mois pour les établissements privés OQN. Elle est calculée sur l'activité 2016 et va être réajustée avec les données de 2017 pour qu'en 2017 seules les données du codage 2017 soient prises en compte pour la DMA 2017.

Le sentiment exprimé est que ce modèle est très complexe et a été fait dans la précipitation (de nombreuses incohérences sont relevées, sur certains GME, par rapport à certaines consignes peu claires ou instables, par le rajout de coefficients qui semblent avoir été créés pour pallier aux déficiences du modèle...).

Le Dr JAMET précise qu'à l'ARS, la Direction des financements, qui a géré la notification des arrêtés pris pour la notification du coefficient et de la DMA, rencontre les mêmes difficultés que les établissements car tous les calculs ont été effectués par l'ATIH.

Compte tenu des délais de notification très contraints pour les établissements privés OQN, les arrêtés ont été envoyés sans la notice explicative du détail des calculs de l'ATIH. Une notice est donc adressée ce jour aux établissements.

Pour les établissements publics/ESPIC la notification devra être adressée au mois d'août avec versement à priori par les caisses à partir du mois de septembre 2017.

Les éléments complémentaires à cette tarification seront suivis par le Pôle Etudes Statistiques et Evaluation en lien avec la Direction des financements de l'ARS.

Remarque de terrain :

Le Docteur FONS s'interroge sur la valorisation de certains séjours concernant des patients atteints de pathologies lourdes en relation avec des conditions socio-économiques non compatibles avec leur handicap et qui nécessitent un séjour de durée extrêmement longue. Les établissements SSR sont à différencier des établissements MCO car ils ne disposent pas d'un dispositif d'aval d'accueil pour certains patients.

Le Docteur MILOX précise que pour l'instant les tarifs de zone haute couvrent largement le prix de journée actuel des établissements mais se pose la question pour les années suivantes.

ACTUALITE : RAPPORT GHT ET SANTE PUBLIQUE – DR GILLERON **(CF DIAPORAMA)**

Cette présentation est faite dans le cadre du COTRIM car le rapport du Haut Conseil en Santé Publique a rédigé des recommandations en lien avec l'information médicale.

Une auto saisine intitulée Groupement Hospitalier de Territoire et santé publique a vu le jour en 2016.

Le Haut Conseil de Santé Publique présidé jusqu'en mars 2017 par le Pr SALAMON, est une instance indépendante ayant pour mission d'instruire des sujets de santé publique et de conseiller le gouvernement, la DGOS sur certaines actions prioritaires.

Des constats ont émergé lors de la mise en place des GHT :

- l'idée de créer des GHT est bonne mais il est curieux que ces GHT ne soient constitués qu'avec des hôpitaux publics,
- les GHT abordent peu les sujets de santé publique car ne s'intéressent qu'à la patientèle et au circuit des patients au sein des établissements de santé en délaissant la problématique de l'état de santé de la population y compris à celle qui n'a pas recours aux soins.

Le HCSP veut prendre en compte l'état de santé de la population en rappelant aux instances gouvernementales que le moment est venu :

- d'avoir une réflexion un peu plus élargie,
- que les hôpitaux publics disposent au sein des GHT des compétences et des outils de santé publique utilisables pour compléter les projets médicaux,
- et qu'ils développent des actions de promotion de prévention de la santé.

La Méthodologie :

Mise en place d'un groupe de travail pluri-disciplinaire constitué de professionnels de santé publique, de géographes en santé, de sociologues et de personnalités invitées sous la présidence du Pr Franck CHAUVIN qui est maintenant président du HCSP depuis mars 17.

Ces travaux ont fait l'objet d'une concertation auprès de l'association des directeurs d'hôpitaux et de la FHF et ont été présentés auprès de la DGOS, de la DGS, et du secrétariat général du ministère des affaires sociales le 13/03/17.

13 recommandations ont été faites dont certaines sont en lieu avec l'activité de l'information médicale. Les recommandations se déclinent en 3 catégories :

- à visée des ARS,

- à visée des GHT,
- et à visée du pilotage national des GHT.

Pour rédiger ces recommandations, des personnalités (dont la liste figure en annexe du rapport téléchargeable sur le site de l'HAS) ont été auditionnées. Ce qui a émergé de ces audits, c'est que certains regroupements territoriaux ont été construits non pas à partir de coopérations existantes, de projets médicaux réels de territoires, mais suite à des contraintes politiques au détriment de contraintes de coopération.

Un second point mis en évidence est qu'il est dommage que la réforme des GHT soit cantonnée à l'hôpital public alors que la coopération doit être développée avec tous les établissements et aussi la médecine ambulatoire au sens large.

Au sein des territoires de santé, il est important de disposer de tableaux de bord avec des indicateurs en santé publique partagés par les acteurs du territoire.

L'HCSP est en train de réviser les tableaux de bord initialement produits en 2015, l'idée étant d'essayer d'avoir une évaluation des impacts de la mise en place des GHT. La démarche est de s'intéresser également aux populations qui n'ont pas recours à l'hospitalisation.

La recommandation 4 est importante : dans les DIM les médecins sont de formation variée avec pour certains d'entre eux un manque de compétence méthodologique qui leur permettrait de faire de l'épidémiologie, de réaliser un diagnostic territorial.

Pour répondre à ces missions, il faut donc une formation qui accompagne le développement de ce volet santé publique du GHT. 3 axes majeurs de compétences à acquérir se dégagent : l'épidémiologie, la statistique et l'information médicale.

Pour la recommandation 6 le Docteur GILLERON informe qu'il existe un document élaboré par la DRESS téléchargeable sur le site qui est le rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France.

La recommandation 7 demande d'élargir les missions des DIM de territoire pour les impliquer dans des missions de santé publique. L'idée est de travailler en collaboration avec les ARS et les différents partenaires dans le cadre de projets médicaux de territoire.

Chaque GHT doit participer :

- Au diagnostic territorial : en mettant à disposition des analyses d'activité hospitalière.
- A la mise en place et au suivi du tableau de bord du GHT composé d'indicateurs territorialisés. Le Haut conseil est en train de redéfinir les indicateurs nationaux qui seront utilisés par les ARS, le but étant d'avoir un tableau de bord du GHT avec un suivi du plan d'action.

Le DIM du territoire

- doit être associé à la réflexion sur l'innovation en santé au sens large, tel le développement de l'ambulatoire ou la réduction capacitaire,
- est associé aux évolutions concernant les prises en charge comme la télémédecine ou la santé connectée,
- peut participer à l'analyse de l'impact de la mise en place du GHT,
- met en œuvre le dispositif de la protection des données médicales du patient car dans les GHT il y a la question de convergence des systèmes d'information.

ACTUALITE : LA NOUVELLE CONTRACTUALISATION – ENQUETE ATIH – SSR/MOLECULES ONEREUSES – LISTE EN SUS OMEDIT - DR BROUILLAUD

L'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) est une structure d'appui à l'ARS et une interface avec les professionnels en charge de la thématique de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux.

Actualité de l'OMEDIT :

Installation d'un OMEDIT unique en région NA intégré au réseau régional de vigilance et d'appui dont le siège est situé à BORDEAUX sous la responsabilité d'un coordonnateur unique le Dr Bertrice LOULIERE.

- ✓ La nouvelle contractualisation :

Cette nouvelle contractualisation est prévue pour les Molécules Onéreuses et les Dispositifs Médicaux Implantables en 2017 via le contrat de qualité et de l'efficacité des soins (CAQUES) dont les textes sont sortis au printemps. Ce contrat va rassembler l'ensemble des contrats que les établissements de santé ont pu signer jusqu'à présent (CBUM, CAQUOS.) Il sera soumis à la signature du représentant de chaque établissement, du

directeur général de l'ARS et du Directeur de la caisse locale.

Ce contrat évolue pour être applicable aux établissements SSR et PSY. Il est constitué d'un volet socle qui reprend les engagements des anciens contrats et des volets additionnels élaborés en fonction de chaque établissement.

En termes de plan d'action de cette nouvelle contractualisation, on reste sur la prolongation du CBUM avec quelques nouvelles priorités :

- un renforcement du lien ville-hôpital avec la conciliation médicamenteuse qui est intégrée et l'engagement renforcé sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville,
- des engagements renforcés sur les bio-similaires et les médicaments génériques,
- la montée en charge des LAP, logiciel d'aide à la prescription,
- un suivi individuel des prescriptions en intra et celles exécutées en ville.

Les contrats devront être conclus au plus tard à fin 2017.

A noter que le DGARS a demandé à l'OMEDIT de contribuer à la rédaction et à la définition du plan d'action. L'OMEDIT dispose d'indicateurs nationaux. Pour élaborer des indicateurs régionaux il a constitué un groupe de travail en lien avec les fédérations hospitalières afin d'alimenter ce plan d'action.

Une première réunion aura lieu dans le courant de l'été, pour un plan d'action rendu le 1^{er} septembre et réception du contrat début octobre.

- ✓ Enquête ATIH sur l'achat et la consommation des médicaments à l'hôpital :

Il s'agit d'une enquête annuelle ; la date a été repoussée au 31/07.

Les établissements sont invités à y répondre de la façon la plus exhaustive possible pour que le national ait une liste complète de médicaments utilisés à l'hôpital.

- ✓ Molécules Onéreuses :

Concernant les SSR, il est important de déclarer les consommations dans le PMSI. La liste n'étant pas exhaustive, il convient de contacter l'OMEDIT qui fera remonter l'information à l'ATIH.

Dans la liste en sus, l'OMEDIT continue à suivre les indications des MO hors GHS. Un suivi est fait pour les médicaments sous ATU et post ATU.

Au sein de la Grande Région, un groupe de travail a été mis en place afin de réfléchir à l'extraction la plus automatisée possible du suivi des prescriptions à partir des logiciels des établissements. Une première réunion doit avoir lieu le 29 juin 2017 à Poitiers.

Ce que l'OMEDIT souhaite également est de faire un lien avec FICHCOMP pour éviter une double saisie.

- ✓ Les radiations des MO en sus :

Des visites sont réalisées par l'Assurance Maladie ; elles seront suivies dans un second temps d'un dispositif de contrôle.

Par ailleurs, dans le cadre des groupes de travail du COTRIM, l'OMEDIT est disponible pour apporter une contribution sur le champ des MO et DMI.

INFORMATION - CIRCULAIRE FRONTIERE - DR GILLERON

Circulaire frontière :

Dans le projet d'arrêté, il y a eu une restriction sur les forfaits APE, AP2 et SE5.

Un courrier est parti de la FHF le 22 mai 2017 à la DGOS :

- le forfait FPI est utilisable à titre expérimental sur la liste des pathologies citées,
- pour l'injection de toxine botulique, la FHF s'est positionnée en mentionnant que les établissements gardent en hospitalisation de jour tous les patients qui ont des injections de Toxine Botulique à l'exception de ceux qui ont des injections pour les paupières car les doses sont moindres,
- pour le fer-inject, l'hospitalisation de jour est maintenue, compte tenu du coût.

Il n'y a pas eu de réunion de concertation. On reste avec l'ancienne circulaire frontière, dans l'attente d'une discussion avec la DGOS sur une nouvelle instruction frontière.

Questions du Dr L. Boinot

1) *La réserve hospitalière justifie-t-elle une HDJ ?*

Non car il est nécessaire de justifier la nécessité d'un environnement hospitalier pour hospitaliser le patient. Cette justification particulière doit être tracée dans le dossier ; ce n'est pas simplement au regard de la réserve hospitalière que l'on hospitalise le patient, mais parce qu'il est à risque et qu'on le surveille.

2) *Le venofer et l'avastin sont-ils les seuls médicaments justifiant un APE et AP2 ? OUI*

3) *En cas de blépharospasme une injection de toxine botulique justifie t'elle d'une HJ ? NON*

4) *Quid des autres actes d'injection de toxine botulique ? justifient-ils une HJ ou est-ce de l'externe ? à moduler en fonction de l'état clinique du patient ?*

Normalement c'est de l'externe mais la position de la FHF est de dire on garde le patient en HDJ.

5) *Quelle est votre expérience de facturation des APE, AP2 et FPI ? pas ou peu d'expérience.*

6) *Quelle est la version définitive pour le second semestre 2017 des articles 11 et 11 bis de l'arrêté prestations ?*
c'est le dernier publié.

7) *SE3 acte FGRD003 : test de provocation par ingestion d'un allergène administré à concentration croissante. Qu'ont donné les échanges sur la réintroduction alimentaire. Les patients restent la journée, son scopés, avec un risque majeur de réaction et une surveillance rapprochée pendant plusieurs heures ?*

Pour les tests d'allergie médicamenteuse et ce qui est de la réintroduction alimentaire, l'un est basculé en SE et l'autre ne l'est pas.



INFORMATION – MODULATION DAF PSYCHIATRIE/REFLEXIONS NATIONALES ET REGIONALES - DR BOUET

La DGOS a engagé un travail sur les modulations intra-régionales des DAF Psy ayant pour objectif de :

- Dégager un socle commun de principes et de critères entre les régions.
- Analyser les écarts constatés.
- Soumettre les travaux issus de ces deux axes aux fédérations et au comité de pilotage PSY.

Une présentation à la DGOS d'un état des lieux de la pratique des différentes régions a été faite en janvier 2017. Une réunion de concertation a eu lieu début mai et une présentation des travaux au comité de pilotage a été réalisée le 11/05.

Jusqu'en 2016, 3 régions n'avaient aucune pratique de modulation et 9 régions en avaient dont certaines étaient partielles sur le territoire.

Pour l'année 2017, les ARS peuvent continuer à organiser ce qu'elles faisaient auparavant avec certaines limites ; cette année 2017 est plutôt considérée comme un objet d'étude, les travaux devant aboutir pour la campagne 2018.

L'objectif global de cette démarche est de redistribuer les moyens avec plus d'équité entre les établissements, de suivre le principe général de privilégier le développement de l'ambulatoire face à l'excès d'hospitalisation à temps plein et d'aboutir à une convergence des critères entre les régions.

Ces critères sont en 4 grandes catégories :

- La population desservie.
- La prise en compte des ressources du territoire en dehors de la psychiatrie publique (structures médico-sociale, clinique privées ...).
- La file active établissement.
- L'activité temps complet/partiel et la gamme des interventions ambulatoires.

Pour l'instant, il est considéré que la modulation ne peut intervenir que sur des mesures d'économie portant sur les DAF et qu'il faut exclure certaines activités spécifiques (pas de consensus à ce sujet car les régions qui pratiquent cette modulation ne se sont pas concertées).

A minima ces activités spécifiques sont au nombre de 3 :

- ✓ les UMD (unités pour malades difficiles),
- ✓ les UHSA unité hospitalière spécialement adaptée : unité en dehors de la prison mais accueillant des personnes incarcérées ayant besoin de soins,
- ✓ et des unités de soins pour détenus à l'intérieur des prisons (dispositifs qui n'existent pas dans toutes les régions).

Un autre point en discussion concernant la population est la définition des indices de précarité de la population desservie (pas de consensus).

En revanche il existe un socle commun : la prise en compte des ressources disponibles sur le territoire, les caractéristiques de population et de territoire géographique, l'activité, la file active et favoriser le développement de l'ambulatoire.

Il a été constaté que la piste prise par la DGOS était en totale cohérence avec les critères utilisés en ex Aquitaine,

Pour 2017 il est accepté d'engager une méthodologie concertée au niveau régional avec les établissements de santé sur des critères issus de la méthodologie nationale. Il est demandé d'être attentif aux critères d'évaluation de l'activité en pédopsychiatrie, d'améliorer le codage des activités.

Les critères que la DGOS souhaite mettre en œuvre ne sont pas opposables aux ARS. En revanche, pour les ARS qui conservent un principe de modulation en 2017 il leur est demandé de le faire porter uniquement sur les économies à réaliser sur la DAF (sauf situation autre à argumenter).

A savoir : Il existe en parallèle un travail initié par l'ATIH sur des études de coût depuis 3 ans auprès des établissements volontaires ; méthodologie qui semble, néanmoins, contestée par un certain nombre de partenaires.

En Nouvelle-Aquitaine, des réunions organisées par l'ARS ont eu lieu concernant la modulation de la DAF psy et il a été décidé, qu'en 2017, du fait d'atypies de codage dans certains établissements, aucune modulation ne serait opérée. Il y a, en effet, besoin d'harmoniser les pratiques de codage.

En ex Poitou-Charentes il y a eu un travail fait en ce sens mais, les pratiques ayant évolué, il conviendrait de remettre ce travail à plat.

Les choix de logiciels pour certains établissements ont entraîné des situations de blocage, principalement pour l'activité ambulatoire, ce qui a rendu l'exhaustivité difficile. Par ailleurs la plupart des activités sont « gratuites » et les logiciels administratifs intègrent très mal cette gratuité ce qui génère des rejets dans la procédure d'exportation. (il n'y a pas de tarification à l'acte pour les consultations ou pour l'activité en CATT). Il faut aussi tenir compte de l'état d'esprit de certains professionnels qui s'abritent sous la confidentialité.

QUALITE – SECURITE ET INFORMATION MEDICALE - DR TABUTEAU

(CF DIAPORAMA)

Constitution d'un groupe de travail régional sur l'identitovigilance initié par l'ARS et qui a permis de produire une 1^{er} version d'un référentiel régional diffusé de manière très large à tous les chefs d'établissement.

Perspective de constitution d'un réseau régional de vigilance et d'appui qui participe à promouvoir la qualité et la sécurité en santé sur l'ensemble des parcours, le médico-social, les usagers et le sanitaire.

Informations :

- décret relatif aux signalements des évènements indésirables graves qui est applicable au 1^{er} octobre,
- début de la campagne de contrôle des indicateurs sécurité des soins relatifs à la dialyse, aux infections associées aux soins, aux maternités (post partum), aux AVC. 10 % des établissements vont être contrôlés.

En conclusion,

Le Docteur ABADIE informe sur les journées du Grand Sud qui auront lieu à Bordeaux en 2019 et se tiendront à Aix en Provence en 2018