

# La psychiatrie en MCO

Agen – Le passage

10 janvier 2012

# La psychiatrie en MCO: quel diagnostic?



La sérénité des TIM  
mise à mal?

- La psychiatrie de liaison
- La psychiatrie aux urgences
- Psychiatrie et PMSI
- Psychiatrie et CIM X
- Un codage pour quel objectif
- Des organisations diverses
- Codage de qualité = une rencontre
- 3 cas
- Une réflexion et non une recette

# La psychiatrie de liaison

- Définition : « la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales » R. Zumbrunnen
- La psychiatrie de liaison regroupe « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général » (Desombres H, Malvy J, Wiss M.)

# La psychiatrie de liaison

- Elle est « destinée aussi bien aux besoins des patients hospitalisés ou suivis dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique d'un même hôpital général, qu'à ceux de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge »
- Elle est « effectuée par une **équipe de liaison, multidisciplinaire**, coordonnée et structurée, qui agisse en complémentarité, en s'appuyant sur les différentes compétences de chacun de ses membres ».

# La psychiatrie de liaison

- Diversité des interventions:
  - à caractère diagnostique
    - diagnostic psychiatrique
    - diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et troubles somatoformes sans organicité sous-jacente ;
  - à caractère thérapeutique
  - à caractère pragmatique
    - orientation vers une structure de soins psychiatriques,
    - avis sur une mesure de protection des biens
  - à caractère multidisciplinaire
    - préparation à une intervention chirurgicale majeure
  - à caractère pédagogique
    - animation de groupes de parole de soignants,
    - soutien aux équipes soignantes en difficulté ou en souffrance
    - exposé synthétique sur un thème effectué dans un service de médecine dans une visée didactique ;
  - à caractère scientifique

# La psychiatrie de liaison

- 2 approches différentes
  - Discours médical objectivant
  - Discours psy plaçant le sujet dans une perspective existentielle
- Parfois méfiance réciproque
  - Méfiance du somaticien vis à vis du psy
    - attitudes défensives: fuite, ironie, condescendance, rejet, mépris....
  - Méfiance du psy vis à vis du somaticien
    - Ne comprend rien, est aveuglé par la technique...
- Avec quelques incompréhensions
  - Terminologie spécifique
  - Complexité syndromique
- Une équipe de liaison multidisciplinaire
  - Médecin
  - Psychologue
  - Infirmier
- Besoin d'une relation de confiance

# Les urgences

- L'urgence en psychiatrie est définie comme une «*Demande dont la réponse ne peut être différée, nécessitant une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique*»



# Les urgences

- 30% des cas = décompensations de pathologies psychiatriques.
  - Psychoses, schizophrénies; Tr. Cyclothymiques et bipolaires; Psychopathies; Personnalités pathologiques; Anorexies mentales
- 70 % des cas = n'est pas liée à la décompensation d'une affection psy au long cours mais il s'agit d'une demande urgente et pressante portant sur des besoins psy, psycho ou sociaux exigeant une réponse immédiate.
  - complètement différentes des situations et du profil des patients suivis
  - Difficulté à poser un diagnostic psy sûr et définitif

# Les urgences

- **Urgences psychiatriques pures**
  - épisode dépressif majeur
  - accès d'agitation maniaque
  - bouffée délirante aiguë
  - schizophrénie délirante et hallucinatoire
  - ...
- **Urgences intriquées, médico-psychiatriques**
  - intoxication éthylique aiguë
  - gestion d'une tentative d'autolyse
  - encéphalopathie alcoolique
  - ...
- **Situations de crise ou de détresse psychosociale**
  - Etats aigus transitoires
  - A expression émotionnelle intense
  - Troubles de l'adaptation liés à une situation de crise ou de détresse psychosociale
  - D'ordre réactionnel
    - deuil, pertes, chômage, problèmes financiers, professionnels, judiciaires...
  - Ou relationnel
    - conflit conjugal, sentimental ou familial...

# Psychiatrie et PMSI: une culture...

- DGF
  - Encore d'actualité
- T2A – VAP
  - VAP = 4 compartiments
    - RIM-P
    - missions d'intérêt général (MIG)
    - médicaments particulièrement onéreux
    - *géo populationnel*
- PMSI – RIM-P
  - La non valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) laisse les ESM dans un climat « soft »
  - Refus d'une partie non négligeable de poser un diagnostic

# Psychiatrie et PMSI : le RIM-P

- RIM-P et Hospitalisation
  - Résumé Par Séquence RPS
    - Chaque RPS contient :
      - Des informations administratives
      - Un DP et des DA codés en CIM10
      - Les AVQ
  - Les RPS ne sont pas groupés
  - Le calcul d'un tarif n'est pas connu
  - Le séjour est exporté sous forme de RPSA (Résumé par séquence anonymisé)

# Psychiatrie et PMSI : le RIM-P

- Psychiatrie de liaison = activité ambulatoire
  - Ambulatoire en psy # ambulatoire en MCO
- RIM-P en ambulatoire
  - Actes EDGAR
  - Intervenants multiples: MIPARESXY
  - Pour chaque acte
    - Diagnostic principal ou motif principal de prise en charge
    - Diagnostics et facteurs associés
      - alourdir la prise en charge
      - mieux décrire les circonstances ou les problèmes de santé au cours de cet acte
    - Certains de ces diagnostics sont des co-morbidités dans le PMSI MCO

# Psychiatrie et PMSI : MCO et Diagnostic psychiatrique

- **Certains diagnostics sont lourds de conséquences**
  - Décisions de protection et de soins sans le consentement du malade
  - Intégration sociale
  - Questionnement éthique.
- **Élaboration longue**
- **Danger:**
  - Élaboration par pure contrainte PMSI
    - Contrainte de temps
    - Contraintes du « diagnostic à tout prix »
  - « c'est un psy... »
    - Évolution des symptômes dans le temps
  - Le diagnostic de facilité
    - F41.2 *Trouble anxieux et dépressif mixte*
  - Banalisation du diagnostic

# La CIM X et la psychiatrie

- Le chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00 – F99)
  - Quelques difficultés pour le monde psy...
    - Abandon de la dichotomie névrose – psychose
    - Polysémie internationale de certains termes comme « psychogène », « psychosomatique », « hystérie », etc.: => réduction voire abandon de leur usage
    - L'abandon des références théoriques
    - *Refus de poser un diagnostic sur les outils d'évaluation*
  - Ce qui n'est pas contesté
    - Née d'un consensus
    - Exige une approche clinique spécifique
    - Comporte une description clinique détaillée même si changements de section pour des notions de durée et/ou d'intensité pour un diagnostic de certitude
  - Nécessité de compléter la description par des diagnostics figurant dans d'autres chapitres

# La CIM X et la psychiatrie

- Diagnostics utiles pour les professions non médicales
  - Chapitre XVIII : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
    - Section (R40 – R46) Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement
    - Section (R50 – R69) Symptômes et signes généraux
    - Utilisés par les infirmiers
- Description du patient ou des circonstances
  - Chapitre XX : Causes externes de morbidité et de mortalité,
    - essentiellement la section (X60 – X84) : Lésions auto-infligées
  - Chapitre XXI : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
    - Indispensable pour décrire l'environnement du patient
    - Essentiel pour les Travailleurs Sociaux
  - Et tous les autres chapitres connus en MCO...



# Quel codage: objectifs

- Quelles exigences pour quels objectifs ?
  - Descriptif
    - DAD : diagnostics associés documentaires
  - Valorisation de l'activité
    - Retrouver dans le CRH ou les observations la trace de l'avis psy
    - Pouvoir faire valoir un diagnostic valorisant (ex. F314 vs F319)
    - Diagnostic psy peut devenir
      - Diagnostic Principal (décompensations de pathologies psychiatriques).
      - Diagnostic Relié (troubles somatoformes, schizophrénie, ...)
      - Diagnostic Associé significatif
    - Tout autre diagnostic d'actualité
  - Solide aux contrôles

# Quel codage: organisation

- Quelle organisation?
  - Origine de l'activité de liaison?
    - Interne = champs d'activité multiples
      - Politique d'établissement
      - Culture d'établissement
      - Système d'information unique ou communiquant
      - Accessibilité
    - Externe = provient souvent d'un établissement mono activité
      - Culture différente : que psy
      - Ignorance des contraintes MCO
      - Quel degré d'intégration dans le champ MCO
      - Systèmes d'information différents peu ou pas communiquant
      - Éloignement
      - Rébellion de certains

# Quel codage: organisation

- Quelle organisation?
  - Saisie centralisée
    - Traces de l'avis psy dans dossier ou CRH
    - Nécessité
      - soit d'une parfaite description de la pathologie (et de l'environnement du patient)
      - soit d'un diagnostic reprenant les termes de la CIM
    - Difficulté de bien coder en F--- à partir d'éléments partiels ou mal identifiés
  - À la source
    - Liaison en interne
      - Appartenance à une équipe, staff, sur site, ...
    - Liaison par structure externe
      - Habitudes différentes, difficilement joignables, intervention médicale ou simple avis soignant? quel document de liaison, ...
      - 2 modes de recueil de l'information médicale
        - » Niveau d'exigences différent: T2A existe, la VAP pas encore!

# Codage de qualité = une rencontre

- **Une approche clinique spécifique:**
  - Une bonne connaissance de la clinique psychiatrique
  - Une lecture adéquate de la CIM X
  - Une échelle temps différente
- **La psychiatrie est une discipline médicale**
  - Compréhension des contraintes réciproques
  - Intégration de « l'équipe » psy
  - Accepter que le diagnostic de certitude demande du temps
- **Formalisation pour une nécessité économique**
- **Contractualisation?**
- **Formation au codage (information, formation)**
  - Pour un codage à la source ou un libellé explicite
  - Utile aux différents champs sanitaires
- **Codage à la source**

Quelle lecture de la  
CIM?

# F20 Schizophrénie

- Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont: l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.
- L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète. On ne doit pas faire un diagnostic de schizophrénie quand le tableau clinique comporte des symptômes dépressifs ou maniaques importants, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles affectifs. Par ailleurs, on ne doit pas porter un diagnostic de schizophrénie quand il existe une atteinte cérébrale manifeste ou une intoxication par une drogue ou un sevrage à une drogue. Des troubles semblables apparaissant au cours d'une épilepsie ou d'une autre affection cérébrale, sont à coder en F06.2, ceux induits par des substances psycho-actives étant à classer en F10-F19 avec le quatrième chiffre .

# F21 Trouble schizotypique

- Trouble caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. La symptomatologie peut comporter une froideur affective inappropriée, une anhédonie, un comportement étrange ou excentrique, une tendance au retrait social, des idées de persécution ou des idées bizarres, ne présentant pas les caractéristiques d'idées délirantes authentiques, des ruminations obsessionnelles, des troubles du cours de la pensée et des perturbations des perceptions, parfois des épisodes transitoires quasi-psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres et des idées pseudo-délirantes, survenant habituellement sans facteur déclenchant extérieur. Le début du trouble est difficile à déterminer et son évolution correspond habituellement à celle d'un trouble de la personnalité.

## **F23.2 - Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique**

- Trouble psychotique aigu, caractérisé par la présence de symptômes psychotiques relativement stables, justifiant un diagnostic de schizophrénie, mais persistant moins d'un mois. Les caractéristiques polymorphes instables décrites en F23.0 sont absentes. Quand les symptômes schizophréniques persistent, le diagnostic doit être modifié pour celui de schizophrénie ( F20.-).



# Cas N° 1 (urgences)

- OBS Evaluation :
- perplexité anxieuse jusqu'à la dépersonnalisation, vécu persécutoire (craint d'être mise sous la coupe d'un proxénète qui patrouille dans la ville en voiture noire), indécision, retentissement sur le fonctionnement, sur-sollicitation de l'entourage. Il en résulte un isolement socio-affectif d'autant plus qu'elle est célibataire et sans emploi. Réaction hystériforme, dépressive. Ce jour ambivalente / hospitalisation, veut sortir pour aller à un entretien d'embauche à XXXX avec son père, quand on évoque la possibilité de l'y autoriser, préfère rester car cela la sécurise... on poursuit ;
- traitement ajusté > anxiolyse, Anti-dépresseurs, normothymique ;
- surveillance psycho-comportementale par transfert sur unité de psy ZZZZ.
- F 48.9
- [Cas CLINIQUES 1.doc](#)

# Cas N° 2 (liaison)

- OBS Evaluation : Jeune fille de 15 ans et demi, placée en famille d'accueil à XXXX depuis environ un mois, en provenance d'un foyer de YYYY, où elle avait été placée en mai 2009, par décision du J.D.E.
- A pris hier matin, au collège, 8 cps de DOLIPRANE, de façon assez rapprochée pour « faire cesser un fort mal de tête ». S'est sentie mal, l'a dit à ses copines, qui ont alerté l'infirmière scolaire.
- Bien qu'elle décrive un sentiment de malaise général, elle n'exprime pas d'intentions suicidaires. Elle évoque son parcours, difficile ; elle dit être en souffrance par rapport à la séparation d'avec le milieu familial et l'éloignement.
- Elle semble avoir bien investi la scolarité, a des copines, veut faire du piano, elle ne présente pas de signe de dépression manifeste.
- Dit qu'elle prenait 10 gttes de Tercian le soir, prscrites par sa psychiatre à YYYY, et que ce traitement a été arrêté à son arrivée à XXXX. Se sentait plus détendue.
- OK pour TERCIAN : 10 gouttes le soir.
- Elle est OK pour revenir en consultation au CMP. Le contact est bon. Pas d'indication de transfert en milieu spécialisé.
- F43.2
- [Cas CLINIQUES 2.doc](#)

# Cas N° 3 (liaison - connu)

- OBS Evaluation :
- MOTIF : Reprise alcoolisation après période d'abstinence
- OBS : Admis pour rechute, datant de 3 semaines, dans un contexte d'abstinence depuis environ 3 ans. Évoque le décès récent d'un ami.
- Souffrance physique et psychique ; déçu d'avoir rechuté. Dit être insomniaque.
- ==> Essai TERCIAN 20 Gttes au coucher
- A revoir.
- F32.01; F10.2
- [Cas CLINIQUES 3.doc](#)

# Quel codage? : quelques éléments de réflexion

- Une organisation
  - Une psychiatre de liaison reconnue
  - Contractualisation
  - Valeur du dossier pour le contrôle
- Nécessité d'acquérir une confiance réciproque
  - Rencontres, stafs, information, formation.
- Spécificité du diagnostic
  - Difficulté de traduire un diagnostic de certitude
  - Qui peut modifier la valeur du RUM
- Diminuer les risques d'erreur
  - Saisie à la source
  - Risque de modification du sens par manque d'éléments descriptifs
- Une intrication de plusieurs facteurs institutionnels
  - De la nécessité économique...
    - Au respect de chacun
    - Dans une éthique bien comprise!

# La psychiatrie en MCO



Toujours perplexes?

« La perplexité est le début de la connaissance. » *Emil Michel Cioran*



# Le RIM-P

Quelques nouveautés

# RIM-P: nouveautés

- Liées à la loi du 5 juillet 2011
  - Fait majeur = Intervention du Juge des libertés et de la détention
  - Intervention du comité technique
    - Modifications effectives
      - Modification du recueil de l'isolement thérapeutique
      - Nomenclature du mode légal de soins
      - Disparition de la notion de sortie d'essai
      - Variable dépendance Relation -> Communication.
    - Modifications à l'étude



# RIM-P: nouveautés

- Modifications effectives
  - Modification du recueil de l'isolement thérapeutique
    - Présence à minuit -> durée égale ou supérieure à 2 heures
  - Nomenclature du mode légal de soins
    - Code 1 Soins psychiatriques libres
    - Code 3 Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (articles L. 3213-1 du code de la santé publique et 706-135 du code de procédure pénale)
    - Code 4 Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables (article L. 3213-7 du code de la santé publique)
    - Code 5 Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement (OPP)
    - Code 6 Soins psychiatriques aux détenus (article D. 398 du code de procédure pénale)
    - Code 7 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (2 certificats) ou soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (1 certificat)
    - Code 8 Soins psychiatriques pour péril imminent (1 certificat, sans tiers)
  - Disparition de la notion de sortie d'essai

# RIM-P: nouveautés

- Liées à la loi du 5 juillet 2011
  - Intervention du comité technique
    - Modifications à l'étude
      - Création variable « mode légal de soins » dans les RAA et des séquences à temps patiel
      - UMD et soins psychiatriques sans consentement
        - rappeler le contexte des « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état »
        - contrôler le renseignement du « mode légal de soins » pour les séquences en UMD
      - production indicateurs MAPSY supplémentaires sur les prises en charge en hospitalisation complète sans consentement
        - nb séjours/patients présents à J15, à 6 mois, à 12 mois
      - production indicateurs MAPSY décrivant les modes de prise en charge post hospitalisation complète sans consentement
        - taux de sorties sèches
        - taux de « pgm de soins psychiatriques » pour chaque forme d'activité
- Élargissement des contrôles sur MAPSY

Merci