
Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

La création d'une cellule médico-économique commune au Département d'information médicale et à la Direction des ressources matérielles et affaires financières : quels enjeux pour le pilotage d'un établissement public de santé mentale ?

Yohan DUBEDOUT

Remerciements

A l'Ecole des Mines,

Monsieur Frédéric Kletz, Monsieur Léo Cazin,

Messieurs les référents de mémoire,

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour avoir suivi, soutenu et guidé ce mémoire. Votre appui méthodologique m'a aidé à me poser les problématiques sous-jacentes à chaque sujet traité. Votre bienveillance m'a permis d'avancer rapidement, tant lors de la phase de conception que lors de la phase de rédaction du mémoire. J'espère que le résultat est à la hauteur de vos attentes et que nous aurons l'occasion de nous retrouver ultérieurement pour en discuter.

A l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique,

Monsieur Mourier, Mesdames Daubus et Houzé,

Mesdames, Monsieur les responsables et gestionnaires de la filière DH,

Je vous remercie pour votre souplesse et votre adaptation face aux contraintes spécifiques de ce mémoire, encadré à la fois par l'EHESP et l'Ecole des Mines. Vous m'avez permis de m'affranchir d'un certain nombre de jalons calendaires appliqués aux autres élèves, afin que je puisse pleinement bénéficier de l'expertise de mes référents de mémoire. J'espère que cette production trouvera un intérêt à vos yeux.

A ma maître de stage,

Madame la Déléguée régionale de la FHF, ex-Directrice de la Logistique, des Achats, du Développement Durable et de la Culture du CHCP, très chère Nathalie,

Un immense merci pour tout. Ton accueil chaleureux, tes conseils et tes explications quotidiennes ont été précieux pour avancer durant le stage. Tu as fait en sorte que mon positionnement soit le plus adéquat et le plus favorable à ma future prise de poste, et je t'en remercie. J'ai tant appris en deux ans que je ne me vois presque plus comme un externe. Je te souhaite une belle aventure à la fédération, une vie Bouscataise animée avec ta famille. J'aurai plaisir à te raconter les gardes agitées et à te rappeler la fameuse du long week-end de mai.

A l'équipe de Direction du Centre Hospitalier Charles Perrens,

Monsieur le Directeur, cher Antoine,

Je te remercie vivement de m'avoir permis de me former au sein du CHCP. Toutes les portes m'ont été ouvertes au cours de mon stage d'observation. Tu m'as intégré comme membre à part entière de l'équipe dès le début du stage long, avec le même niveau d'exigence, teinté tout de même d'une pointe de bienveillance supplémentaire. Preuve de ton audace et de ta confiance en la jeunesse, tu m'as rapidement choisi pour réaliser l'intérim de la Direction de la logistique et des achats et pour occuper officiellement le poste en janvier. Je m'attacherai à répondre à tes attentes.

Monsieur le Directeur des Ressources Matérielles et Affaires Financières, cher Alain,

Comment te remercier après avoir passé tant de temps sur ce mémoire... Plus sérieusement, la mission que tu m'as confiée m'a permis de m'investir dans le champ financier que je maîtrisais peu. J'ai pu comprendre les mécanismes à l'œuvre en psychiatrie et en MCO. Nous avons finalement porté la réflexion plus loin que sur le seul projet que tu as élaboré, j'espère que tu y trouveras des éléments intéressants. Merci pour ta pédagogie et ta franchise.

Madame la Directrice des Affaires générales et médicales, chère Stéphanie,

Merci pour ces innombrables cafés que tu m'as offerts, pour ces discussions toujours intéressantes sur le secteur sanitaire et médico-social que tu connais parfaitement. J'ai eu plaisir à travailler à tes côtés sur le conseil local de santé mentale, malgré son inauguration en demi-teinte.

Monsieur le Directeur des Ressources Humaines, cher Philippe,

Merci pour tous ces débats que nous avons eus au cours de nos déjeuners, sur l'éthique des médecins, des soignants et des directeurs. Ta prudence sur ces sujets tempère mon côté « génération Y », friand de nouvelles technologies.

Monsieur le Directeur des Usagers, cher Jean-Claude,

Après de nombreux rebondissements, j'espère vivement que nous pourrons déployer cette maison des usagers qui nous tient à cœur. J'ai pu observer la Direction des Usagers et le rôle du juge des libertés et de la détention avec ton accord et je t'en remercie.

Madame, Monsieur les Directeurs des soins, chers Christine et Jacky,

Vous êtes la preuve que les Directeurs des soins doivent être au cœur de l'équipe de Direction. Votre expertise et votre expérience sont des mines d'or pour un élève directeur. Je m'en excuse par avance, mais je continuerai à vous harceler de questions sur tout sujet qui a trait à votre champ de compétences. Merci pour votre aide, votre gentillesse et votre disponibilité.

Madame la Directrice de la Maison d'accueil spécialisée, chère Annie,

Nous avons eu peu à travailler ensemble mais je garde à l'esprit l'analyse psychologique que tu as faite de moi. Merci pour ta bienveillance.

Aux agents du Centre Hospitalier Charles Perrens qui m'ont reçu,

A Camille,

Qui mérite indéniablement une catégorie à part, je ne peux pas lister tous les remerciements à t'adresser.

A ma famille,

A mes parents.

A mon frère, le philosophe, bientôt à toi de plancher sur un mémoire.

A mes amis,

Marion, Lucas, Florian, ce mémoire m'a coupé de vous quelques temps, je pense à vous qui pensez à moi.

A mes camarades Rennais,

Margaux, Lucie, Estelle, Guilhem, Joseph, Alexandre, Pierre-Antoine, Benjamin, Lionel, Arnaud, Lise, Benoit, David-Olivier, Vincent, Alix, Chloé, Lola...

Pour tous ces repas au Hibou, ces matches de tennis et de handball, ces concerts, ces balades, ces soirées Club, ces week-ends sportifs.

A tous ceux que je n'ai pas inscrits mais qui se reconnaîtront

Sommaire

Introduction	1
1 Un contexte local, régional et national qui incite les établissements à questionner leur mode de financement et à renforcer leurs processus de gestion	3
1.1 Une histoire paradoxale de la folie qui engendre une représentation particulière des acteurs	3
1.2. Un contexte national et régional qui remet en cause les organisations des EPSM	7
1.3. Le contexte local du Centre Hospitalier Charle Perrens est propice à l'émergence d'une réflexion sur le financement de ses pôles médicaux	11
2 Le projet de création d'une cellule médico-administrative a donné lieu à une réflexion élargie sur l'évolution du financement des pôles médicaux.....	15
2.1 La méthodologie de projet et de construction du mémoire allie recherches théoriques et applications pratiques	15
2.2 Un projet défini <i>a priori</i> , en fonction d'attendus précis	17
2.2.1 Présentation de la naissance du projet et inscription dans une fenêtre d'opportunité.....	17
2.2.2 Des enjeux financiers et organisationnels importants qui ressortent du projet	19
2.2.3 Des livrables attendus pour réaliser le projet	22
2.3 Revoir le mode de répartition des budgets de pôle constitue autant une évolution financière qu'un changement de paradigme à expliciter	24
2.3.1 Un modèle actuel de financement des pôles qui se base sur la reconduction des crédits existants	24
2.3.2 Un modèle futur possible qui se base sur les données d'activité médicale	25
2.3.3 Une réponse facilitée aux appels à projet et aux projets de recherche	31
3 L'avenir du financement de la psychiatrie, et du Centre Hospitalier Charles Perrens, soulève de nombreuses questions	34
3.1 Un projet théoriquement robuste mais qui peut rencontrer des freins à sa réalisation	34
3.1.1 Une difficile appropriation et acceptation des acteurs	34
3.1.2 Des freins qui doivent être analysés afin de ne pas nuire à la réalisation du projet	35
3.1.3 Le processus de fiabilisation doit être conceptualisé et formalisé afin d'assurer la production de données exploitables	37
3.2 Une réalisation de la cellule qui reste néanmoins possible	40
3.3 Des nouveaux modèles de financement de la psychiatrie sont envisageables : étude d'applicabilité de la T2A et du financement prédictif en santé	41
Conclusion	44
Bibliographie	45
Liste des annexes.....	49

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'administration hospitalière

ADC : Adjoint des cadres

ADESM : Association des établissements participant au service public de santé mentale

ARS : Agence régionale de santé

ASPDRE : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un représentant l'État

ASPDPT : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

CAA : Cour administrative d'appel

CGLP : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHCP : Centre hospitalier Charles Perrens

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre médico-psychologique

CNG : Centre national de gestion

CUB : Communauté urbaine de Bordeaux

DMS : Durée moyenne de séjour

DIM : Département d'information médicale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRMAF : Direction des ressources matérielles et affaires financières

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EPIC : Équipe psychiatrique d'intervention et de crise

EPSM : Établissement public de santé mentale

GHM : Groupes homogènes de malades

GHS : Groupes homogènes de séjour

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MERRI : Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PU-PH : Professeur des universités – praticien hospitalier

SECOP : Service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique

SMPR : Service médico-psychologique régional

SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

TIM : Technicien de l'information médicale

UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades psychiatriques

VAP : Valorisation de l'activité en psychiatrie

Introduction

Les établissements publics de santé mentale ont toujours eu une place à part dans le paysage hospitalier français et dans la représentation sociale des citoyens. Cette marginalité relative est le fruit d'une construction historique riche, pluriséculaire et multifactorielle. Cette histoire constitue, en soi, un objet d'étude.

L'héritage historique, dans ses composantes médicales, architecturales, juridiques et sociales s'illustre dans l'organisation des EPSM aujourd'hui, en les distinguant des hôpitaux généraux. La professionnalisation de ce secteur est récente, tant pour la partie médicale que paramédicale. En effet, il a fallu attendre les années 1970 pour que commencent à apparaître des traitements médicamenteux efficaces, et que des infirmiers soient spécialement formés à la psychiatrie. Cette structuration tardive crée encore aujourd'hui un décalage entre les établissements généraux et spécialisés en psychiatrie. Or, ces deux types d'établissements connaissent des évolutions récentes au fort impact. Ils doivent donc être en mesure de s'adapter et de se moderniser rapidement.

D'un point de vue sociétal, il convient de noter que la diffusion de masse de nouvelles technologies de l'information et de la communication, ont accru l'exigence de transparence des administrations publiques. Les contraintes budgétaires et la nécessaire restriction des déficits publics invitent à améliorer la performance de l'utilisation des deniers publics. Dès lors, des modifications de pratiques et des changements organisationnels doivent être opérés pour répondre à ces enjeux. Ce constat explique que le Centre Hospitalier Charles Perrens a souhaité améliorer l'analyse et l'exploitation des données, à la fois médicales et financières, qu'il possède, afin de garantir un pilotage plus efficient de l'établissement

L'amélioration des pratiques médicales et l'innovation technologique ont entraîné l'augmentation de la technicité nécessaire des agents des centres hospitaliers pour répondre à des enjeux de plus en plus prégnants et multiples. Les organisations se sont peu à peu cloisonnées et segmentées pour garantir un niveau d'expertise suffisant par secteur d'intervention. Ce cloisonnement des organisations, conjointement avec la dichotomie entre le pouvoir médical et administratif d'un établissement de santé, engendre parfois des processus non-optimisés. Pour pallier ces différentes problématiques, et pour améliorer concrètement le pilotage médico-économique de l'établissement, un projet de rapprochement du département d'information médicale (DIM) et de la Direction des ressources matérielles et des affaires financières (DRMAF) a été conçu. La création d'une cellule médico-économique DIM-DRMAF semble constituer un enjeu stratégique fort pour le CHCP. Cette cellule a été pensée et doit être déployée au cours de l'année 2017.

Cette cellule médico-économique est un projet innovant et original pour un établissement psychiatrique. En effet, le système de financement par tarification à l'activité (T2A) n'est pas présent en psychiatrie, financée par dotation globale. Si le secteur de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) est accoutumé à associer à l'activité médicale un financement déterminé, les établissements psychiatriques n'ont pas cette habitude. L'exploitation de l'information médicale est un processus inscrit depuis une dizaine d'années dans l'habitude des pratiques et des organisations en MCO grâce à ce passage à la T2A. Dès lors, structurer une cellule de contrôle de l'information médicale liée à la gestion financière au sein du Centre Hospitalier Charles Perrons, répond à des enjeux plus globaux. L'intérêt de ce mémoire est de montrer ces différents enjeux à l'aune des particularités de la psychiatrie, tant en termes financiers qu'organisationnels ou sociologiques.

Ainsi, dans quelle mesure la création d'une cellule médico-économique au sein d'un établissement de santé mentale peut-elle être un levier d'amélioration de l'analyse et de l'exploitation des données d'activité ? Au-delà de ce questionnement, quelles modalités doivent être envisagées afin de mener à bien ce projet et répondre aux enjeux contemporains de la psychiatrie ? Plus largement, le mode de financement de la psychiatrie, et des établissements MCO peut être questionné, au regard de l'ampleur des données collectées individuellement et collectivement, et dont l'analyse reste parcellaire.

Le contexte national et local propre à la psychiatrie invite les établissements à mener une réflexion sur leur mode de financement (I). A partir de l'exemple du Centre Hospitalier Charles Perrons, les enjeux afférents à la création d'une cellule médico-administrative seront étudiés (II). Enfin, il conviendra d'analyser et de discuter des évolutions possibles du financement de la psychiatrie eu égard aux éléments qui auront été relevés lors de la construction du projet (III).

1 Un contexte local, régional et national qui incite les établissements à questionner leur mode de financement et à renforcer leurs processus de gestion

Souvent éloignée des considérations hospitalières et de l'agenda médiatique, en raison de ses nombreuses spécificités, la psychiatrie et son financement ont toutefois été réintégrés au sein des débats contemporains. La psychiatrie est encore aujourd'hui l'héritière de représentations issues de pratiques asilaires. Une brève histoire de la folie permet de recontextualiser le propos qui va être développé (1.1). Le contexte national et régional contemporain invite les établissements publics de santé mentale à interroger leurs modes de gestion (1.2). Par ailleurs, afin de saisir les enjeux du projet, il convient de présenter les spécificités du CHCP (1.3).

1.1 Une histoire paradoxale de la folie qui engendre une représentation particulière des acteurs

La compréhension des projets menés dans les établissements psychiatriques ne peut se faire pleinement sans un retour préalable sur le contexte issu de la construction historique de la psychiatrie. Tout d'abord, il convient de rappeler que la santé mentale a toujours constitué un objet de fantasme et de crainte auprès de la population. Initialement cachés, isolés à l'extérieur des villes, les établissements publics de santé mentale (EPSM), autrefois appelés asiles, puis hôpitaux psychiatriques et centres hospitaliers spécialisés (CHS), sont, aujourd'hui, au cœur de la Cité. La Cité, si elle souhaitait éloigner de sa vue ces institutions, a pourtant toujours été un espace de débat sur la maladie mentale. Les dramaturges grecs antiques ont ainsi mis en scène les conséquences délétères de la prise de pouvoir des passions sur la raison. Cette forme de prévention pré-primaire des troubles mentaux avait son terme consacré : la *catharsis*¹. Les discussions autour des troubles mentaux se sont étayées et prennent aujourd'hui une ampleur certaine. La démocratisation du débat sur les maladies mentales est à corréliser avec la prévalence élevée des troubles psychiatriques en population générale.

En effet, s'il est difficile de mesurer l'évolution historique des troubles psychiatriques, il a été démontré qu'une personne sur quatre est concernée à un moment de sa vie par un trouble mental². Plus précisément, en France, en 2013, selon les données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) 7,2 millions de personnes ont eu recours à des soins de santé mentale, ce qui représente 13% de la population total ayant

1 : Etymologiquement : séparation du bien d'avec le mauvais

2 : The World Health Report 2001, « Mental Health: New Understanding, New Hope », *New Hope Geneva: World Health Organisation*, 2001

eu recours au système de santé, pour un montant total de 21,3 milliards d'euros (15% des dépenses d'Assurance Maladie)³. L'impact économique des troubles psychiatriques va au-delà des dépenses d'Assurance maladie puisqu'ils seraient la cause de 35% à 45% de l'absentéisme au travail en Europe⁴.

Le sujet des troubles psychiatriques, dont la prévalence et l'impact économique et social ont été montrés, intègre ainsi progressivement l'agenda médiatique et l'espace public, réduisant le déni latent qui caractérise ce type de pathologie. La « folie » apparaît généralement comme un fléau invisible. Les dictateurs, tueurs en série et autres personnages troubles sont souvent qualifiés de « fous ». DESTAING F. met par exemple en évidence les diagnostics posthumes de certains personnages politiques, dans son ouvrage *Le pouvoir et la folie* (1993). De la schizophrénie⁵ de Caligula, aux troubles bipolaires de Khadafi, l'auteur passe en revue de nombreux chefs d'Etat malades ou, *a minima*, jugés comme tels. *A contrario*, la folie peut parfois être encensée, comme moyen d'atteindre des capacités extraordinaires, qu'elles soient intellectuelles ou artistiques. Ainsi, de nombreux artistes, comme William Blake (1757-1827) ou Edvard Munch (1863-1944) ont eu recours à des soins psychiatriques au cours de leur existence. D'autres personnalités reconnues pour leur travail scientifique ou commercial, comme le mathématicien John Forbes Nash (1928-2015) ou le créateur de Facebook, Mark Zuckerberg (1984-), ont, quant à eux, été diagnostiqués (ou sont supposés être) autistes Asperger⁶, selon FAUCHIER L. dans *Aspie, vous avez dit aspie ?* (2015). Comme Aristote (IVe siècle avant notre ère) le faisait déjà, la société distingue donc toujours la « bonne folie », créatrice, de la « mauvaise folie », destructrice.

Le périmètre et la conception de la folie ont également évolué au cours du temps. Si 60 pathologies étaient répertoriées dans le premier Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-I pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en 1952, le DSM-V publié en 2015 en recense plus de 400. Le vocabulaire médical s'est donc précisé. Les diagnostics d'aliénation ou de démence ont laissé place à l'identification plus ciblée de troubles psychotiques, névrotiques ou autres.

3 : Frédéric Bousquet, « Panorama des dépenses de psychiatrie en France », *Revue française des affaires sociales* 2016/2 (n°6), p. 31-34.

4 : Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Santé mentale, relever des défis, trouver des solutions, 2006, p.15

5 : Trouble psychique de la classe des troubles psychotiques délirants, caractérisé par une altération des fonctions sensorielles et cognitives, souvent liée à un sentiment de persécution

6 : Trouble du spectre autistique caractérisé par une absence de retard dans le langage ou dans le développement cognitif. Les personnes atteintes de ce trouble sont caractérisés par une difficulté à nouer des relations sociales, à comprendre le langage imagé ou métaphorique, un intérêt fort limité à un champ ou quelques champs particuliers.

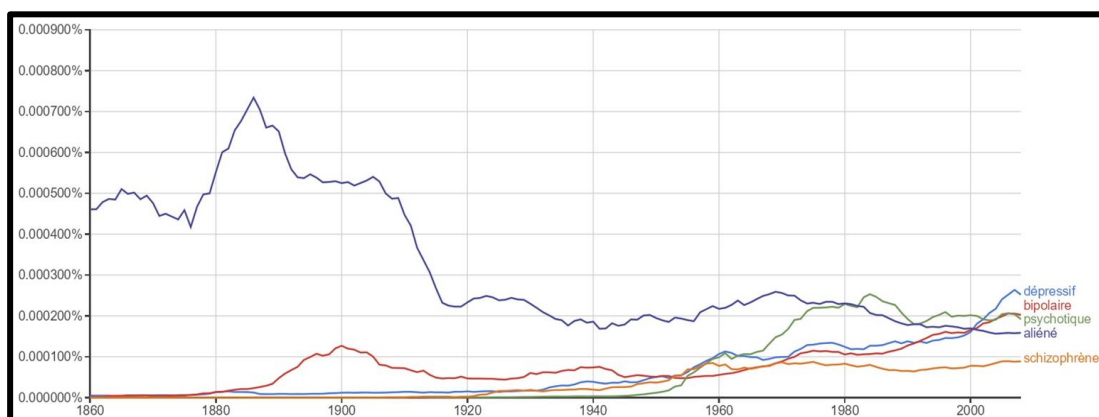


Illustration 1: Evolution des termes médicaux dans la littérature

Le graphique ci-dessus représente l'évolution des occurrences des termes « dépressif », « bipolaire », « psychotique », « schizophrène » et « aliéné » dans les ouvrages français, toutes catégories confondues, entre 1860 et 2016⁷. Le glissement sémantique est mis en exergue, du terme aliéné vers une définition plus précise des troubles. Le passage dans le langage courant des principaux diagnostics psychiatriques a eu pour effet de déstigmatiser une partie des malades mentaux, renforçant en contrepoint la stigmatisation sur d'autres malades. Une personne sera qualifiée aisément de bipolaire par son entourage et la société, alors qu'un patient atteint de troubles plus complexes sera, encore aujourd'hui, simplement qualifié de « fou ».

L'acceptation progressive de l'omniprésence des troubles psychiatriques au sein de la société est un processus qui s'est accéléré au cours des dernières années, sous l'influence de différents facteurs. Tout d'abord, la croissance des aires urbaines a eu pour conséquence de placer les EPSM au sein des villes. Les habitants sont donc désormais confrontés à l'image de la psychiatrie, autrefois éloignée des villes et du regard social. L'extension de Bordeaux est, à ce titre, révélatrice. Les images ci-dessous montrent un plan de Bordeaux en 1832 et un plan actuel. En 1832, la ville était concentrée entre la Garonne et l'actuel cours d'Albret, au sud du cimetière de la Chartreuse. L'asile Château-Picon, ancêtre du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP), a été volontairement construit à plus de 2,5 kilomètres de la frontière de la ville. Cependant, un plan actuel montre que la limite sud-ouest de la ville s'est déplacée de 3 kilomètres, plaçant donc l'établissement au sein de Bordeaux. Parallèlement, les communes périphériques de Bordeaux, aujourd'hui intégrées à la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB), ont vu leur population se densifier, étendant l'aire urbaine.

7 : Source : Google N'Gram

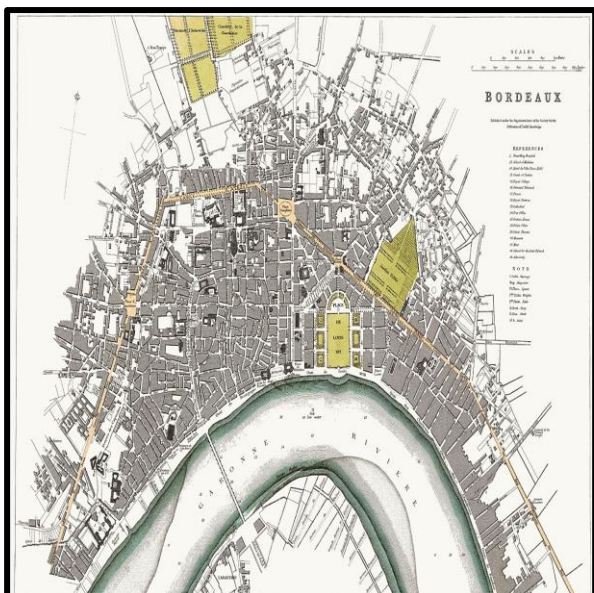


Illustration 3: Plan de Bordeaux en 1832

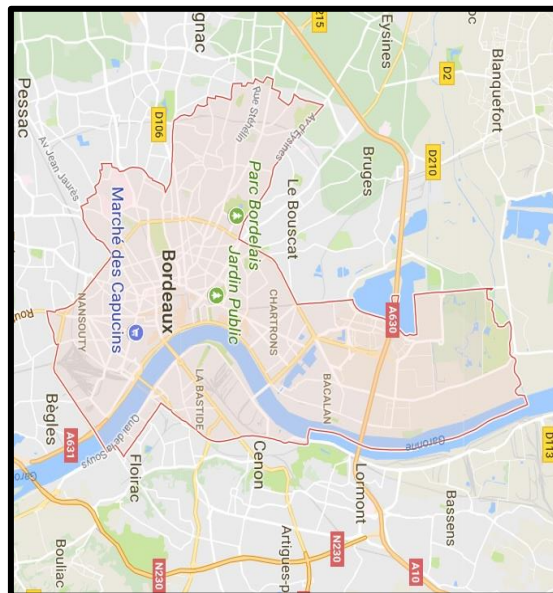


Illustration 2: Plan actuel de Bordeaux

Cette intégration de la psychiatrie au sein de la Cité invite à repenser le rapport social à la maladie mentale. L'ouverture des établissements sur la ville devient un enjeu important afin de poursuivre le mouvement de déstigmatisation de la maladie mentale et de faciliter son acceptation par la société. Il revient à l'ensemble des professionnels exerçant en EPSM de s'engager dans une démarche pro-active de modernisation et d'adaptation de la prise en charge psychiatrique.

Ce mouvement de convergence des établissements se pense également au niveau institutionnel. En effet, les établissements psychiatriques s'attachent à rapprocher leur mode de gestion de celui des établissements généraux, malgré leurs spécificités, de financement notamment. Dès lors, il convient d'analyser tout projet mené au sein d'un EPSM à l'aune de cette dichotomie, opposant la volonté d'apparaître comme un établissement « normal » et la volonté de maintenir leurs particularités.

1.2. Un contexte national et régional qui remet en cause les organisations des EPSM

Au niveau national, la psychiatrie a été mise à l'agenda politique à partir des rapports produits par la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLP), Adeline Hazan. Un rapport est paru le 14 avril 2016 mettant en exergue des pratiques non-conformes au respect des droits du patient au sein des EPSM, notamment en termes de contention et d'isolement. Ces deux pratiques ont ensuite fait l'objet d'un guide de recommandations de bonnes pratiques⁸ de la part de la Haute-Autorité de Santé (HAS) en février 2017. La jurisprudence de la Cour administrative d'appel (CAA) de Marseille de 2007 a été rappelée : la contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours, après avoir essayé de calmer le patient par la parole, les médicaments puis l'isolement. Une précision de temps maximal de ces mesures est apportée par la HAS (6 heures pour la contention, 12 heures pour l'isolement). Il est intéressant de noter que ce débat avait été initié dès le début du XIXe siècle avec les écrits de PINEL P., et le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie* (1801).

Un autre rapport sur l'organisation et les moyens de la psychiatrie a été réalisé par le Directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, Michel Laforcade. Ce rapport met en évidence plusieurs éléments, notamment le fait que la psychiatrie est une spécialité en tension : 26,3% des postes de praticien à temps complet et 45,9% postes de praticien à temps partiel sont vacants⁹. L'hétérogénéité des pratiques est également relevée et mise en corrélation avec l'inégale répartition des psychiatres (libéraux et hospitaliers) au niveau national. Par exemple, la région Ile-de-France compte 29,1 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 12,11 pour l'ancienne région Poitou-Charentes (moyenne nationale de 18,1 pour 100 000 habitants)¹⁰. Cette hétérogénéité s'explique par la difficulté à prouver l'utilité et l'impact d'une pratique psychiatrique. En effet, la méthode scientifique en MCO consiste à reproduire sur un échantillon représentatif de patients aux caractéristiques définies, un protocole de prise en charge. Or, en psychiatrie, il est difficile d'avoir un échantillon homogène et stable, chaque patient pouvant évoluer fortement au gré d'évènements extérieurs.

8 : HAS, « Isolement et contention en psychiatrie générale », Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Février 2017

9 : Données du Centre national de gestion (CNG)

10 : <http://demographie.medecin.fr/demographie>

La psychiatrie exclue du financement à la T2A, malgré l'existence d'une prise en compte de l'activité pour les modulations financières régionales

Ainsi, les établissements publics de santé mentale ont vu leurs pratiques et leur organisation passées en revue. Les questions de financement ont également été abordées, en parallèle des débats récurrents sur la pertinence du système de tarification à l'activité.

Les EPSM ne sont pas financés à l'activité, contrairement aux établissements généraux passés au système du « 100% T2A » depuis 2008. Le principe consiste à calculer pour chaque séjour un coût moyen, et y associer un tarif en conséquence. Ce tarif, revu annuellement, prend en compte les spécificités des patients (âge, comorbidités) afin de refléter au mieux le coût induit pour les hôpitaux. Les établissements psychiatriques doivent néanmoins recueillir leur activité selon le même schéma que les établissements MCO, au sein du RIMP. Ce recueil, créé en 2006, avait une double vocation : faciliter les études médico-économiques et préparer le passage à une forme de T2A adaptée à la psychiatrie.

Certaines missions difficilement quantifiables sont financées spécifiquement telles que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (MIGAC), et les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI). D'autres activités spécifiques telles que les greffes sont financées par forfait et certains médicaments onéreux génèrent une tarification en sus des tarifs de l'activité.

D'un point de vue opérationnel, ce système de tarification nécessite que les professionnels de santé codent chaque activité réalisée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les professionnels s'appuient sur la Classification internationale statistique des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) à usage du PMSI pour connaître les classifications de diagnostics. Le médecin du département d'information médicale s'assure de la régularité du codage et de l'exploitation des données médicales et administratives produites. Toutefois, en l'absence d'incidence financière à la cotation des actes, les établissements psychiatriques n'ont pas acquis cette culture du codage. Par conséquent, ils disposent souvent de données médico-administratives incomplètes ou peu fiables.

Outre la volonté d'harmoniser les coûts de prise en charge par établissement, et d'accroître la transparence sur le financement des établissements de santé, il convient de noter la volonté politique sous-jacente de cette logique : fixer des tarifs attractifs ayant pour but d'inciter les établissements à développer certaines prises en charge (accélération du « virage ambulatoire »¹¹).

11 : Réorganisation des établissements de santé pour favoriser une prise en charge extra-hospitalière ou limiter le temps de prise en charge à l'hôpital (12 heures). Expression consacrée au Québec dans les années 1995.

Ce non-passage à la T2A psychiatrie a été justifié par les professionnels de la santé mentale comme résultant de l'impossibilité d'associer un coût moyen ou un coût cible de prise en charge à un type de patient. Cet argument est renforcé par la difficulté à établir une typologie normalisée de patients. Contrairement aux patients relevant de soins somatiques, il a été avancé que deux patients du même âge avec la même pathologie pourront nécessiter des prises en charge très différentes. Dès lors, il paraît difficile de créer des groupes homogènes de malades (GHM) et donc des groupes homogènes de séjour (GHS) en psychiatrie. Cette thèse a été défendue par la Confédération des Praticiens des Hôpitaux en 2013, au sein de la « Contribution à la mission ministérielle sur le Pacte de confiance à l'hôpital »¹² avec les termes suivants : « deux dépressions, deux schizophrénies, sont radicalement différentes, et la majeure partie de l'activité s'effectue en CMP [Centre médico-psychologique], où elle est préventive et donc se définit non par ce qu'elle fait mais au contraire par ce qu'elle évite de faire ».

Le financement actuel de la psychiatrie a été critiqué, notamment au travers du mécanisme de la modulation régionale. En effet, si le principe veut que l'activité ne détermine pas le financement de la psychiatrie, un mécanisme de modulation régionale vient, à la marge, le remettre en cause. En prenant en compte un certain nombre d'indicateurs, les ARS opèrent en cours d'année une modulation de la dotation annuelle de fonctionnement des établissements afin de diminuer les inégalités de financement, de favoriser le virage ambulatoire et de réduire les séjours longs. La loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) promulguée le 7 août 2015, ayant pour effet de fusionner des régions (et donc des ARS), a permis de mettre en lumière des mécanismes régionaux de modulation de la DAF très différents, tant par leur taux de péréquation que par leurs modalités.

Louis Breuls de Tiecken, directeur des finances du CH Alpes-Isère, a présenté le 21 septembre 2016, dans le cadre des 5^e journées nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie, son étude comparative sur les modulations de la DAF. En 2014, sur les 22 régions, 9 ARS n'avaient aucune modulation, 10 d'entre elles avaient une modulation correspondant à 1% des dotations, et l'ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur modulait 10% des dotations. Les ARS prennent en compte en moyenne 4 indicateurs pour effectuer leur péréquation :

- Un critère géopopulationnel (évolution de la démographie et caractéristiques socio-économiques) ;
- La file active globale ;
- Le nombre de mono et/ou bi-consultants ;
- La DAF par jour d'activité

12 : « La spécificité de la psychiatrie publique, pour une politique de santé mentale humaniste et démocratique », 2013.

Ces critères ont également pour objectif de répartir entre les établissements des mesures d'économies demandées par les ARS. Ils nécessitent de la part des EPSM un recueil exhaustif de l'activité pour qu'ils ne soient pas défavorisés. En effet, si un établissement présente des données faisant apparaître une diminution de l'activité pondérée, le mécanisme de modulation tendra à le considérer comme « surdoté » et donc ponctionnera une partie de son budget pour le réallouer à des établissements « sous-dotés ».

L'ARS Nouvelle-Aquitaine utilise quant à elle un indicateur d'activité, un de file active et un de population. L'indicateur d'activité rapporte les activités à une pondération déterminée selon la lourdeur de l'acte (hospitalisation de nuit = coefficient de 0,6 ; unité pour malades difficiles = 1,7). Le critère de file active minore la file active du nombre de patients ayant donné lieu à moins de 3 actes (mono et bi-consultants). Le critère de population mesure le ratio de dépenses d'assurance maladie par habitant sur un territoire. Le détail des calculs est présent en *annexe 1*. De façon générale, chacun de ces indicateurs sert à comparer le niveau de financement des établissements avec le niveau théorique déterminé par ces indicateurs.

Concrètement, avec ce mécanisme, il est apparu que le Centre Hospitalier Charles Perrens était surdoté. Le budget de l'année 2016 a donc été ponctionné d'environ 360 000€ de crédits pérennes, soit 0,38% du budget du compte de résultat principal. Cette incidence peut paraître faible. Néanmoins, dans un contexte de réduction budgétaire, la somme prélevée n'est pas négligeable. Cette qualification de surdotation de l'établissement s'explique par le fait que le Centre Hospitalier Charles Perrens comptabilise de nombreux mono et bi-consultants dans sa file active. La file active pondérée est donc substantiellement inférieure à la file active totale, ce qui place l'établissement dans la catégorie des hôpitaux surdotés. Pour l'année 2017, la modulation de la DAF a été suspendue car les établissements de l'ex-région Poitou-Charentes auraient été trop impactés par ces mesures. En effet, en l'absence d'un système de modulation régionale comme en ex-Aquitaine, les établissements étaient peu incités à coder leurs actes et à tracer leur activité. Dès lors, les données remontées pour la modulation de 2017 les plaçaient dans une situation de forte surdotation (peu d'activité tracée par rapport à leur DAF).

Outre les incidences financières pour les établissements, cette modulation tend à montrer que la psychiatrie peut être financée, au moins partiellement, en fonction de l'activité réalisée. Par ailleurs, les champs n'étant pas rentrés dans ce système de financement au début des années 2000 commencent à le faire ou s'en en train de prévoir des mécanismes spécifiques pour le faire (établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), hôpitaux locaux...).

1.3. Le contexte local du Centre Hospitalier Charle Perrens est propice à l'émergence d'une réflexion sur le financement de ses pôles médicaux

Le contexte local du Centre Hospitalier Charles Perrens a également été déterminant pour le projet. Tout d'abord, il est à noter que l'organisation actuelle, spatiale et fonctionnelle, impacte fortement les relations entre les différents services du Centre Hospitalier Charles Perrens.

Le projet à l'origine de ce mémoire a été pensé par le Directeur des ressources matérielles et des affaires financières du Centre Hospitalier Charles Perrens. Il consiste à créer une cellule médico-administrative regroupant les services du DIM et de la DRMAF. Ce rapprochement doit s'entendre tant sur le plan géographique que fonctionnel.

Pour comprendre le fonctionnement et les enjeux propres au Centre Hospitalier Charles Perrens, il convient d'en détailler l'organisation actuelle, héritière de l'histoire de la psychiatrie bordelaise. La première mention d'un établissement de santé mentale à Bordeaux remonte au XVI^e siècle, créé par un marchand (Arnaud Giraud) qui aurait perdu puis retrouvé sa fortune, recouvrant ainsi une bonne santé mentale. L'établissement se situait dans le quartier Saint-Jean. Après le vote de la loi de 1838, un nouvel asile doit être bâti, ce qui a conduit à la construction de Château-Picon, inauguré en 1890. Le département de la Gironde disposait alors de deux établissements de santé mentale, Château-Picon étant réservé aux femmes et Cadillac aux hommes. La mixité n'interviendra que dans les années 1970. En 1974, l'hôpital psychiatrique Château-Picon reçoit une nouvelle appellation sous le vocable de centre hospitalier Charles-Perrens (nom du professeur de psychiatrie et médecin-chef ayant exercé à Château-Picon entre 120 et 1952, afin de rompre avec l'image asilaire associée à Château-Picon.

Lors de l'élaboration des plans de Château-Picon, les canons architecturaux asilaires commencent à se diffuser. PARCHAPPE M. dans son traité *Principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés* (1853) explique que les asiles doivent être placés « en dehors et à une petite distance des villes », sur « une pente doucement inclinée », avec « une abondante quantité d'eau salubre » et d'une taille de « dix à vingt hectare pour un asile de 200 à 400 malades » (p. 186-187), ce qui était le cas de Château-Picon. En termes de configuration des lieux, l'organisation qui prévalait au XIX^e siècle était une répartition pavillonnaire des patients. Le plan actuel, présenté ci-dessous, fait apparaître la permanence de cette répartition pavillonnaire. Le site s'étend sur environ 22 hectares. L'étendue du site est aujourd'hui une contrainte organisationnelle car des services géographiquement éloignés doivent réussir à coopérer et travailler ensemble. Au total, une cinquantaine de bâtiments constituent le site intra-muros.

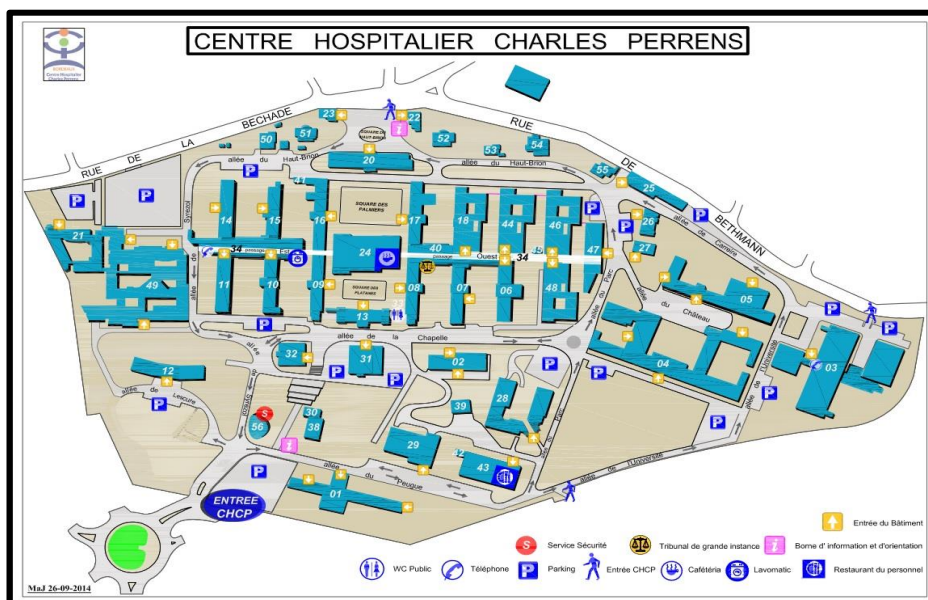


Illustration 4: Plan actuel du CHCP

Le plan actuel (détail des bâtiments en *annexe 2*) fait encore apparaître la particularité architecturale de l'hôpital, construit en « double peigne » (bâtiments présents autour de la cour centrale et du bâtiment 24). Les bâtiments jouxtant la cour centrale (à gauche, bâtiments 16 et 09 ; à droite bâtiments 17 et 08) s'élevait sur 3 niveaux et accueillait les patientes « tranquilles et convalescentes »¹³. Les bâtiments suivants (15, 10, 18 et 07) s'élevaient sur 2 niveaux pour les patientes « semi-tranquilles et semi-agitées »¹⁴ et enfin, les derniers

bâtiments d'un niveau (14, 11, 44 et 06) étaient réservés aux « agitées, furieuses et épileptiques »¹⁵. L'allée centrale servait aux déplacements des patientes et du personnel. La vision panoptique depuis la cour centrale était garante du maintien de la sécurité et de l'ordre dans l'établissement, ce qui a valu à l'architecte d'obtenir pour ses plans, la médaille d'or à l'exposition universelle de 1889. Selon *The Builder*¹⁶, le seul autre établissement bâti sur le même plan est le Saint Saviour's Infirmary à Champion Hill.

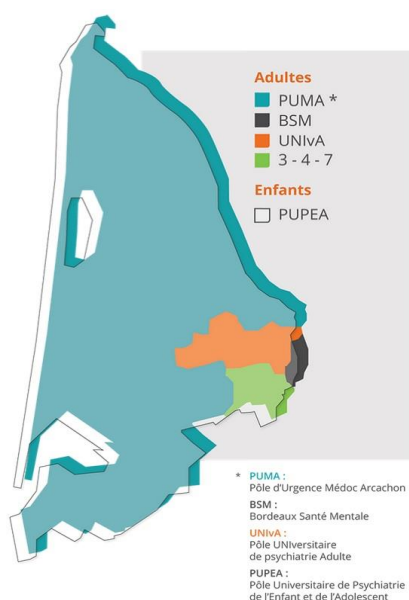


Illustration 5 : Secteurs psychiatriques du CHCP

13 : Termes présents dans les archives médicales internes du CHCP

14 : *Idem*

15 : *Idem*

16 : *The Builder*, 30 avril 1887

L'établissement dispose de 581 lits d'hospitalisation complète, situés au sein du site principal à Bordeaux. Pour les prises en charge ambulatoires, l'établissement dispose de 12 hôpitaux de jour (HDJ), pour un total de 304 places, et de 13 centres médico-psychologiques (CMP). Le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue (moins 20% sur les 20 dernières années¹⁷) au profit d'une prise en charge ambulatoire et extra-hospitalière (76% des patients vus au moins une fois en 2016 n'ont eu qu'une prise en charge ambulatoire¹⁸). L'établissement dispose d'un service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP), souvent défini comme « urgences psychiatriques » bien que ce terme n'ait pas de fondement légal, qui accueille plus de 8 000 passages par an. Cette spécificité explique pourquoi l'établissement comptabilise de nombreux mono et bi-consultants. En effet, certains patients souvent primo-consultants sont adressés au SECOP, alors qu'ils ne relèvent pas d'une prise en charge hospitalière. Une évaluation psychiatrique est réalisée qui permet d'orienter ensuite l'utilisateur vers des médecins de ville ou d'autres structures plus adaptés à leur prise en charge. La vocation du SECOP est d'être la porte d'entrée au sein de l'hôpital pour les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) ou à la demande d'un représentant de l'Etat (ASPDRE). Au total, la file active de l'établissement est constituée d'environ 25 000 patients par an.

L'organisation polaire de l'établissement correspond à des secteurs géographiques. En effet, depuis la circulaire du 15 mars 1960, les patients sont sectorisés (environ 70 000 habitants par secteur). Une loi en 1985 est venue entériner législativement ces dispositions et ancrer le secteur comme territoire de référence. Les secteurs du CHCP couvrent la ville de Bordeaux, les communes de la métropole situées sur la rive gauche de la Garonne, puis l'Ouest du département, de Lesparre à Arcachon.

Les 9 secteurs de psychiatrie adulte sont répartis dans 4 pôles, et un pôle regroupe les 4 intersecteurs de pédopsychiatrie.

L'offre de soins du CHCP est large, avec une prise en charge de l'ensemble des troubles psychiatriques classiques, ainsi que des services spécialisés : service médico-psychologique régional (SMPR), addictologie, unité mère-enfant, centre de ressource autisme, centre expert bipolaire etc. Certains de ces services spécialisés ont une aire d'attractivité régionale.

Cette organisation par secteur, ce nombre de sites (CMP, HDJ et intra-muros) et l'étendue du site peuvent constituer des freins au dialogue inter-services.

¹⁷DREES, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé ». *Les établissements de santé*, édition 2016, p. 104-107

¹⁸*idem*.

Une organisation fonctionnelle qui impacte le fonctionnement des services et leurs liens

Pour ce qui est du volet fonctionnel, les équipes du DIM et de la DRMAF coopèrent peu. L'hypothèse émise par le Directeur des ressources matérielles et affaires financières, et qui a initié le projet, est que les données produites séparément par les deux services sont incomplètes et peu fiables.

Aujourd'hui, les équipes du DIM sont autonomes pour la gestion du codage de l'activité, dans un bâtiment autre que celui de l'administration (DIM au bâtiment 49 et administration au bâtiment 20). L'équipe du DIM est composée d'un médecin-DIM à 50% et de deux TIM. Leur mission consiste à s'assurer de la pertinence du codage des médecins dans les unités de soins, à agréger les données, constituer des statistiques médico-administratives et les présenter régulièrement à l'équipe de Direction.

L'équipe de la DRMAF est composée d'un Directeur adjoint, d'une attachée d'administration hospitalière (AAH) et de deux adjoints des cadres en charge (ADC), un en charge des titres I (charges de personnel) et IV (charges d'amortissements, de provisions et dépréciations financières et exceptionnelles) et l'autre en charge des titres II (charges à caractère médical) et III (charges à caractère hôtelier et général). Le contrôle de gestion est réalisé par cette équipe, principalement sur le titre I.

Cette cartographie des débats en cours et de la situation de l'établissement permet à présent d'aborder en détails le projet qui a nourri cette réflexion.

2 Le projet de création d'une cellule médico-administrative a donné lieu à une réflexion élargie sur l'évolution du financement des pôles médicaux

Ce mémoire se fonde sur un projet qui a été mené au cours de l'année 2017. Il convient d'en présenter d'abord la méthodologie (2.1), puis les attendus du projet (2.2). Enfin, l'objectif final est de revoir le mode de répartition des budgets de pôle (2.3).

2.1 La méthodologie de projet et de construction du mémoire allie recherches théoriques et applications pratiques

Pour réaliser ce mémoire, un entretien de cadrage a d'abord été réalisé au cours du mois de janvier avec le Directeur des ressources matérielles et des affaires financières (DRMAF) afin de déterminer l'objet de la réflexion. Ensuite, il a réalisé une première fiche projet détaillant les attentes et objectifs de l'étude à mener.

Une revue de la littérature existante a été réalisée à partir de février, notamment à partir de rapports institutionnels ou d'articles traitant du financement de la psychiatrie. Les indicateurs MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) ont été étudiés précisément afin de déterminer les indicateurs pertinents à exploiter par la cellule médico-administrative. Le guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIMP) a aussi servi de base de réflexion pour imaginer un nouveau système de financement des pôles. Il est nécessaire de noter que la littérature scientifique sur le sujet des changements organisationnels en psychiatrie, et plus particulièrement sur le pilotage économique de ces établissements, est faible. Aucun article traitant d'un projet similaire n'a été trouvé au cours de cette revue de littérature. Néanmoins, des recherches plus générales ont permis de structurer le raisonnement et le déroulé de ce document.

Après avoir passé en revue ces éléments, un premier rendez-vous a été fixé avec les techniciennes de l'information médicale (TIM) au cours du mois de février. Un autre rendez-vous a été programmé avec le Directeur adjoint à l'origine de ce projet à la fin du mois de février. Le projet a été défini plus précisément et des axes de recherche généraux ont été fixés, afin d'inscrire le mémoire dans une réflexion élargie. Le projet de mémoire rédigé à partir de ces éléments a été soumis à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et à l'Ecole des Mines.

A l'issue de la réécriture de la fiche de mission, un rendez-vous a été programmé avec le médecin du département d'information médicale (« médecin-DIM ») et le Directeur adjoint afin de lui présenter le projet et de l'informer des entretiens qui devaient être programmés. Il

est apparu au cours de cet entretien que l'adhésion du service d'information médicale serait faible, et que sa perception initiale du projet était négative.

Au mois d'avril, un premier rendez-vous téléphonique avec les référents de mémoire a eu lieu. Les axes de travail et les problématiques sous-jacentes au projet ont été discutés. Ensuite, des échanges réguliers ont eu lieu par mail et lors de rendez-vous à l'Ecole des Mines.

Un parangonnage a été réalisé auprès des élèves de la promotion Hippocrate afin de connaître l'organisation du département d'information médicale et de la Direction des affaires financières ainsi que les liens entre ces deux entités. Les organigrammes, les fiches de poste et les explications par mail ou téléphone des élèves ont permis de compléter cette première étude. La fiche de synthèse des éléments retenus concernant l'organisation est présente en *annexe 3*. A la demande des établissements, ce compte-rendu est anonymisé. L'étude portait sur un trop petit échantillon pour pouvoir être généralisée à l'ensemble des hôpitaux. Il en est ressorti des éléments intéressants, tendant à montrer que le projet pensé par le Centre Hospitalier Charles Perrens est également un sujet de préoccupation pour d'autres établissements, du secteur MCO ou psychiatrique. Néanmoins, parmi les établissements de santé mentale contactés, il convient de noter qu'une telle organisation n'est pas aujourd'hui en place.

Le Centre Hospitalier de la Côte Basque (Bayonne, Pyrénées-Atlantiques) a mis en place une cellule commune entre DIM et affaires financières. Une journée d'observation a été réalisée sur place en mai, avec des rendez-vous programmés auprès du médecin-DIM et des contrôleurs de gestion. Un échange préalable avec le Directeur des finances de Bayonne avait été réalisé pour expliquer la démarche de recherche sur le sujet.

Au cours du mois de mai, des entretiens ont été menés séparément avec la médecin-DIM du Centre Hospitalier Charles Perrens et l'interne en santé publique réalisant son stage au sein du département d'information médicale.

A partir de ces éléments, le mémoire a pu être rédigé. Une fiche de synthèse a été soumise au Directeur adjoint en charge des ressources matérielles et financières.

Un dernier entretien a été réalisé avec les référents de l'école des Mines au cours du mois d'août pour valider la rédaction du mémoire. Le contenu du pré-mémoire a été analysé et de nouvelles pistes de travail et de réorganisation du développement ont été formulées. A partir de ces éléments, une nouvelle grille d'entretien a été réalisée pour pouvoir affiner certains propos et les confronter à l'avis de nouveaux acteurs.

Ainsi, le Président de la CME de l'établissement a été interrogé sur les éléments avancés et notamment sur la prégnance des questions financières au sein des hôpitaux. Ayant commencé comme élève infirmier en 1978 dans l'établissement et ayant réalisé toute sa carrière au Centre Hospitalier Charles Perrens, son retour d'expérience était particulièrement riche et intéressant. Le Directeur des ressources humaines a pu exposer son analyse du positionnement des différents acteurs vis-à-vis de la Direction et des responsables médicaux et paramédicaux (chefs de pôle, cadres supérieurs de santé, chefs de projets médicaux ou paramédicaux). Le Directeur des soins a apporté un éclairage sur l'évolution de la formation des soignants en psychiatrie, permettant ainsi de saisir les enjeux en termes de dialogue social et d'implication des agents dans un projet. Enfin, un médecin de santé publique de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, spécialisé dans le traitement des données, a été interrogé sur l'exploitation à un niveau macro des données médicales et administratives disponibles pour pouvoir anticiper les besoins et la demande de soins à venir dans les prochaines années.

Les entretiens réalisés sont retracés dans un tableau en *annexe 4*.

Ces derniers entretiens menés ont permis d'affiner le discours et d'intégrer des remarques contradictoires par rapport aux arguments avancés initialement. Ils ont ainsi constitué un matériau précieux pour la réalisation de ce document.

2.2 Un projet défini *a priori*, en fonction d'attendus précis

Le projet peut être présenté au regard des éléments qui ont motivé sa formulation en 2017, année constituant une fenêtre d'opportunité (2.2.1.), au regard de ses enjeux financiers et organisationnels (2.2.2) ainsi que des livrables attendus (2.2.3) et contradictoires par rapport aux arguments avancés initialement. Ils ont ainsi constitué un matériau précieux pour la réalisation de ce document.

2.2.1 Présentation de la naissance du projet et inscription dans une fenêtre d'opportunité

Le Centre Hospitalier Charles Perrens a pour projet de créer une cellule de contrôle de gestion médico-administrative regroupant les services du DIM et de la DRMAF. Il a été demandé à l'élève directeur d'identifier et d'organiser les modalités et les moyens nécessaires à sa création. Concrètement, le projet initial consistait à rapprocher physiquement les deux entités, au sein du bâtiment administratif pour faciliter les échanges entre DIM et DRMAF. Le postulat de base était de dire qu'un rapprochement géographique des services renforcerait un rapprochement fonctionnel. La journée d'observation réalisée au Centre Hospitalier de la Côte Basque, dans lequel ces services sont adjacents, a permis d'étayer cette hypothèse.

En effet, le médecin DIM de l'hôpital de Bayonne a indiqué que ses échanges étaient beaucoup plus fluides avec la Direction depuis qu'il se trouvait en face des agents du service financier. Les acteurs ont appris à se concerter pour pouvoir améliorer leur production de données et contribuer ainsi au pilotage de l'établissement.

Cette mission a ensuite évolué vers un projet de plus long terme, consistant à :

- 1) Rapprocher physiquement DIM et DRMAF ;
- 2) Définir les productions respectives de chaque composante de la cellule ;
- 3) Amener la cellule à coproduire les données d'aide à la décision ;
- 4) Utiliser ces données pour réformer le financement des pôles.

La naissance de ce projet s'explique par différents facteurs. D'une part, il a été noté que l'analyse de l'activité et son suivi régulier pourraient être développés pour fournir des éléments d'aide à la décision à l'équipe de Direction de l'établissement. D'autre part, une fenêtre d'opportunité s'est dessinée au cours de l'année 2017, ce qui a conduit la DRMAF à proposer la conduite de ce projet.

Premièrement, la DRMAF s'est réorganisée, avec le départ d'une attachée d'administration hospitalière. Le recrutement prévu d'un nouvel adjoint des cadres a invité le Directeur à répartir différemment les portefeuilles des agents et à leur confier de nouvelles missions, notamment le renforcement du contrôle de gestion. Par ailleurs, la DRMAF a souhaité installer un nouveau système d'information d'aide à la décision (AXEGE) qui doit faciliter l'élaboration et la diffusion de tableaux de bord et de pilotage médico-économique.

Deuxièmement, il était prévu que la médecin-DIM se consacre au projet qu'elle a élaboré d'équipe psychiatrique d'intervention et de crise (EPIC). Cette équipe intervient à domicile pour prévenir les crises psychiatriques et réalise des consultations pour les patients et des entretiens avec les familles. Ce projet nécessitait un financement de l'ARS qui devait être accordé en avril 2017. Le poste de médecin-DIM devait donc être vacant à partir de mai. Une des TIM partant à la retraite à la fin de l'année 2017, un recrutement doit aussi être anticipé à ce niveau.

D'un point de vue externe, l'adhésion du Centre Hospitalier Charles Perrens au groupement hospitalier de territoire (GHT) « Alliance 33 », qui regroupe les 9 établissements de santé publics de Gironde, va entraîner une réorganisation territoriale des services d'information médicale. En effet, chaque établissement partie devra produire régulièrement des données médicales à destination du département d'information médicale de l'établissement support, en l'occurrence le Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Bordeaux. Le CHU de Bordeaux doit ensuite agréger les données et produire pour le compte du GHT des données retraçant l'activité globale des établissements. Dès lors, il convient de structurer finement la production effectuée par le DIM de chaque établissement.

Au niveau financier, l'engagement du Centre Hospitalier Charles Perrens dans une démarche volontaire de certification des comptes a rendu nécessaire la structuration de toutes ses procédures. En effet, l'établissement n'était pas soumis à la certification des comptes (le budget principal devant excéder 100 millions d'euros) mais a souhaité s'engager dans la démarche pour renforcer la fiabilité de ses comptes. Cela implique nécessairement d'améliorer la qualité des informations produites et de les articuler avec des données comparatives, notamment sur l'évolution de l'activité médicale.

Ces évolutions et réorganisations en cours ou programmées ont conduit à considérer que la période était opportune pour modifier profondément l'organisation actuelle du contrôle de gestion et des relations entre les services financiers et le DIM afin d'aboutir à une articulation forte entre ces deux services pivots de l'information médico-économique d'un établissement de santé, tout en respectant les prérogatives de chacun. Le calendrier prévisionnel s'est établi dans un premier temps de la façon suivante :

Ce calendrier a finalement été modifié en cours d'année pour plusieurs raisons. Le financement ARS pour le projet EPIC a été reporté à la mi-année, ce qui a décalé la période de vacance du poste de médecin-DIM. Le système AXEGE a dû être revu afin de s'adapter au mieux au système d'information existant, et ne pourra être déployé qu'en fin d'année.

	2017												2018
	jan	fév	mar	avr	mai	juin	juillet	août	sept	oct	nov	déc	janvier
Départ AAH DRMAF													
Financement EPIC													
Départ DIM													
Recrutement DIM													
Installation AXEGE													
Recrutement ADC DRMAF													
Départ TIM													
Recrutement TIM													
Déploiement projet													
Structuration GHT													

Illustration 6 : Calendrier ajusté du projet

2.2.2 Des enjeux financiers et organisationnels importants qui ressortent du projet

Le rapprochement géographique des services a été au cœur de l'étude comparative initiale réalisée par l'élève directeur. Il est ressorti du parangonnage effectué que la proximité géographique des deux entités était un facteur de fluidification des échanges. Cette fluidification passe principalement par des échanges informels continus (informations lapidaires données oralement plusieurs fois par jour) et par l'organisation de réunions de travail communes régulièrement (point hebdomadaire, groupe de travail sur le codage mensuellement, analyse conjointe bi-mensuelle des données médicales et financières).

Par ailleurs, ce rapprochement s'est accompagné, pour les établissements l'ayant mis en place, d'une acculturation mutuelle des acteurs. Ce concept est ici entendu au sens sociologique du terme, c'est à dire la capacité d'un individu ou d'un groupe d'individus à s'adapter à une autre culture, entraînant ou non un abandon partiel ou total de sa propre culture. Ce phénomène est rendu possible par une proximité et une observation continue de l'autre, chaque entité composant la cellule médico-économique pouvant appréhender les contraintes et les enjeux de l'autre entité. A terme, plus qu'une acculturation, c'est un phénomène d'interculturalité qui peut être souhaité. Ce concept, développé par Claude Claret, montre que le phénomène d'acculturation peut entraîner non pas une appréhension mutuelle de la culture de l'autre, mais bien une transformation individuelle et collective de la culture¹⁹. En l'espèce, le service du DIM et le service financier abandonneraient les cultures respectives afin de co-construire une culture commune médico-économique. Cette intégration du DIM au sein d'une cellule médico-économique replace cette fonction dans la dimension stratégique qu'elle revêt. En effet, ce métier qui a connu d'une montée en charge en termes de place au sein d'un établissement, doit aujourd'hui être pleinement associé au processus de prise de décision. Le médecin-DIM ne doit pas se limiter à un rôle d'information mais bien d'aide à la décision. Son rôle de relai horizontal entre la Direction et les chefs de pôle, mais aussi vertical entre les médecins, les cadres et les chefs de pôle et le Directeur, doit être mis en avant. C'est un acteur pivot de l'information, de la formation des médecins et de la réorganisation de la prise en charge des patients.

Ce concept permet de mettre en valeur l'importance de la sociologie des acteurs pour conduire un projet. Ici, la lutte de pouvoirs réciproque qui peut avoir lieu lorsqu'un déménagement est imposé à un des services doit être contrebalancée par une volonté affichée de créer une culture commune du service.

Cette co-construction est nécessaire à la réalisation des missions de la cellule, et à la pleine prise en compte des enjeux financiers qui en découlent.

D'un point de vue pragmatique, cette nouvelle organisation doit permettre la production d'informations et de données régulières, accompagnée d'analyses détaillées et de propositions d'améliorations sur les activités étudiées. L'amélioration du recueil d'activité, tant au niveau de sa qualité que de son exhaustivité est un des enjeux financiers de la cellule. En effet, comme cela a été présenté, la modulation régionale de la DAF peut faire varier sensiblement le budget. Dès lors, il convient de s'assurer que tous les actes sont codés.

19 : Zohra Guerraoui, *De l'acculturation à l'interculturalité : réflexions épistémologiques*. Revue l'Autre, volume 10, Paris, 2009. 120 pages

Afin de faciliter l'adhésion du corps médical à la création de cette entité, et au rapprochement du service de l'information médicale de la DRMAF, les chefs de pôle doivent y trouver un avantage. Il convient ainsi d'axer une partie du travail de cette cellule sur la production et l'analyse des données médicales par pôle et par service, retraçant à la fois l'évolution de la demande (évolutions de la file active) et de l'offre de soins (nombre de consultations réalisées, durée moyenne de séjour, taux de réhospitalisation etc.).

A terme, cette cellule doit permettre d'améliorer l'exploitation des données et de traduire cette prise en compte par des incidences financières au niveau des pôles médicaux. L'exploitation des données apparaît ici comme un enjeu fort, malgré l'absence de T2A.

2.2.3 Des livrables attendus pour réaliser le projet

Le déploiement de ce projet nécessitait la production de différents documents. Tout d'abord, il a été noté que la médecin-DIM ne disposait pas de fiche de poste spécifique sur ce rôle qu'elle occupait à 50%. Au cours de l'étude de comparaison faite auprès des élèves de la promotion Hippocrate, il est ressorti que nombre d'établissements n'avaient pas de fiche de poste pour le médecin-DIM, ou utilisait une fiche de poste générique peu spécifiée. Le premier document consistait donc à proposer une fiche de poste, présentée en *annexe 5*. Il ressortait de cette première recherche que le profil de recrutement du nouveau médecin-DIM devait intégrer les compétences suivantes :

Description	Niveau de connaissances
Bureautique	Connaissances opérationnelles
Classification des actes en santé	
Communication/relations interpersonnelles	
Connaissances médicales	
Connaissances médico-économiques et épidémiologiques	
Droit des données informatiques	
Logiciels dédiés à la gestion de l'information médicale	
Organisation et fonctionnement interne de l'établissement	
Management et animation d'équipe	
Droit de la santé	Connaissances générales
Statistiques	

Ce type de connaissances opérationnelles et générales correspond en tout point à la formation des médecins en santé publique. Selon le collège de liaison des internes en santé publique, cette spécialité est transversale, « à la frontière de nombreuses disciplines : sociologie, statistiques, économie, informatique, épidémiologie, évaluation, recherche

clinique, droit, éducation... »²⁰. Elle consiste à étudier un groupe et non un individu et vise à améliorer la santé de la population.

Les médecins de santé publique exercent principalement en établissement de santé (recherche clinique, département d'information médicale) ou en ARS. 1698 médecins de santé publique sont recensés dans l'Atlas de la démographie médicale de 2016²¹, en augmentation de 7,3% depuis 2007. Cette spécialité représente environ 0,6% des médecins inscrits à l'Ordre en 2016, ce qui explique sa faible notoriété par rapport à d'autres spécialités.

Il apparaît qu'un profil de médecin de santé publique pour le DIM du Centre Hospitalier Charles Perrens permettrait de faciliter le développement d'outils de suivi de l'activité, avec pour finalité une amélioration du pilotage de l'établissement et une contribution aux projets de recherche déployés en interne. L'interne en santé publique du Centre Hospitalier Charles Perrens a mis en avant ces éléments. Selon lui, un tiers des médecins en santé publique formés interviennent ensuite au sein de départements d'information médicale dans des établissements.

Le rôle du médecin-DIM dans un établissement MCO est de former les TIM et les médecins au codage afin de ne pas générer de pertes financières lors de réalisation d'activités. Cette exigence n'étant pas prégnante en psychiatrie, le rôle du médecin-DIM est variable. Il peut aussi bien être placé comme simple garant de la confidentialité des données, que comme véritable acteur décisionnel de par les analyses et l'exploitation des données qu'il propose. Comme cela a été montré, avec le renforcement des exigences pesant sur les établissements psychiatriques, tant en termes financiers qu'en termes de pratiques médicales, l'implication du département d'information médicale est fortement revue à la hausse. Dès lors, il convient de consacrer plus de ressources au médecin-DIM, à la fois matérielles (outils d'exploitation des données) et humaines (temps disponible). Il est à noter que l'interne en santé publique interrogé mettait en avant comme différence notable avec ses confrères d'autres spécialités et/ou d'autres générations, que les jeunes médecins en santé publique étaient habitués à travailler avec la sphère administrative, de par leur formation et leurs stages. Il ressortait de cet échange que les relations avec la Direction peuvent être facilitées par le recrutement de ce type de spécialité au sein d'un établissement. En outre, au sein d'un EPSM composé quasi-exclusivement de psychiatres au niveau du personnel médical, l'introduction d'une spécialité « neutre » pour produire des données médicales permet de faciliter le dialogue entre les psychiatres lors de l'interprétation des données.

20 : <https://www.clisp.fr/joomla/linternat/la-specialite/15-la-specialite-medicale-de-sante-publique>

21 : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

2.3 Revoir le mode de répartition des budgets de pôle constitue autant une évolution financière qu'un changement de paradigme à expliciter

La fiabilisation des données, à travers la création d'une cellule médico-économique, permet, à terme, de changer de paradigme de financement des pôles médicaux. Ce changement de paradigme se traduira par l'évolution du modèle actuel de financement vers un nouveau modèle basé sur les données d'activité. Ainsi, sera opérée une transition d'un modèle actuel de financement des pôles basé sur la reconduction de crédits existants (2.3.1) vers un modèle futur de financement selon les données d'activité (2.3.2) qui permet également de répondre aux appels à projet externes et internes (2.3.3).

2.3.1 Un modèle actuel de financement des pôles qui se base sur la reconduction des crédits existants

Pour valoriser pleinement l'activité médicale, et en l'absence de T2A, il est nécessaire d'introduire en interne un mécanisme de répartition fondée sur des critères objectifs.

Aujourd'hui, les budgets de pôle sont répartis selon plusieurs modalités et analysés par titre. Les crédits correspondant aux dépenses de personnel sont reconduits d'un exercice à l'autre, en intégrant les évolutions prévues du personnel (maternités, départs, recrutements). Les enveloppes pour le personnel médical et non-médical sont distinctes mais fongibles. Les crédits du titre de personnel sont suivis précisément par le service des finances. Concrètement, une réunion mensuelle entre le chef de pôle, le cadre supérieur de pôle et les cadres des services permet de faire le point nominativement sur toutes les évolutions des effectifs. Les crédits pour les dépenses médicales sont attribués selon la moyenne des dépenses des trois années précédentes. Les dépenses hôtelières et générales sont évaluées selon la structure de chaque pôle (superficie, consommation énergétique). Les dépenses de titre IV (amortissements, charges financières) restent gérées au niveau central.

De façon générale, le principe est celui d'une réattribution des critères précédents, intégrant les évolutions prévues d'activité (ouverture/fermeture de services) et de personnel.

Les chefs de pôle disposent d'une latitude importante pour gérer leur enveloppe annuelle. Ils contractualisent avec le Directeur de l'établissement qui leur délègue la gestion d'une partie des crédits, identifiés dans le contrat de pôle. L'utilisation de ce budget doit être conforme aux principes et modalités définis dans les contrats de pôle, signés tous les 5 ans. Un principe de fongibilité permet à chaque pôle de transférer les économies générées par une sous-exécution budgétaire sur un autre type de dépenses, au sein d'une même catégorie de dépenses (investissement, fonctionnement).

Le budget de pôle reprend la plupart des dépenses imputables au pôle, directement ou indirectement. L'autonomie budgétaire se limite à 85% du montant des crédits attribués. Les

15% restant sont soumis à discussion et approbation de la direction afin de permettre à celle-ci de pratiquer les arbitrages nécessaires à la préservation de l'équilibre budgétaire.

La DRMAF doit fournir aux pôles des tableaux de bord de suivi financier afin que les chefs de pôle puissent suivre leur exécution budgétaire de façon régulière. .

Afin d'inciter les pôles à améliorer leur efficacité, un fonds d'intéressement a été prévu dans les contrats de pôle.

Ce fonds est débloqué pour les pôles n'ayant pas utilisé tous leurs crédits ou ayant généré des recettes subsidiaires supplémentaires. Concrètement, 50% du montant des crédits non dépensés, après pondération de l'activité réalisée, peuvent être réalloués au pôle par ce mécanisme. 75% de l'excédent provenant des recettes subsidiaires sont reversés au pôle sur ce fonds. Un critère qualité entre également en compte pour les pôles ayant rempli des objectifs spécifiques, conformes au projet d'établissement et au projet médical.

2.3.2 Un modèle futur possible qui se base sur les données d'activité médicale

Cette partie traitera uniquement de la révision des financements des pôles médicaux de psychiatrie adulte. En effet, la pédopsychiatrie fonctionne sur un schéma sensiblement différent et les remarques qui vont être développées ne s'appliquent pas pleinement à ses spécificités.

Le modèle financier est principalement basé sur la prise en compte des dépenses des pôles. Les objectifs en termes d'activité médicale existent mais ont un impact marginal sur le fonctionnement des pôles. Un autre modèle, inspiré du système de T2A peut être pensé.

Les développements proposés ci-dessous doivent avant tout être considérés comme des pistes de réflexion pour changer de modèle de financement.

Pour pouvoir changer de paradigme et introduire un financement à l'activité interne à l'établissement, il convient de pouvoir tracer les activités par service. Ceci implique une fiabilité du codage, tant en termes quantitatifs (nombre de patients, nombre de consultations etc...) qu'en termes qualitatifs (codage conforme aux critères du RIMP). Le rôle du médecin-DIM est donc d'abord de sensibiliser ses confrères à l'importance du codage et de vérifier ensuite la cohérence des codages avec l'activité médicale enregistrée.

Après avoir enregistré l'activité médicale, fiabilisé les données et synthétisé les résultats, la cellule médico-administrative doit valoriser l'activité en termes financiers. Le principe schématique de la valorisation de l'activité consiste à dire qu'un pôle qui a réalisé 50% de l'activité (hospitalisations et consultations) doit bénéficier de 50% des crédits alloués aux différents pôles. Toutefois, certains services spécialisés (addictologie, SMPR) ont des besoins différents des services classiques d'hospitalisation. Pour pouvoir allouer équitablement les ressources, il convient donc de prendre en compte à la fois le volume d'activité mais aussi le

type de patient pris en charge, au travers de taux de pondération de l'activité. Cela peut passer par le même principe que les GHM et les GHS pour le secteur MCO.

Une analyse des données médicales (file active par unité, nombre de passages par patient, nombre de primo-consultants, nombre de mono ou biconsultants, durée moyenne de séjour, comorbidités...) permet d'identifier plus finement le niveau de ressources qui doit être alloué à chaque pôle pour répondre aux besoins de sa file active. Il s'agit ici d'identifier la charge par patient en termes médico-économiques. Schématiquement, si en moyenne un schizophrène consomme 2 fois plus de ressources (temps médical, soignant, administratif, autres dépenses...) à soigner qu'un dépressif, il faudra lui consacrer un budget conséquent.

Différents indicateurs permettent de définir un coût par patient. Ces indicateurs peuvent être le coût par pathologie, le coût par tranche d'âge, le coût par indice de sévérité du patient (comorbidités psychiatriques et/ou somatiques). Les taux de pondération qui en découlent peuvent être calculés grâce à une équation de type :

$$\text{Nombre patients pathologie A} + \text{Nombre de patients pathologie B} \dots = \text{Dépenses du pôle}$$

Cela permet de trouver le poids relatif de chaque pathologie dans les dépenses du pôle. En théorie, chaque pôle devrait avoir un taux de pondération sensiblement équivalent. La moyenne des taux de pondération de chaque pôle donne un taux de pondération « central » applicable à tout l'établissement. Le principe de répartition peut être formalisé de la façon suivante :

	Pathologie	Nombre de patients	Pondération par pathologie	Total de l'activité pondrée
Pôle A	Schizophrénie	1000	1,5	1500
	Troubles bipolaires	1500	1,2	1800
	Troubles anxieux	2000	0,7	1400
	Total pôle A	4500		4700
Pôle B	Schizophrénie	800	1,5	1200
	Troubles bipolaires	2200	1,2	2640
	Troubles anxieux	1500	0,7	1050
	Total pôle B	4500		4890
Total établissement		9000		9590

Tableau 1: Pondération de l'activité de chaque pôle

A ce stade, le pôle A réalise 49% de l'activité pondérée, il doit recevoir moins de crédits que le pôle B. Cependant, si d'autres pondérations sont incluses, notamment la pondération par tranche d'âge, le résultat diffère sensiblement

	Pathologie	Nombre patients	Pond. âge	Pond. pathologie	Activité pondérée	
Pôle A	Schizophrénie	1000			1800	
		Dont 20-40 ans	200	0,6		
		Dont 40-65 ans	500	1,2		
	Troubles bipolaires	Dont > 65 ans	300	16	1,2	1872
		1500				
		Dont 20-40 ans	600	0,6		
	Troubles anxieux	Dont 40-65 ans	600	1,2	0,7	1078
		Dont > 65 ans	300	1,6		
		2000				
	Dont 20-40 ans	1500	0,6	0,7	1078	
Dont 40-65 ans	400	1,2				
Dont > 65 ans	100	1,6				
Total pôle A		4500	0,96	1,04	4750	
Pôle B	Schizophrénie	800			1050	
		Dont 20-40 ans	500	0,6		
		Dont 40-65 ans	200	1,2		
		Dont > 65 ans	100	1,6		
	Troubles bipolaires	Dont > 65 ans	50	1,6	1,2	1752
		2200				
		Dont 20-40 ans	2000	0,6		
	Troubles anxieux	Dont 40-65 ans	150	1,2	0,7	1064
		Dont > 65 ans	50	1,6		
		1500				
Dont 20-40 ans	800	0,6	0,7	1064		
Dont 40-65 ans	200	1,2				
Dont > 65 ans	500	1,6				
Total pôle B		4500	0,82	1,09	3866	

Tableau 2 : Activité pondérée multicritères

Sur le deuxième modèle, le pôle A réalise 55% de l'activité pondérée.

De nombreux autres indicateurs basés sur des données sociales ou médico-sociales peuvent être pris en compte pour pondérer l'activité d'un service. Les patients précaires (mesure de protection) ont tendance à être suivis sur un temps plus long, avec une demande de soins plus importante²². Ainsi, un patient moins lourd qu'un autre mais étant dans une situation sociale plus dégradée pourra avoir un besoin en soins plus important et des hospitalisations plus longues, du fait de la difficulté de maintenir un suivi à domicile (observance du traitement, déplacements pour les rendez-vous médicaux etc.).

Le premier niveau de réallocation des ressources consiste à redistribuer la dotation globale par pôle en fonction du modèle-type de patient pris en charge. Ainsi, le pôle A pourra disposer de 55% du budget, contre seulement 45% pour le pôle B. Ce premier mode de calcul peut être appliqué aux services d'hospitalisation complète en augmentant le nombre de critères possibles.

Par ailleurs, au regard de l'évolution de la demande par rapport à l'évolution des moyens budgétaires alloués aux établissements, il convient également d'introduire des incitations pour contenir la file active et assurer un *turn-over* des patients pris en charge. La seule montée en charge de l'ambulatoire ne suffira pas, à terme, à contenir l'évolution de la demande. Un système d'incitation financière à la coordination des parcours et à la désinstitutionnalisation des patients doit être développé. Il peut consister à valoriser les services qui assurent la sortie des patients dans un environnement sain afin d'éviter les réhospitalisations. Cela peut se traduire par un forfait pour tout patient à forte consommation de soins qui sortirait de la file active car pris en charge par une structure médico-sociale ou dont les soins seraient assurés par la médecine de ville. Ces patients dits « lourds » ou « chroniques » peuvent être identifiés comme étant ceux ayant nécessité une ou plusieurs hospitalisation par an sur les 5 dernières années. Ce type de financement au parcours est particulièrement complexe à mettre en œuvre, il doit donc être déployé progressivement et en se basant sur des indicateurs simples. Une formule suivante permettrait par exemple d'identifier la part des patients hospitalisés au long cours dont une sortie a été assurée et d'y associer un forfait X, Y ou Z (par ordre croissant de montant associé).

22 : ROBERT, Dominique. *Évaluer l'activité en psychiatrie : une question toujours ouverte*. L'information psychiatrique, volume 83. Paris, 2007. 88 pages.

Avec les données d'équation suivante :

- Soit X une durée de séjour de plus de 3 mois et χ le forfait associé
- Soit Y une durée de séjour de plus de 6 mois et γ le forfait associé
- Soit Z une durée de séjour de plus de 12 mois et ζ le forfait associé
- soit φX le nombre de patients hospitalisés sur une période X de l'année n-1
- Soit αX le nombre de patients hospitalisés sur une période X

La formule suivante peut être élaborée :

$$\text{Crédits sortie de parcours patients } X = (\varphi X - \alpha X) * \chi$$

A titre d'illustration, si un pôle passe de 1 000 patients hospitalisés pendant plus de trois mois en 2016 à 200 patients en 2017, avec un forfait X égal à 50€, il se verrait attribuer : $(1000-200) \times 50 = 40\,000\text{€}$ de crédits supplémentaires.

L'effet pervers de ce système est d'inciter les pôles à précipiter les sorties des patients. Il convient donc d'isoler de ce calcul les patients sortis et réhospitalisés dans l'année suivant la sortie. La formule ajustée est donc la suivante :

$$\text{Crédits sortie de parcours patients } X = ((\varphi X - \alpha X) * \chi) - (\text{patients sortis et réhospitalisés} * \chi)$$

Ces mécanismes incitent à la sortie des patients mais pas à l'entrée de nouveaux patients. Un autre dispositif peut valoriser spécifiquement les primo-consultants, qui consomment des ressources substantielles car ils nécessitent une évaluation complète et une recherche de diagnostic. Des crédits peuvent être attribués avec le même principe d'attribution d'un forfait P :

$$\text{Crédits primohospitalisés} = \left(\frac{\text{Nombre de primohospitalisés}}{\text{Nombre de patients hospitalisés}} \right) * \text{forfait } P$$

Pour les prises en charge ambulatoires, d'autres critères peuvent être définis. De manière générale, le mode de répartition du budget doit tendre à favoriser les alternatives à l'hospitalisation complète afin de correspondre aux attentes des usagers, de la HAS, de l'ARS et de la CGLP. La prise en charge psychiatrique doit se restructurer pour basculer vers une prise en charge nouvelle, ambulatoire, plus courte, plus intégrative et pluridisciplinaire. Le sens de l'évolution hospitalière a été, pour reprendre les termes de Yann Bubien, actuel directeur adjoint au sein du cabinet de la Ministre des solidarités et de la santé et ancien Directeur Général du CHU d'Angers, de passer « de l'hébergement sans soins (...) vers des soins sans hébergement »²³.

23 : Hospitalia, numéro 37 mai 2017, p.10

Ainsi, l'enveloppe budgétaire d'un pôle pourrait être décomposée entre une sous-enveloppe « hospitalisation complète » et une sous-enveloppe « ambulatoire ».

La construction d'une enveloppe « ambulatoire » passe avant tout par la définition de tous les actes qui relèvent de ce champ : consultations, hôpital de jour, équipes mobiles, prises en charge à domicile etc. Le même système de pondération de l'activité peut être appliqué, avec des taux de pondération et des indicateurs différents de ceux de l'hospitalisation complète. Si le projet de l'établissement est d'atteindre un taux de 85% d'ambulatoire, les deux sous-enveloppes mentionnées devront inciter les pôles à réaliser cet objectif.

Une dernière sous-enveloppe dite « projet » peut être envisagée pour amener les pôles à proposer des projets à la Direction de l'établissement. Une part significative du budget pourrait être gelée (5-10%) et débloquée uniquement après validation d'un projet par la Direction, sur le modèle des appels à projet détaillés dans le point 2.2.2.

Le budget de chaque pôle pourrait ainsi être décomposé de la façon :

Ambulatoire	Hospitalisation complète	Projets
60% des crédits	30% des crédits	10%

Pour inciter au développement de l'ambulatoire et de projets innovants, un système de fongibilité horizontale asymétrique des crédits peut être mis en place. Cela consisterait à autoriser les reports de crédits de la sous-enveloppe hospitalisation complète vers la sous-enveloppe ambulatoire ou projets. *A contrario*, les crédits d'hospitalisation complète ne pourraient pas être abondés afin de ne pas pérenniser la prise en charge hospitalière existante. Par ailleurs, les projets financés sur l'enveloppe consacrée pourraient, au terme d'une période permettant une évaluation de leur impact, être financés sur l'enveloppe plus pérenne de l'ambulatoire, s'ils correspondent à ce type de prise en charge.

La conséquence attendue de ce système est une réelle appropriation du budget par les chefs de pôle, par l'identification de leurs axes de travail (ambulatoire et projets). Leur proactivité doit permettre de générer des économies qui, à l'échelle de l'établissement seront redistribuées pour pérenniser les projets jugés pertinents et validés par des données médico-économiques.

Le niveau de granularité de l'analyse et du système pourra s'affiner avec le temps et l'introduction de nouvelles variables. En effet, le nombre important de variables et la complexité de l'analyse statistique de celles-ci constituent un frein à la création de ces nouveaux contrats budgétaires de pôle. Par ailleurs, il conviendra de trouver un modèle mathématique de redistribution qui ne soit pas trop impactant dans un premier temps afin de ne pas déstabiliser les organisations en place. La transition vers le modèle décrit devra se faire progressivement. Cette progressivité peut se faire en lissant sur plusieurs années l'impact de ce nouveau modèle.

Outre ces considérations techniques et financières, de réels enjeux paradigmatiques apparaissent. Le dialogue entre la Direction de l'établissement et le corps médical, au travers d'instances telles que le Directoire ou la CME, est parfois rendu difficile par l'absence de données objectives sur lesquelles se fonder. Ainsi, les échanges peuvent reposer sur des présupposés, des intuitions ou perceptions des différents acteurs. En présence d'un modèle entièrement basé sur des données validées conjointement par la DRMAF et le DIM, au travers de la cellule médico-économique, les décisions peuvent être prises plus sereinement et en toute connaissance de cause.

2.3.3 Une réponse facilitée aux appels à projet et aux projets de recherche

Ces nouveaux outils de gestion budgétaire permettraient de faciliter la réponse aux appels à projet. En effet, l'ARS et la Région notamment publient régulièrement des appels à projets sur des thématiques spécifiques. Ces appels à projet permettent d'obtenir des financements ponctuels sur certains domaines jugés prioritaires. Par exemple, le Centre Hospitalier Charles Perrens a répondu à un appel à projet portant sur les mesures visant à améliorer la démocratie sanitaire. Ce dispositif permet de financer pour une période donnée, les aménagements nécessaires aux projets portant sur cette thématique, à la fois sur les moyens matériels et humains. Un projet de maison des usagers est en cours d'élaboration au sein de l'établissement et qui est éligible au cahier des charges qui a été publié.

De façon plus générale, ces dispositifs nécessitent d'objectiver à la fois l'état des lieux existants mais aussi les retombées attendues d'un projet. L'établissement doit être en mesure de fournir des données probantes sur les thématiques en question, et doit pouvoir suivre les projets avec des indicateurs pertinents. Dès lors, structurer une cellule médico-économique permet de disposer d'une base de données exploitable pour pouvoir répondre à ces appels à projet et bénéficier d'un maximum de financements possibles. Ces crédits peuvent par ailleurs être parfois pérennisés si les projets ont fait la preuve de leur efficacité.

Comme cela a été observé dans d'autres établissements ayant un lien fonctionnel étroit entre le DIM et la Direction des affaires financières, les projets présentés en interne à l'équipe de Direction par les porteurs de projet (chefs de pôle, médecins, cadres de santé) reposent sur une approche plus globale. A titre d'exemple, un projet « sport santé » a été présenté par un établissement contacté dans le cadre des recherches pour ce mémoire. Ce projet a été formalisé en présentant à la fois l'aspect médical (constat, hypothèses, public ciblé, retombées attendues) et économique (dépenses de titre I avec le recrutement d'un praticien hospitalier à mi-temps, de deux infirmiers, d'un éducateur sportif et dépenses de titre II et III avec l'achat de matériel). En dernière partie, un volet médico-économique à part entière est développé, avec l'estimation des économies réalisées sur d'autres prises en charge (réduction de la durée d'hospitalisation, diminution du nombre de consultations de suivi) et donc le bilan médico-économique prévisionnel du projet. Ce type de démarche pourrait être facilité par la cellule envisagée par le Centre Hospitalier Charles Perrens.

Un autre versant de la cellule médico-économique porte sur la recherche. Ce domaine est peu exploité en psychiatrie, de par le faible nombre d'universitaires exerçant dans les établissements. Michel Laforcade, Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, cité précédemment, note dans le rapport qu'il a remis en 2016 que seuls 2,3% des psychiatres sont des professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH), « ce qui entraîne un taux d'encadrement très faible des internes (1 pour 16 internes)²⁴, contre 5% en moyenne pour les autres spécialités²⁵. Le Centre Hospitalier Charles Perrens est bien doté en universitaires, grâce au pôle universitaire inter-établissement qui le lie au CHU de Bordeaux. Ainsi, de nombreux projets de recherche sont développés, dont les résultats sont présentés ponctuellement auprès de la commission médicale d'établissement (CME). Il ressort toutefois de ces présentations qu'une plus large base de données permettrait d'effectuer des recherches comparatives sur le profil des patients et renforcer ainsi la scientificité de l'étude.

La recherche interventionnelle en santé publique est un autre champ à explorer pour la cellule médico-économique. Elle consiste à utiliser des méthodes de recherche pour améliorer les interventions dans une discipline donnée. Elle se base sur l'expérience des acteurs, en les confrontant à des bases de données et à la littérature scientifique. Selon François ALLA et Joëlle KIVITS²⁶, elle nécessite l'implication de chercheurs (connaissances théoriques et méthodologiques) et de non-chercheurs (expérience de terrain, connaissances pratiques).

24 : LAFORCADE, Michel . *Rapport relatif à la santé mentale*. 2016, p.19

25 : « Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers universitaires – Situation au 1er janvier 2010 ». Centre National de Gestion (CNG), 2010, p. 4.

26 : ALLA, François et KIVITS, Joëlle. *La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social*. Revue Santé Publique, volume 27, SFSP, Paris, 2015. 168 pages.

Dans un établissement de santé, le résultat doit conduire simultanément à une production de connaissances et à la modification des prises en charge proposées. Pour ce faire, les acteurs doivent disposer d'outils et de bases de données permettant de définir des protocoles de recherche et de suivre les résultats au fil de l'eau, avec pour ambition d'améliorer leurs pratiques. Ces projets de recherche interventionnelle permettraient de fédérer les acteurs autour d'une démarche commune, qu'ils soient médicaux, paramédicaux, médico-techniques ou administratifs. La pluridisciplinarité est un des piliers de ce mode de recherche. A l'issue de ces projets, le nombre et la qualité des publications réalisées pourraient augmenter, mettant ainsi en valeur le Centre Hospitalier Charles Perrens.

3 L'avenir du financement de la psychiatrie, et du Centre Hospitalier Charles Perrens, soulève de nombreuses questions

3.1 Un projet théoriquement robuste mais qui peut rencontrer des freins à sa réalisation

3.1.1 Une difficile appropriation et acceptation des acteurs

Le projet décrit doit être approprié par les acteurs centraux de l'établissement afin de pouvoir être déployé. Tout d'abord, à l'échelle de l'équipe de Direction, l'analyse médico-économique n'est pas une priorité dans les débats et discussions sur le pilotage de l'établissement. Il conviendra d'intégrer cette dimension dans le processus de prise de décision en comité de direction.

Au niveau des chefs de pôle et des cadres supérieurs de santé, déployer une cellule médico-économique peut susciter des interrogations de divers ordres. D'une part, les chefs de pôle peuvent craindre une perte d'autonomie par rapport à l'organisation existante. En effet, les contrats de pôle en vigueur au Centre Hospitalier Charles Perrens constituent à ce jour une véritable délégation de compétences budgétaires. Comme cela a été montré, les chefs de pôle disposent d'une marge de manœuvre importante, notamment pour la gestion du titre I de leur pôle. Les entretiens réalisés avec les médecins et le Président de CME font apparaître à cet égard un paradoxe intéressant. D'une part, la « financiarisation » des établissements de santé, compris comme étant le renforcement de l'exigence de performance économique de ceux-ci, est présenté comme allant à l'encontre de la préoccupation principale des médecins : la prise en charge des patients. D'autre part, ils conviennent aisément de la nécessité de diminuer le coût du système de français, qu'ils jugent peu efficient. Malgré la faible formation des médecins sur la gouvernance hospitalière et l'économie de la santé (qui constitue un item de la formation actuelle en externat et n'est pas une matière aux épreuves nationales classantes), les chefs de pôle exercent une réelle fonction de gestionnaires locaux. Dès lors, la présence d'une cellule médico-économique pourrait répondre à leurs attentes en termes de contrôle de leur activité et de leur gestion budgétaire. L'enjeu réside donc dans la capacité des chefs de pôle à diffuser cette culture de gestion au sein des unités, par la sensibilisation directe des médecins de leur pôle. Ce constat est transposable aux cadres supérieurs de santé qui sont positionnés comme interface entre la Direction, les chefs de pôle et le personnel paramédical.

Lorsque ce projet est présenté aux acteurs, ils expriment également leur crainte sur la complexification possible du processus de décision et de déploiement des projets. Par ailleurs, l'intégration d'un médecin (DIM) au sein d'une unité administrative (service des finances) suscite des interrogations. Parmi les acteurs rencontrés, certains sont favorables à ce rapprochement, nécessaire selon eux à la réalisation d'une réelle gouvernance médico-administrative. D'autres craignent que les médecins perdent leur indépendance vis-à-vis de la Direction, et qu'ils perdent du temps de soin au profit d'un temps administratif. Le Président de CME à cet égard déclarait qu'avec toutes les réunions internes, externes ainsi que les diverses instances, il ne disposait plus que d'une demi-journée pour voir ses patients. Or, il semble indispensable que les médecins, quel que soit leur niveau de responsabilité au sein de l'établissement, puissent avoir une vision du terrain afin de nourrir leur réflexion sur le pilotage de l'établissement.

3.1.2 Des freins qui doivent être analysés afin de ne pas nuire à la réalisation du projet

Certains freins au développement du projet ont été identifiés. Outre la difficile appropriation par le corps médical du projet, la détermination des indicateurs et leur mode de calcul par une cellule médico-économique posent question. Il convient de s'interroger sur le processus de décision de ces indicateurs, et de leur acceptation par les médecins. En effet, il n'existe pas de consensus interne sur le poids relatif par pathologie, en termes médico-économiques. De par les sensibilités, écoles de formation et les tendances de prise en charge de chacun, ces indicateurs de poids relatif et de meilleure prise en charge possible seront difficiles à accepter par tous. Néanmoins, ce constat était également présent lors de la préparation de la T2A en MCO, et des ajustements *a posteriori* ont pu être réalisés. Par ailleurs, si des files actives très différentes sont mises en lumière par l'information produite par cette cellule, il conviendra de manager finement les réorganisations induites et de conduire le changement avec prudence.

La standardisation des pratiques, processus qui a été mené en MCO, est difficile en psychiatrie en raison de l'état fluctuant des patients et de la faiblesse relative des connaissances sur les mécanismes organiques et psychologiques qui sont à l'œuvre. La prégnance des sciences sociales dans la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie ont induit des types de prise en charge très hétérogènes. Or, un des objectifs de la structuration d'une cellule médico-économique est également d'harmoniser les pratiques pour les rendre plus efficaces.

De plus, il est à noter que les sujets financiers intéressent peu le corps médical, dont les membres sont formés par leurs pairs (figure du doyen encore très prégnante dans les facultés de médecine) dans une tradition de soins gratuits. Il est donc difficile d'engager une concertation sur la révision du mode de financement des pôles médicaux. L'équipe de Direction d'un établissement est d'ailleurs parfois critiquée par le personnel médical et paramédical pour son « obsession » budgétaire ; cette dernière essayant également d'insuffler une logique de gestion budgétaire des pôles au travers des contrats de pôle. Ce constat s'applique particulièrement en psychiatrie, où les médecins n'ont pas eu le temps de s'accoutumer à une logique de traçabilité de l'activité et de codage, car ils n'en ressentent pas l'impact financier direct à une échelle individuelle.

La structuration d'une cellule médico-économique a également pour but de faciliter la remontée de données consolidées au niveau du GHT. Cela implique une coopération croissante entre les EPSM et les autres CH. Dans le cas du GHT de Gironde, le rapprochement avec le CHU sera au centre des débats pour le Centre Hospitalier Charles Perrens, notamment du fait de sa proximité (quelques centaines de mètres du site principal, l'hôpital Pellegrin). Or, la construction identitaire des psychiatres, en contrepoint de leurs confrères de MCO, ne facilite pas le rapprochement entre les structures. Comme cela a été montré, la psychiatrie a une longue histoire et s'est structurée tardivement par rapport aux secteurs de médecine, chirurgie et obstétrique. Dès lors, toute conduite de projet, notamment lorsque l'objectif est de se rapprocher d'un CHU, est sensible.

Ce constat est à rapprocher d'une certaine crainte, plus ou moins consciente et objectivée, d'être « absorbé » par l'établissement support du GHT. La crainte sous-jacente est de voir la dotation annuelle de fonctionnement du Centre Hospitalier Charles Perrens intégrée dans le budget de l'établissement support pour en combler l'éventuel déficit.

Enfin, de façon plus générale, tout projet touchant à l'optimisation budgétaire ou à la réallocation des ressources est perçu par le personnel comme étant une manœuvre pour supprimer des postes. Ces termes ayant été galvaudés par des restructurations effectives du titre I, ils suscitent désormais la méfiance du personnel lorsqu'ils sont utilisés.

3.1.3 Le processus de fiabilisation doit être conceptualisé et formalisé afin d'assurer la production de données exploitables

La fiabilisation peut se définir comme le processus consistant à améliorer la qualité des données en les comparant avec des données produites indépendamment. Ce processus est pluri-séquentiel. Dans un premier temps, il consiste à utiliser différents indicateurs (internes et externes) pour consolider une donnée avant de la comparer à sa valeur sur une période de référence (mois précédent, année précédente...).

Dans un second temps, la fiabilisation des données implique de s'assurer des corrélations entre les données qui sont produites. Si l'augmentation d'une valeur A doit mécaniquement entraîner une augmentation comparable d'une donnée B, il convient de s'assurer de ce parallélisme d'évolution. Dans un dernier temps, il est nécessaire de comparer la cohérence d'ensemble des valeurs produites par différents services. Les données produites peuvent recouper des champs différents mais leurs évolutions respectives doivent néanmoins relever d'une même logique.

Exemple de fiabilisation des données

Le développement ci-dessous découle d'une réflexion méthodologique menée au cours du stage et de la définition du projet. Les différentes séquences de vérification ainsi que les liens entre les indicateurs et les formules proposées ne sont donc pas proposés sous cette forme dans un document institutionnel validé. Néanmoins, les différentes lectures ainsi que les méthodes de recherche acquises précédemment permettent de présenter ces résultats.

Première séquence de vérification : le service du DIM produit certaines données sur l'activité médicale des patients, comme la file active²⁷, le nombre d'actes codés, le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjour (DMS) etc. Partant du principe que la prévalence des pathologies psychiatriques est stable et que le recours au soins s'améliore, une augmentation de la démographie au sein des secteurs pris en charge doit engendrer mécaniquement une augmentation de la file active de l'établissement. Dès lors, la première étape de vérification des données consiste à comparer l'évolution de la file active avec les tendances démographiques. La population de la communauté urbaine de Bordeaux (28 communes en 2017) s'élevait à environ 761 000 habitants selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)²⁸ en 2014, soit une augmentation de 6% par rapport à 2009, représentant environ 45 600 habitants supplémentaires.

27 : Total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

28 : Cité par le rapport de l'Agence d'urbanisme de Bordeaux de janvier 2017 « La croissance démographique récente de Bordeaux métropole, embellie passagère ou tendance durable ? »

Toutes choses égales par ailleurs, en prenant les taux de prévalence nationaux des pathologies psychiatriques les plus connues, la file active pourrait augmenter de la manière suivante :

Pathologie	Prévalence nationale	Nombre de patients supplémentaires liés à l'augmentation démographique (arrondi à l'unité)
Schizophrénie	0,70% ²⁹	319
Bipolarité	2,5% ³⁰	1140
Troubles de la consommation d'alcool	3,00%	1368
Troubles de l'humeur	14,00%	6384
Troubles anxieux	21,00%	9576

Il est difficile d'objectiver et d'anticiper la demande de soins en psychiatrie, par manque d'études épidémiologiques régulières utilisant des cohortes. Néanmoins, la tendance de fond est à l'augmentation de la demande, comme l'a mis en exergue la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2003 : 56 % de personnes suivies en plus par les secteurs de psychiatrie entre 1989 et 1999, et une augmentation de 19,4% des consultations par les psychiatres libéraux entre 1992 et 2001. Il convient donc d'étudier à la fois les tendances longues d'évolution des prévalences déclarées des différents troubles psychiatriques, les taux de recours aux soins et les évolutions démographiques. Le Département d'information médicale doit ainsi s'assurer de la cohérence de ses données avec ces évolutions démographiques et épidémiologiques, d'une année à l'autre.

29 : INSERM : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>

30 : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

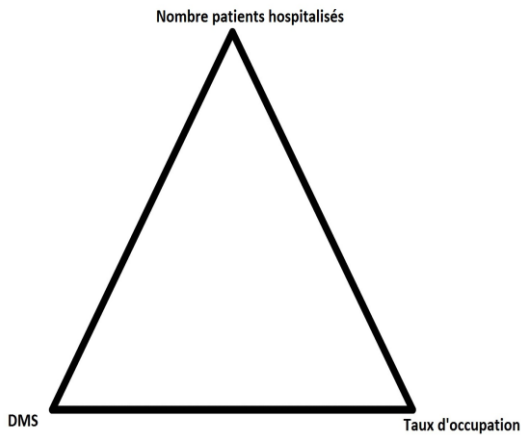


Illustration 7 : Triangle de stabilité des indicateurs

Deuxième séquence de vérification : les données produites doivent être comparées entre elles. Par exemple, une augmentation du taux d'occupation des lits s'explique soit par une durée moyenne de séjour plus longue, soit par une augmentation de la file active, soit par une augmentation du nombre d'hospitalisations par patient.

Une variation d'un des indicateurs doit s'accompagner d'un mouvement corrélé sur les autres.

Ces trois indicateurs sont liés par la formule suivante :

$$\text{Taux d'occupation} = \left(\frac{\text{Nombre de patients hospitalisés}}{\text{Nombre de lits}} \right) \times \left(\frac{\text{DMS}}{365} \right) \times 100$$

Interprétation : Si le nombre de patients hospitalisés est doublé et la DMS stable, le taux d'occupation sera doublé.

$$\text{Nombre de patients hospitalisés} = \text{File active} \times (1 - \text{Taux de prise en charge ambulatoire})$$

Interprétation : Pour une file active d'environ 25 000 patients, si le taux de prise en charge ambulatoire est de 76%, 6 000 patients seront hospitalisés dans l'année. Une augmentation de la file active peut donc être absorbée en augmentant le taux de prise en charge ambulatoire sans faire varier les indicateurs de DMS et de taux d'occupation des lits.

Troisième séquence de vérification : la dernière séquence de vérification consiste à comparer l'évolution de l'activité médicale avec l'évolution des ressources (financières et humaines) affectées à chaque service. En théorie, l'évolution des ressources affectées doit suivre l'évolution de l'activité.

Cette fiabilisation des données formalisée et conceptualisée permet un meilleur suivi des données médicales et financières et est nécessaire à la réalisation du projet développé.

3.2 Une réalisation de la cellule qui reste néanmoins possible

Comme cela a été montré, la création d'une cellule médico-économique répond à des enjeux forts, mais doit prendre en compte des freins multiples à sa réalisation. Néanmoins, il convient de montrer que sa réalisation est possible et que le bilan coût-avantage de cette nouvelle organisation est positif.

Malgré les réticences possibles des acteurs impliqués, cette cellule permet de dynamiser les projets des pôles. En effet, pour reprendre l'exemple du projet EPIC, porté par l'actuelle médecin-DIM, une analyse préalable des données médico-administrative des pôles permettrait par exemple de cibler les patients auprès desquels intervenir à domicile en amont des crises. L'analyse pourrait être à la fois géopopulationnelle et médicale. D'un point de vue géopopulationnel, l'exploitation de données médicales fiabilisées serait un outil pour cibler les zones dans lesquelles intervenir précocement. Les territoires faiblement dotés en offre de soins psychiatriques, publique ou privée, et dont les acteurs ont des caractéristiques sociodémographiques spécifiques (précarité, consommations abusives de toxiques) peuvent être plus particulièrement ciblées. D'un point de vue médical, les patients au diagnostic défini (schizophrénie par exemple) pourraient être ceux dont la plus-value d'une intervention précoce à domicile est la plus forte. La conjonction de ces différentes informations aurait pour effet d'améliorer le « rendement » médical des interventions. La cellule médico-économique, en réalisant un suivi précis de l'activité réalisée, et en enregistrant des données par cohortes, pourrait réaliser une évaluation des dispositifs et des projets internes à Charles Perrens. Par la suite, ces projets pourraient être affinés et développés sur d'autres pôles, grâce à un financement à la hauteur des besoins, afin d'améliorer la prise en charge globale des patients.

L'hypothèse qui peut être formulée est que les médecins, bénéficiaires de cette nouvelle information structurée, seraient positionnés comme réels co-décideurs de l'offre de soins de l'établissement. La fin de la dichotomie entre l'information médicale et l'information financière, grâce à une structure médico-administrative unifiée, sera un levier pour le corps médical afin de porter leurs projets. Il paraîtra en effet difficile pour la Direction de l'établissement d'aller à l'encontre des données qu'elle participe à co-produire, validée par des agents de l'information médicale et des agents des services financiers. L'équipe de Direction doit donc également anticiper ce changement, en acceptant de confier une partie du pouvoir décisionnel au corps médical au travers de la présentation de ces données objectivées. De façon plus générale, ces modèles utilisant des données agrégées invitent à repenser plus largement le financement des établissements de santé.

3.3 Des nouveaux modèles de financement de la psychiatrie sont envisageables : étude d'applicabilité de la T2A et du financement prédictif en santé

L'absence de T2A a été au centre de la réflexion de ce mémoire. Néanmoins, depuis les années 1990, un travail avait été mené pour appliquer un système de T2A à la psychiatrie. Ce projet était intitulé la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP). Comme l'explique Bernard ODIER dans son article de 2007 intitulé « *Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP³¹* », ce projet de VAP consistait à financer les établissements psychiatriques selon l'activité tracée dans le RIMP, selon un critère géopopulationnel (démographie locale et caractéristiques épidémiologiques) tout en gardant le principe des enveloppes type MIGAC ainsi que celle pour les molécules onéreuses. Plusieurs groupes de travail ont élaboré des propositions sur ces différents mécanismes financiers. Il a été proposé par exemple d'associer les MIG aux missions des CMP ou de services d'accueil et d'orientation psychiatrique (de type SAO ou SECOP). Les critères géopopulationnels nécessitent d'identifier finement les coûts associés à chaque type de patient. Enfin, les médicaments onéreux consistent juste à identifier des seuils au-delà desquels ce financement s'applique.

Ces réflexions n'ont pas été suivies du déploiement de la T2A en psychiatrie, du fait de la réticence de différents acteurs de la psychiatrie, professionnels de santé ou directeurs d'établissement.

Au niveau national, il semble que l'introduction d'un financement de la psychiatrie en partie à l'activité est envisageable. La question des critères est prégnante, et trouver un modèle parfait de répartition est illusoire. Dès lors, des clés de répartition des critères transparentes et concertées avec les partenaires institutionnels de la psychiatrie (psychiatres, médecins-DIM, UNAFAM, Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM), FHF, ARS etc.) peuvent être trouvées.

La question de ce passage à la T2A reste en suspens et invite les établissements à penser des modèles internes qui correspondent à leurs enjeux et leurs spécificités. C'est l'objet du projet qui a été présenté et qui vise à répartir les budgets des pôles médicaux sur des critères relevant d'une méthode de validation médico-économique. La question des critères et des écarts par rapport à l'état des budgets actuels sera posée. Néanmoins, le modèle peut être développé de façon théorique sur une ou deux années, en étudiant les incidences financières théoriques qu'il induit, avant d'être affiné et transposé réellement.

31 : ODIER, Bernard. *Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP*. L'information psychiatrique, volume 83, 2007.

Cependant, le système de T2A est lui-même critiqué. Le rapport du Docteur Olivier Véran, paru en avril 2017 fait apparaître les atouts et les limites de la T2A. Dès lors, il convient d'aller plus loin dans la réflexion sur le modèle de financement possible pour les établissements à la fois psychiatriques et généraux.

Vers un modèle de financement prédictif des établissements de santé ?

Aujourd'hui, les administrations disposent ou ont accès à des bases de données extrêmement fournies quantifiant des données variées, à la fois économiques, professionnelles, socio-démographiques, épidémiologiques ou médicales. Rien que dans le champ de la santé, selon l'INSERM, plus de 250 bases de données existeraient, et 500 bases médico-économiques³². Face à cette masse croissante d'informations, les organisations peuvent saturer et se perdre dans un « nuage informationnel »³³ dégradant leur système décisionnel. C'est le risque identifié sous le nom d'infobésité (mot-valise issu de la traduction anglaise d'*overload*).

Ce risque apparaît pleinement dans le raisonnement qui a été mené. En effet, face à l'étendue de la base de données dont dispose le Centre Hospitalier Charles Perrens, le plus dur est de discriminer les informations, de savoir lesquelles retenir et de disposer des outils suffisamment puissants pour les traiter automatiquement.

Dans une optique plus large, ces bases de données pourraient être partiellement agrégées pour fournir aux décideurs publics des outils prédictifs de décision. Dans le champ sanitaire qui est le champ de cette réflexion, les établissements pourraient anticiper sur la demande à venir en soins, eu égard aux évolutions démographiques, climatiques, socio-économiques d'un territoire.

A ce jour, l'ARS Nouvelle-Aquitaine présente régulièrement des données sur les caractéristiques démographiques et épidémiologiques par département. Les ARS regroupent également des cellules de veille sanitaire, qui sont capables de prévenir des épidémies en captant des signaux faibles émis par les données hospitalières (passages aux urgences). Les établissements de Gironde pourraient donc s'en saisir pour transformer leurs organisations et leurs prises en charge en amont du point de rupture induit par une croissance de la demande. L'INSEE publie également des dossiers complets par département qui contiennent des informations utiles pour identifier les tendances futures de la demande de soins. Schématiquement, l'évolution de la structure démographique par tranche d'âges permet

32 : THIEBAUT, Rodolphe. <https://www.inserm.fr/thematiques/technologies-pour-la-sante/dossiers-d-information/big-data-en-sante>

33 : VULBEAU, Alain, *Contrepoint - L'infobésité et les risques de la surinformation*. Informations sociales, numéro 191, Caisse nationale d'allocations familiales. 2015. 122 pages.

d'anticiper les demandes en soins d'obstétrique et de gériatrie. Mettre en parallèle les demandes de soins par catégorie socio-professionnelle avec l'évolution de ces catégories permet également d'identifier quelles seront les demandes possibles à venir. Au niveau du GHT de Gironde, agréger les données de chaque établissement permettrait de disposer de ressources inépuisables en termes de recherche en santé publique, exploitables pour mener des projets territoriaux avancés.

Tout l'enjeu est de constituer une base de données commune, anonymisée, capable de reformater des informations diverses, pour pouvoir passer de l'anticipation d'une évolution possible à une évolution probable. En agrégeant des données disparates et en utilisant des algorithmes puissants de comparaison, les établissements peuvent être à même d'utiliser des lois probabilistes pour se restructurer en amont de la demande.

Plus qu'une évolution technologique, c'est avant tout un changement paradigmatique et éthique qu'il faut opérer. Si les serveurs informatiques et la puissance des ordinateurs aujourd'hui permettent de traiter une quantité indéterminable de données, il est néanmoins plus difficile de faire accepter ce changement aux décideurs et aux usagers. Accepter la prévisibilité des comportements individuels et collectifs pour proposer une offre de soins ne va pas sans poser quelques questions fondamentales ayant trait au concept de libre-arbitre notamment. De plus, la démocratisation des objets connectés pose la question de l'usage de ces données personnelles à des fins de recherche et de prévention.

En effet, le défi du système de santé souvent mis en avant est celui de la prévention. Utiliser les « big datas » (données massives) en santé permettrait de réaliser cet objectif. L'exploitation de ces données permettrait entre autres de mieux identifier les déterminants de santé, d'associer à chaque pathologie et type de patient un traitement adapté aux différents facteurs identifiés par un algorithme. Le financement des établissements de santé pourrait donc évoluer en conséquence. Une partie des produits serait générée par l'activité, des incitations aux dispositifs de prévention pourraient être renforcées et, enfin, des crédits spécifiques aux efforts de restructuration prédictive permettraient aux établissements de s'inscrire dans cette démarche d'anticipation. Des mécanismes spécifiques induits par les GHT pourraient également être développés, comme des financements ponctuels pour des missions de coopération territoriale utilisant ces données massives pour objectiver le besoin et les retombées attendues du projet.

Conclusion

La thèse soutenue consistait à montrer que la création d'une cellule médico-économique dans un établissement public de santé mentale, malgré l'absence (à ce jour) de tarification à l'activité, revêt une importance certaine (pas suffisamment démontrée). A court terme, cette cellule permettrait de structurer la production d'informations à destination des décideurs (équipe de Direction, chefs de pôle). A moyen terme, la cellule aurait pour mission de faciliter les projets de recherche et les réponses aux appels à projet. A long terme, le système de financement des pôles médicaux peut être entièrement revu en utilisant ces données médico-administratives.

Ces éléments sont propres au Centre Hospitalier Charles Perrons. Néanmoins, il convient de rappeler que le contexte de questionnement sur le financement de la psychiatrie invite les établissements à améliorer leurs pratiques de codage, dans l'optique d'un passage possible, au moins partiellement, à un financement à l'activité. Par ailleurs, l'intégration au sein d'un GHT mixte regroupant tous les établissements de Gironde nécessite de renforcer les missions du département d'information médicale.

La construction de cette cellule et la détermination d'un nouveau modèle de financement des pôles médicaux invite à repenser plus largement le financement des établissements de santé. Eu égard aux données médico-économiques auxquelles ils ont accès, les établissements pourraient mieux les exploiter afin de mener à bien des projets avancés de coopération territoriale. La question des prédictions en santé reste épineuse et pourrait faire l'objet d'un traitement spécifique en se basant sur des expériences menées au sein d'un établissement.

Bibliographie

Bibliographie :

- **Architecture**

- PARCHAPPE M. *Principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Victor Masson, 1853, 360 pages.
- LECLER, Liliane. *Le Centre hospitalier Charles-Perrens, ex Château-Picon*. Art et Arts éditeur, 1995, 44 pages.

- **Histoire**

- FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, 1976, 688 pages.
- POSTEL, Jacques et Claude QUETEL (Dir.). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. 2ème édition, Dunod, Paris, 1994, 647 pages

- **Lois et ordonnances**

- Edit de 1656 « du Roy, portant établissement de l'Hôpital général, pour le renfermement des pauvres mendiants de la ville et Fauxbourgs de Paris »
- Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés
- Circulaire du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux
- Décret du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique
- Circulaire du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI psychiatrique

- **Médecine et Psychiatrie**

- FREUD, Sigmund. *L'interprétation des rêves*. PUF, 2012, 2e édition. 756 pages.
- HOCHMANN, Jacques. *La psychiatrie pour les nuls*. Editions First, 2015, 414 pages.
- FAUCHIER, Ludovic. *Aspie, vous avez dit aspie ?* Amalthée, 2015, 402 pages.
- ZILBOORG, Gregory. *A history of medical psychology*, W. W. Norton and Company, 1941, 606 pages.
- SYED, Ibrahim. *Islamic medicine, 1000 years ahead of its time*. The Journal of IMA, 1981, 8 pages.
- CARRE, Raphaël. *Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients*. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine spécialisée clinique, CHU de Toulouse, 2014, 235 pages.
- CAELIUS Aurelianus. *On acute diseases and on chronic disease*, I.E. Drabkin, Chicago U.P, 1950, 1019 pages.
- PINEL Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, Richard, Caille et Ravier, 1801, 320 pages.
- SZASZ, Thomas. *Le mythe de la maladie mentale*. Les 3 génies, 2012, 260 pages.

- **Politique**

- DESTAING, Fernand. *Le pouvoir et la folie*. Editions Buchet/Chastel, Paris, 1993, 264 pages.

- **Rapports institutionnels**

- ESQUIROL, Jean-Etienne. *Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer : mémoire présenté au Ministre de l'Intérieur, septembre 1818*. P. Renouard, 35 pages
- HAS, « Isolement et contention en psychiatrie générale », *Méthode Recommandations pour la pratique clinique*. 2017, 45 pages.
- LAFORCADE, Michel. *Rapport relatif à la santé mentale*. 2016, 190 pages.
- VERAN, Olivier. *Rapport sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé*. 2016, 133 pages.

- **Sociologie et recherche**

- GOFFMAN, Erving. *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Les éditions de minuit, Paris, 1968, 451 pages.
- GUERRAOU, Zohra. *De l'acculturation à l'interculturalisation : réflexions épistémologiques*. Revue l'Autre, volume 10, Paris, 2009. 120 pages.
- ROBERT, Dominique. *Évaluer l'activité en psychiatrie : une question toujours ouverte*. L'information psychiatrique, volume 83. Paris, 2007. 88 pages.
- ALLA, François et KIVITS, Joëlle. *La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social*. Revue Santé Publique, volume 27, SFSP, Paris, 2015. 168 pages.
- CROZIER, Michel. *A quoi sert la sociologie des organisations ?* Seli Arslan, 2000, 640 pages.
- VELPRY, Livia. *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*. Armand Colin, 2008, 332 pages.

- **Statistiques**

- BOUSQUET, Frédéric. « Panorama des dépenses de psychiatrie en France », *Revue française des affaires sociales* 2016/2 (n°6), p. 31-34.
- MURTHY, Rangaswamy Srinivasa et al., *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. New Hope Geneva: World Health Organisation, 2001, 169 pages.
- Conférence ministérielle européenne de l'OMS. *Santé mentale, relever des défis, trouver des solutions*, 2006, 189 pages.
- DREES, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé ». *Les établissements de santé, édition 2016*, p. 104-107.
- COLDEFY M. et al. « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistances de moyens et d'organisation », *Questions d'économie de la santé*, IRDES n°145, 2009, 8 pages.
- Dr RAULT, Jean-François (dir.). *Atlas de la démographie médicale en France en 2016*. 2016, 326 pages.
- « Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers universitaires – Situation au 1er janvier 2010 ». CNG, 2010, 13 pages.

- **Financement des établissements de santé**

- LETEURTRE, Hervé. Traité de gestion hospitalière. Berger-Levrault, 1998, 926 pages.
- ODIER, Bernard. Du PMSI à la T2a, de la fiche par patient au RIMpsy : la grande peur de la VAP. L'information psychiatrique, volume 83. Paris, 2007. 88 pages.

- **Autres**

- Revue Hospitalia, numéro 37 mai 2017, p.10
- VULBEAU, Alain, *Contrepoint - L'infobésité et les risques de la surinformation*. Informations sociales, numéro 191, Caisse nationale d'allocations familiales. 2015. 122 pages.

Sitographie :

- **Données médicales**

- NALPAS B., *Addictions*, INSERM, 2014 :
<https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>
- Démographie médicale : <http://demographie.medecin.fr/demographie>

Liste des annexes

Annexe 1 – Calcul des critères de modulation de la DAF

Annexe 2 – Liste des bâtiments du CHCP

Annexe 3 - Compte-rendu des éléments notables relevés dans chaque établissement de l'étude de comparaison

Annexe 4 – Liste des entretiens

Annexe 5 – Fiche de poste médecin-DIM

Annexe 1 – Calcul des critères de modulation de la DAF

1) Critère activité :

Mesuré par un indice de financement de l'activité (IFA). Chaque activité est pondérée par rapport au coût de référence de l'activité (hospitalisation de nuit = coefficient de 0,6 ; unité pour malades difficiles = 1,7).

Application de ces coefficients à l'année n-2 après neutralisation des financements ne concernant pas l'activité.

$$\text{Résultat : } IFA = \frac{(DAF \text{ activité} + \text{recettes complémentaires})}{\text{Activité pondérée}}$$

2) Critère de file active

Mesuré par un indice de financement par patient (IFP) : pondération de la file active issue du RIM-P. Minoration du nombre de patients ayant donné lieu à moins de 3 actes (mono et bi-consultants).

$$IFP = \frac{(DAF \text{ activité} + \text{recettes complémentaires})}{\text{File active pondérée}}$$

3) Critère population :

Mesuré par le ratio dépenses d'assurance-maladie par habitant par territoire.

Annexe 2 – Liste des bâtiments du CHCP

DESIGNATIONS DES SERVICES PAR BÂTIMENT

Bâtiment N° 001

- C.C.S
- C.R.A
- Centre Expert Bipolaire
- Bureaux CERPAD
- Bureaux addictologie 3

Bâtiment N° 002

- Pôle PAM
- Service Santé du Travail
- E.E.G.
- Salles réunions

Bâtiment N° 003

- Carreire 1
- Carreire 2
- Carreire 3
- Carreire 4
- Carreire 5 / RME
- Carreire 6
- Pôle Universitaire Adulte
- E.C.T.

Bâtiment N° 004

- I.F.S.I.
- I.F.C.S.
- Université BX II
- Addictologie 1 et 2
- Internat
- Centre de Ressources Pédagogiques et Documentaires

Bâtiment N° 005

- REGIS
- E.R.I.O.S. (consultations)
- Pôle 3/4/7

Bâtiment N° 006

- BAZIN

Bâtiment N° 007

- MOREL

Bâtiment N° 008

- TOULOUSE

Bâtiment N° 009

- Lavomatic

Bâtiment N° 011

- GENIN

Bâtiment N° 012

- Pôle 3 / 4 / 7
- LESCURE I
- LESCURE II

Bâtiment N° 013

- AMPHITHEÂTRE

Bâtiment N° 014

- URPS

Bâtiment N° 015

- FALRET

Bâtiment N° 016

- FOVILLE
- TRESOR PUBLIC

Bâtiment N° 017

- ESQUIROL

Bâtiment N° 018

- BSM 3

Bâtiment N° 020

- ADMINISTRATION GENERALE

Bâtiment N° 021

- Unité de Soins Aigus pour Adolescents

Bâtiment N° 022

- E.R.I.O.S.
- Annexe SMPR

Bâtiment N° 024

- Cafétéria
- Kinésithérapie
- Esthéticienne
- Psychomotricité
- Salle Polyvalente
- Cuisine authentique

Bâtiment N° 025

- Lingerie

Bâtiment N° 031

- Chapelle
- Salles Réunions

Bâtiment N° 032

- Pharmacie
- Cellule Hygiène

Bâtiment N° 033

- WC Public

Bâtiment N° 034

- Galerie OUEST / EST

Bâtiment N° 044

- BSM 2

Bâtiment N° 045

- BSM Salle Activités

Bâtiment N° 046

- BSM 1

Bâtiment N° 047

- BSM
- Centre Gestion Médical

Bâtiment N° 048

- CHARCOT

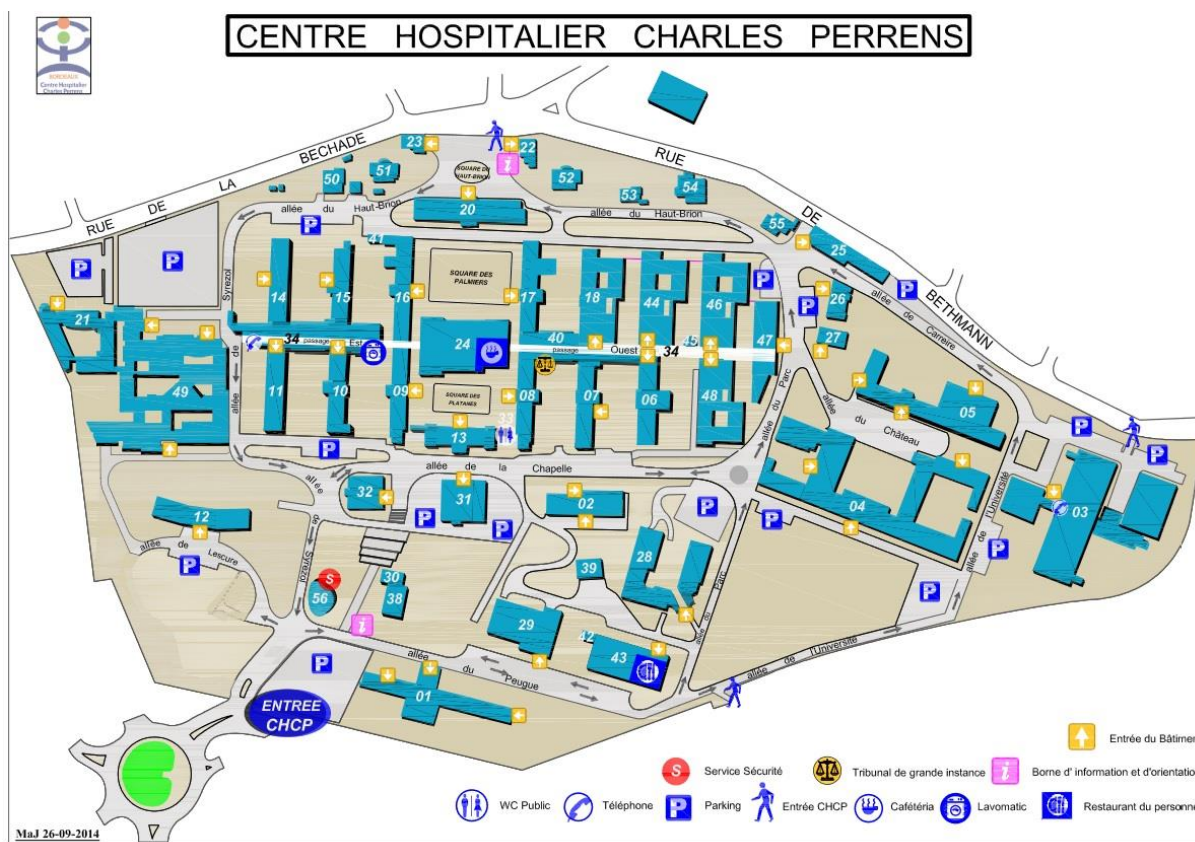
Bâtiment N° 049

- SECOP
- Pédiopsychiatrie
- Consultation Centre Adolescents
- DIM

Bâtiment N° 056

- Service Sécurité
- Centre d'appel
- Conciergerie

MaJ le 26-09-2014



Annexe 3 – Compte-rendu des éléments notables relevés dans chaque établissement de l'étude de comparaison

Etablissement 1 (EPSM) :

- Proximité géographique DIM-DAF ;
- Aucune production commune de données ;
- Raisons de confidentialité évoquées par le DIM ;
- Sujet parfois mis en avant mais non traité car forte opposition du DIM.

Etablissement 2 (CHU) :

- DIM et DAF très éloignés ;
- Communication informelle constante (téléphone, mail) ;
- Pas de cellule institutionnalisée ;
- Volonté de créer une cellule médico-économique à court terme.

Etablissement 3 (CHU) :

- Habitude du travail en binôme DIM-DAF ;
- Echanges quotidiens par mail ;
- Type d'informations communiquées : alertes sur les variations d'activité, évolutions de la réglementation.

Etablissement 4 (CH de l'AP-HP) :

- Bureaux mitoyens ;
- Culture du binôme ;
- Pas de cellule proprement identifiée ;
- Etudes médico-économiques réalisées.

Etablissement 5 (CH de l'APHP)

- Même bâtiment mais pas même étage ;
- Travail en commun pour la production d'études ;
- Réunions mensuelles DIM-DAF ;
- Réunion hebdomadaires entre les équipes.

Etablissement 6 (EPSM) :

- Eloignement géographique ;
- Aucune culture du travail en commun ;
- Pas un sujet de préoccupation de l'établissement.

Etablissement 7 (CH) :

- Eloignement géographique par manque de places ;
- Validation mensuelle des données d'activité avec BAU, pharma, DAF, DIM ;
- Dispositifs d'amélioration du codage ont distendu les liens DIM-DAF puisque les retraitements sont automatisés.

Etablissement 8 (CH) :

- Eloignement géographique ;
- Pas de production commune de données ;
- Réunions mensuelles pour consolider les données m-1.

Etablissement 9 (CH) :

- Proximité géographique ;
- Echanges permanents, formels et informels ;
- Consolidation des données ;
- Culture des études médico-éco.

Etablissement 10 (Groupement hospitalier)

- Sujet d'actualité ;
- Tentative de reconstruire des relations avec le DIM ;
- Pas d'éloignement géographique.

Annexe 4 – Liste des entretiens menés

Date entretien	Fonction	Lieu	Durée	Objet
Janvier	DRMAF	Bureau DRMAF	45'	Définir le projet
Février	TIM	Bureau TIM	1h	Comprendre le fonctionnement du DIM
Février	DRMAF	Bureau DRMAF	1h	Prévoir les modalités opérationnelles du projet
Mars	DRMAF et DIM	Bureau DRMAF	1h	Expliquer le projet à la médecin DIM
Avril	Référents mémoire	Par téléphone	1h45	Expliquer le projet et définir les premiers axes de recherche
Mai	DIM + TIM + service des finances du Centre Hospitalier de la Côte Basque	Par téléphone pour le Directeur puis une journée d'observation sur place	7h	Observer le fonctionnement d'une cellule rapprochée DIM-Affaires financières
Juin	Promotion Hippocrate	Sondage par mail puis échanges par téléphone		Etablir un parangonnage des organisations existantes
	DIM + interne en santé publique	Bureau DIM	2h	Détailler le rôle et la formation d'un médecin DIM
	Référents de mémoire	Ecole des Mines	1h30	Présenter la fiche détaillée de projet et le plan
Août	Référents de mémoire	Ecole des Mines	1h30	Présenter le pré-mémoire
	Président de la CME	Bureau du PCME	1h	Recueillir son avis sur les évolutions qu'il a connu dans l'hôpital
	Directeur des ressources humaines	Bureau DRH	1h30	Comprendre le positionnement des acteurs (cadres supérieurs) vis-a-vis de la Direction
	Directeur des soins	Bureau Direction des soins	45 minutes	Retracer l'histoire de la formation des infirmiers en psychiatrie et de l'évolution de la prise en charge des patients
	Médecin de santé publique	ARS Nouvelle-Aquitaine	30 minutes	Débattre sur l'utilisation des données en santé

Annexe 5 – Fiche de poste médecin-DIM

Informations générales

Organiser le recueil, traiter et analyser l'information médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en garantissant la confidentialité des informations médicales.

Fournir au Directeur et aux instances des données actualisées sur l'activité de l'établissement.
Réaliser les supports visuels de présentation.

Proposer des pistes et des projets pour améliorer l'efficacité médico-économique de la prise en charge des patients.

Coordonner son activité avec le DIM de territoire dans le cadre du GHT.

Activités

* Conception et méthodologie

- Conception et réalisation d'une méthode de recueil de l'information ;
- Conception et rédaction de documents techniques relatifs au recueil de l'information ;
- Définition d'indicateurs pertinents d'analyse de l'activité ;
- Conception technique et application de la charte graphique à tous les supports de présentation des résultats analysés ;

* Analyse de l'information médicale

- Analyse des données extraites par les TIM ;
- Traitement des données et réalisation de supports graphiques ;
- Productions de rapports mensuels par pôle présentant les données principales de l'activité de l'établissement ;
- Production de statistiques pour la Direction des Ressources Matérielles et Affaires Financières ;

* Participation aux instances et réunions extérieures

- Présentation des données aux instances ;
- Participation aux réunions avec les DIM du GHT ;
- Participation aux formations et congrès nationaux ;

* Appui au pilotage de l'établissement

- Conseils au Directeur sur l'opportunité des projets en cours au vu de l'analyse de l'activité de l'établissement ;
- Restitution de données aux chefs de pôle pour évaluer leurs projets et prises en charge ;
- Proposition de projets sur l'évolution de la prise en charge des patients.

Savoir-faire

- Compétences en management pour définir les missions des TIM ;
- Savoir repérer les besoins en formation et évolutions techniques nécessaires à la bonne conduite des missions des TIM ;
- Concevoir le recueil et analyser les résultats relatifs à l'activité ;
- Communiquer auprès d'interlocuteurs variés ;
- Argumenter et objectiver des préconisations au vu des analyses réalisées ;
- Auditer de façon générale l'activité de l'établissement ;
- Concevoir, piloter et évaluer un projet ;
- Travailler en réseau.

Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Bureautique	Connaissances opérationnelles
Classification des actes en santé	
Communication/relations interpersonnelles	
Connaissances médicales	
Connaissances médico-économiques et épidémiologiques	
Droit des données informatiques	
Logiciels dédiés à la gestion de l'information médicale	
Organisation et fonctionnement interne de l'établissement	
Management et animation d'équipe	
Statistiques	Connaissances générales
Droit de la santé	

Informations complémentaires

Liens hiérarchiques :

- Président de la Commission Médicale d'Etablissement ;

Liens fonctionnels :

- Les TIM ;
- Chef d'établissement
- Direction des ressources matérielles et des affaires financières pour les questions relatives au système d'information et à la production d'indicateurs ;
- Direction des Soins Infirmiers pour la diffusion d'informations dans les services ;
- Chefs de pôle ;
- Membres des instances ;
- DIM de territoire et autres DIM du GHT.

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Docteur en médecine. DU en information médicale souhaité. Expérience préalable de DIM souhaitée.

DUBEDOUT	Yohan	Décembre 2017
Directeur d'hôpital Promotion 2016-2017		
La création d'une cellule médico-économique commune au Département d'information médicale et à la Direction des ressources matérielles et affaires financières : quels enjeux pour le pilotage d'un établissement public de santé mentale ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Mines, Paris.		
<p>Résumé :</p> <p>La création d'une cellule médico-économique dans un établissement public de santé mentale revêt des intérêts multiples. L'exploitation des bases de données dans un établissement de santé pour optimiser le pilotage général de l'établissement, à travers le financement des pôles médicaux, est l'enjeu principal du dossier présenté.</p> <p>Le présent mémoire a pour objectif d'analyser, d'une part, les modalités pratiques de rapprochement des services du DIM et de la Direction des affaires financières afin de créer une cellule médico-économique commune. Cette cellule doit être co-construite entre la Direction et les chefs de pôle afin de pouvoir répondre aux objectifs qui lui sont fixés. Son mode de fonctionnement et son impact sur la gouvernance du Centre Hospitalier Charles Perrens doivent être anticipés.</p> <p>D'autre part, le raisonnement s'inscrit dans une réflexion plus large sur les évolutions du financement des établissements de santé et sur les évolutions liées à l'accumulation de données numériques par les administrations publiques. Le renforcement des coopérations territoriales, l'amélioration de l'efficacité individuelle et collective des établissements, la création de nouveaux modes de financement sont des sujets à envisager pour l'avenir du système de santé.</p>		
<p>Mots clés : Etablissement public de santé mentale - Contrôle de gestion - Département d'information médicale – Analyse médico-économique - Financement de la psychiatrie –</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		